

**Untersuchungen zur Wirksamkeit der Dialektisch-
Behavioralen Therapie bei Patientinnen mit Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten der
Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Brigitte Haaf
aus Schweinfurt

SS 2002

Erstgutachter: Prof. Dr. Dieter Riemann

Zweitgutachter: Prof. Dr. Franz Caspar

Vorsitzender des Promotionsausschusses der
Philosophischen Fakultäten I-IV: Prof. Dr. Ulrich Rebstock

Datum der Fachprüfung im Promotionsfach: 18.06.2002

Einleitung	11
-------------------------	-----------

TEIL I: THEORIE

1 Diagnostik und Ätiologie der Borderline Persönlichkeitsstörung	17
1.1. Definition des Begriffs „Persönlichkeitsstörung“	17
1.2. Die Entwicklung des Begriffs „Borderline“.....	18
1.3. Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung	19
1.3.1. Die Diagnose nach DSM-IV	19
1.3.2. Die Diagnose nach dem ICD-10	19
1.4. Ätiologische Konzepte	20
1.4.1. Psychoanalytische Konzepte	20
1.4.2. Interpersonelle Konzepte	21
1.4.3. Bio-psycho-soziale Konzepte.....	22
1.4.4. Kognitionstheoretische Konzepte	23
1.5. Bewertung der Konzepte für die Borderline Persönlichkeitsstörung	23
2 Behandlungskonzepte der Borderline-Persönlichkeitsstörung	25
2.1. Die Entwicklung der Behandlung der Borderline-Störung.....	25
2.2. Expressive Psychotherapie nach Otto Kernberg	26
2.3. Gruppentherapeutische Konzepte	27
2.3.1. Gruppen-Psychotherapie von Marziali & Munroe-Blum	28
2.4. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan	28
2.5. Weitere therapeutische Ansätze	30
2.5.1. Der interpersonelle Ansatz von L. Smith Benjamin	30
2.5.2. Die Kognitive Therapie von Beck.....	31

2.6. Zusammenfassung und Bewertung der Behandlungskonzepte.....	31
---	----

3 Empirische Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung 33

3.1. Naturalistischer Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung	33
3.1.1. Zusammenfassende Bewertung	34
3.2. Verlauf der Borderline-Störung unter Behandlung.....	35
3.2.1. Zusammenfassende Bewertung	37
3.3. Randomisierte Studien zum Verlauf der Borderline-Störung	38
3.3.1. Psychodynamische, interpersonelle Gruppenkurzzeittherapie	38
3.3.2. Teilstationäre psychoanalytische Behandlung	39
3.3.3. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störung	41
3.4. Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstudien.....	42

TEIL II: METHODIK

4 Studiendesign und Forschungsmethodik..... 45

4.1. Beschreibung des übergeordneten Forschungsprojektes.....	45
4.1.1. Überlegungen zum Untersuchungsdesign	45
4.1.2. Das Untersuchungsdesign des DFG-Forschungsprojektes	47
4.1.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien	47
4.1.2.2. Erhebungszeitpunkte	47
4.1.2.3. Erhebungsinstrumente	49
4.1.2.3.1. Diagnoseinstrumente	50
4.1.2.3.2. Messinstrumente für die Verhaltensebene	50
4.1.2.3.3. Messinstrumente für den Symptombereich	51
4.1.2.3.4. Messinstrumente für den zwischenmenschlichen Bereich	51
4.1.2.3.5. Messinstrumente für das Selbstbild.....	52
4.1.3. Interraterreliabilität und Güte der anamnestisch erhobenen Daten.....	52
4.1.4. Patientinnenrekrutierung.....	53
4.1.5. Randomisierung.....	54

4.1.6.	DiagnostikerInnen und TherapeutInnen im Forschungsprojekt.....	55
4.1.6.1.	DiagnostikerInnen	55
4.1.6.2.	TherapeutInnen.....	55
4.1.7.	Dateneingabe und -kontrolle.....	57
4.1.8.	Eigenbeteiligung der Autorin am Forschungsprojekt.....	57
4.2.	Beschreibung der vorliegenden Studie	57
4.2.1.	Untersuchungstichprobe	58
4.2.2.	Operationalisierung der Unabhängigen Variablen	59
4.2.2.1.	Operationalisierung Gruppenzugehörigkeit.....	59
4.2.2.2.	Operationalisierung Schweregrad	59
4.2.3.	Operationalisierung der Abhängigen Zielvariablen	61
4.2.3.1.	Variablenreduktion	61
4.2.3.2.	Bewertung des Verfahrens der Variablenreduktion.....	63
4.2.3.3.	Weitere Zielvariablen	64
4.2.4.	Fragestellungen	64
4.2.5.	Umgang mit Fehldaten.....	65
4.2.6.	Berechnung der Effektstärken	65
4.2.7.	Auswertung der Daten	66
5	Stichprobenbeschreibung	69
5.1.	Soziodemografische Daten.....	69
5.2.	Berufliche Daten	70
5.3.	Klinische Daten.....	71
5.3.1.	Belastungsfaktoren	71
5.3.2.	Störungsspezifische Daten	72
5.4.	Komorbidität	73
5.5.	Medizierung	75
5.6.	Beschreibung der Matching-Variablen.....	76
5.7.	Bewertung der Stichprobe	77

TEIL III: ERGEBNISSE

6	Ergebnisse der Hauptkomponentenanalysen	83
6.1.	Hauptkomponentenanalyse der Symptomatik	83
6.1.1.	Verteilungseigenschaften der Variablen	83
6.1.2.	Hauptkomponentenanalyse	83
6.2.	Hauptkomponentenanalyse der interpersonellen Variablen	85
6.2.1.	Verteilungseigenschaften der Variablen	85
6.2.2.	Hauptkomponentenanalyse	86
7	Drop-out-Analyse	89
8	Ergebnisse der Verlaufsmessung	91
8.1.	Vorgehen	91
8.2.	Veränderung der psychopathologischen Symptomatik.....	92
8.2.1.	„SCL-90-Pathologie“	92
8.2.2.	„Depressivität“	94
8.2.3.	„Fremdrating“	96
8.2.4.	„Selbstverletzung/Dissoziation“	97
8.2.5.	Zusammenfassende Darstellung der varianzanalytischen Untersuchungen	98
8.3.	Veränderung des interpersonellen Bereichs.....	100
8.3.1.	Exkurs bipolare Skalen	100
8.3.2.	Ergebnisse der Aufteilung der Faktoren des interpersonellen Bereiches.....	102
8.3.3.	Ein-Jahres-Verläufe der interpersonellen Faktoren	103
8.3.4.	„Distanz“	104
8.3.5.	„Abhängigkeit“	105
8.3.6.	„Soziale Einbindung“	107
8.3.7.	Zusammenfassung der varianzanalytischen Untersuchungen.....	108

8.4.	Explorative Untersuchungen zu differentiellen Veränderungen	109
8.4.1.	Differentielle Verläufe von interpersonellen Faktoren	109
8.4.2.	Differentielle Verläufe von Symptombfaktoren in Abhängigkeit der interpersonellen Faktoren	111
8.4.3.	Differentielle Verläufe von Symptombfaktoren in Abhängigkeit von Kombinationen von interpersonellen Faktoren.....	114
8.4.3.1.	„Distanz“ - niedrig.....	114
8.4.3.2.	„Distanz“ – hoch.....	115
8.4.3.3.	„Abhängigkeit“ - hoch.....	116
8.4.3.4.	Gesamtgruppe	117
8.4.3.5.	Zusammenfassung.....	117

9 Differentielle Behandlungsergebnisse 119

9.1.	Vorgehen.....	119
9.1.1.	Die Kontrollvariable „Einnahme von Psychopharmaka“	119
9.1.2.	Variablen der multiplen Regression	120
9.1.3.	Voraussetzungen für das Durchführen einer multiplen Regression ...	121
9.2.	Differentielle Ergebnisse zur Symptomatik	121
9.2.1.	Grafische Prä-Post-Darstellung in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit.....	122
9.2.1.1.	„SCL-90-Pathologie“	122
9.2.1.2.	„Depressivität“	125
9.2.1.3.	„Fremdrating“	127
9.2.1.4.	„Selbstverletzung/Dissoziation“	128
9.2.2.	Die Ausreißerdaten	130
9.2.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse	130
9.3.	Differentielle Ergebnisse zum interpersonellen Bereich.....	131
9.3.1.	Einfluss von Gruppe und Schweregrad auf die Ergebnisse bei hohen Werten im Faktor „Abhängigkeit“	132
9.3.2.	Grafische Prä-Post-Darstellung in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit	134
9.3.2.1.	„Distanz“ – niedrig	134
9.3.2.2.	„Distanz“ – hoch.....	135
9.3.2.3.	„Abhängigkeit“ – hoch	136
9.3.2.4.	„Soziale Einbindung“	137
9.3.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse	139

10	Verläufe der Drop-out-Patientinnen	141
10.1.	Veränderung der psychopathologischen Symptomatik.....	141
10.1.1.	„SCL-90-Pathologie“	141
10.1.2.	„Depressivität“	143
10.1.3.	„Fremdrating“	144
10.1.4.	„Selbstverletzung/Dissoziation“	145
10.1.5.	Zusammenfassung.....	146
10.2.	Veränderung des interpersonellen Bereichs.....	146
10.2.1.	„Distanz“	146
10.2.2.	„Abhängigkeit“	148
10.2.3.	„Soziale Einbindung“	149
10.2.4.	Zusammenfassung.....	150
10.3.	Vergleich zweier Drop-out-Gruppen	150
11	Veränderung des selbstverletzenden Verhaltens	153
11.1.	Selbstverletzendes Verhalten vor Therapiebeginn	154
11.2.	Drop-out-Analyse der Selbstverletzungen	155
11.3.	Untersuchung der Veränderung der Selbstverletzungen.....	155
11.3.1.	Zusammenfassung.....	160
11.4.	Verlauf der Selbstverletzungen in der Drop-out-Gruppe.....	160
11.5.	Vergleich zweier Drop-out-Gruppen	162
11.6.	Zusammenfassung	163
12	Veränderung der Klinikaufenthalte	165
12.1.	Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn.....	165
12.2.	Drop-out-Analyse der Klinikaufenthalte	167
12.3.	Klinikaufenthalte nach einem Jahr Behandlung.....	168

12.4. Differentielle Ergebnisse zu Klinikaufenthalten nach einem Jahr Behandlung.....	169
12.4.1. Häufigkeit von Klinikaufenthalten	169
12.4.2. Dauer von Klinikaufenthalten	171
12.4.3. Zusammenfassung.....	172
12.5. Klinikaufenthalte nach zwei Jahren Behandlung	173
12.6. Differentielle Ergebnisse zu Klinikaufenthalten nach zwei Jahren Behandlung.....	174
12.6.1. Häufigkeit von Klinikaufenthalten	174
12.6.2. Dauer von Klinikaufenthalten	176
12.6.3. Zusammenfassung.....	177
12.7. Explorative Untersuchungen zu differentiellen Veränderungen der Klinikaufenthalte	177
12.7.1. Zusammenhang zwischen Symptomatik und Klinikaufenthalten.....	177
12.7.1.1. Symptomatik als Prädiktor für Klinikaufenthalte	178
12.7.1.2. Zusammenhang zwischen Symptomatik und Klinikaufenthalten nach einem Jahr.....	179
12.7.1.3. Zusammenfassung.....	179
12.7.2. Zusammenhang zwischen interpersonellen Faktoren und Klinikaufenthalten.....	180
12.7.2.1. Zusammenhang zwischen interpersonellen Faktoren und Klinikaufenthalten zu Therapiebeginn	180
12.7.2.2. Interpersonelle Faktoren als Prädiktoren für Klinikaufenthalte ...	180
12.7.2.3. Zusammenfassung.....	181
12.8. Verlauf der Klinikaufenthalte in der Drop-out-Gruppe	181
12.8.1. Vergleich zweier Drop-out-Gruppen.....	182
12.8.2. Zusammenfassung.....	182
13 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	183
13.1. Zusammenfassende Darstellung der Studie	183
13.2. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse	185
13.3. Implikationen für Forschung und Praxis.....	204
Literatur	209
ANHANG	

EINLEITUNG

„Scary? The world of the borderline is a scary place, where logic as most people know it, is eclipsed. It is a place where emotions rage wildly, often with self-harmful, if not fatal, consequences. It's a place where there are only black or white answers, where people are either good or bad, where something that happens is wonderful or so horrible it seems an hysterical, emotional response is appropriate.“

„Eclipses“, Melissa Ford Thornton

Circa 1.1 bis 1.8% in der unbehandelten Bevölkerung und ca. 8 bis 15% innerhalb von sich in Behandlung befindlichen Patienten leiden an einer Borderline Persönlichkeitsstörung (Fiedler, 1998). Ca. 75% von ihnen zeigen selbstverletzende Verhaltensweisen und ca. 80% suchen therapeutische Unterstützung (Torgersen, 1998). Lange Zeit wurden sie als nicht behandelbar angesehen und erfuhren im besten Fall eine stützende Behandlung. Dies änderte sich zu Beginn der siebziger Jahre, als Kernberg und andere erfolgreiche Behandlungen von Borderline-Patienten beschrieben. Damit entfaltete sich eine rege Aktivität auf dem Gebiet der Therapie, aber auch der Diagnostik und der empirischen Beforschung dieses Störungsbildes. Und es entstand neue Hoffnung bei den unter der Störung leidenden Menschen, eine Verbesserung ihres Zustandes zu erfahren. In den folgenden Jahrzehnten etablierten sich störungsspezifische Therapien, obwohl von einer adäquaten Versorgungslage noch lange nicht gesprochen werden kann. Zwischen der theoretischen Entwicklung und der Weitergabe des Wissens an die Praxis liegt eine relativ große Lücke. Viele ambulant arbeitende TherapeutInnen schrecken vor der Behandlung zurück, weil sie sich gegenüber dem selbstverletzenden und suizidalem Verhalten, das einen charakteristischen Bestandteil der Störung bei vielen Borderline-PatientInnen ausmacht, hilflos fühlen. Genau dieses selbstverletzende oder suizidale Verhalten führt dann dazu, dass Borderline-PatientInnen häufiger als andere Patientengruppen in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken landen, wo sie sich überfordertem Personal gegenübersehen, das diese „schwierigen“ Patienten möglichst schnell wieder loswerden möchte.

In den achtziger Jahren entwickelte M. Linehan in den USA eine neue Therapie für die Behandlung genau dieser Patientinnengruppe mit häufigem selbstverletzendem und suizidalem Verhalten, die „Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung, DBT“. Da ihrer klinischen Erfahrung nach die allermeisten aus dieser Patientengruppe Frauen waren, gestaltete sie ihr Konzept auch explizit für Patientinnen. Darüber hinaus handelte es sich um ein rein ambulantes Programm. Sie konnte die Wirksamkeit ihrer Therapie nachweisen und diese fand eine rasante Verbreitung in

den USA. In den neunziger Jahren wurde diese Therapie erstmals in Deutschland an der psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg eingeführt. Aufgrund der gänzlich andersgearteten klinischen Versorgung in Deutschland, wo viele Borderline-PatientInnen im psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungsbereich landen, wurde daher die Notwendigkeit gesehen, neben der ambulanten Therapie auch ein stationäres Konzept zu implementieren. Dies geschah unter anderem auch unter der Zielsetzung ein „kompaktes“ DBT-Therapieprogramm zur Verfügung zu haben, das es Patientinnen ermöglichen sollte, in kürzerer Zeit (drei Monaten) und mehr zu profitieren als Patientinnen mit rein ambulanter DBT. Die empirische Überprüfung dieses Projektes wurde von der „Deutschen Forschungsgemeinschaft, DFG“ gefördert. Dabei wurden Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zwei Jahre lang nach DBT behandelt, eine Gruppe zunächst drei Monate stationär und anschließend ambulant, und die andere Gruppe von Anfang an ambulant. Die vorliegende Arbeit entstand in diesem Rahmen und beschäftigt sich mit der Veränderung, die die Patientinnen im Lauf des ersten Behandlungsjahres erfahren haben.

Im ersten Teil wird der theoretische Hintergrund der Arbeit vorgestellt. Er umfasst Definition und Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von Diagnose und der Entwicklung der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Danach werden im dritten Kapitel die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse zur Veränderung der Störung unter psychotherapeutischer Behandlung vorgestellt. Im zweiten Teil der Arbeit wird das Studiendesign des Projektes beschrieben, auf dem diese Arbeit basiert, sowie die Fragestellungen und methodischen Aspekte der vorliegenden Arbeit. Weiterhin umfasst der zweite Teil die Beschreibung der Stichprobe in ihren Ausgangsbedingungen. Teil III stellt die Ergebnisse der Arbeit unter verschiedenen Aspekten vor. Die Hauptfragestellungen untersuchen die Veränderung von psychopathologischer Symptomatik und interpersonellen Problemen sowie den Einfluss der Zugehörigkeit zur stationären oder zur ambulanten Gruppe und dem Schweregrad der Störung. Zwei Kapitel sind den spezifischen Zielen der DBT gewidmet, dem selbstverletzenden Verhalten und den häufigen stationären Aufenthalten in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken. Im letzten Kapitel erfolgt eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse.

Mein Dank gilt an erster Stelle dem Projektleiter Dr. M. Bohus, der dieses Projekt überhaupt erst ermöglicht hat und der mich in unserer mehrjährigen Zusammenarbeit sehr unterstützt hat.

Danken möchte ich auch Dr. Elisabeth Schramm, ohne die diese Arbeit wahrscheinlich nie ihren Anfang gefunden hätte und Dipl. Psych. Uli Ebner, der mit mir die mühsamen ersten Schritte unternahm. Dr. Uli Frank stand mir tatkräftig mit Zeit, Diskussionen und Anregungen zur Seite, ihr gilt mein spezieller Dank.

Bernhard möchte ich danken für wertvolle Tips und viel Geduld mit meinem „Forschungsmonologen“ und für sein verständnisvolles mir zur Seite stehen.

Ein Dank geht auch an meine Patientinnen, die wesentlich zu meinem Interesse und meiner Freude an diesem Forschungsgebiet beigetragen haben.

Eine Anmerkung zur Schreibweise: Da die DBT von M. Linehan für weibliche Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde und in dem Forschungsprojekt, in dem diese Arbeit entstand, auch nur weibliche Personen behandelt wurden, wurde in diesen Zusammenhängen durchgehend der Begriff „Patientinnen“ gewählt. Weiterhin waren sowohl in Forschung als auch Therapie etwa gleich viel Frauen und Männer beteiligt, so dass bei personenbeschreibenden Substantiven –„In“ bzw. –„Innen“ angehängt wurde, um dieser Tatsache Rechnung zu tragen. Dies trifft auch zu für Begriffe wie „AutorInnen“, mit denen ausgedrückt wird, dass Frauen in nicht unerheblichem Maß ihren Beitrag zu Forschung und Theorie beigetragen haben.

TEIL I: THEORIE

KAPITEL 1

DIAGNOSTIK UND ÄTIOLOGIE DER BORDERLINE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

In diesem Kapitel wird eine Klärung des Begriffs der „Persönlichkeitsstörung“ vorgenommen, sowie der Begriff „Borderline“ in seiner Entwicklung dargestellt. Danach erfolgt die Beschreibung der beiden Konzepte der für die offizielle Vergabe der Diagnose der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ weltweit anerkannten Klassifikationssysteme mit ihren Kriterien. Das Kapitel endet mit einem Überblick über ätiologische Konzepte von Persönlichkeitsstörungen, speziell der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

1.1. Definition des Begriffs „Persönlichkeitsstörung“

Die offizielle Definition einer Persönlichkeitsstörung nach dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., DSM-IV“ (APA, 1994), lautet:

„Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Das Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

1. Kognition
2. Affektivität
3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
4. Impulskontrolle

Des Weiteren ist das Muster unflexibel und tiefgreifend, es führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und es ist stabil und langdauernd, sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.“ (APA, 1994).

Diese Definition macht deutlich, daß ein zentraler Punkt der Persönlichkeitsstörungen nicht das innere Erleben eines als belastend und beängstigend empfundenen Zustandes (die sog. „Ich-Dystonie“) darstellt, sondern daß es sich in gewisser Weise um Zuschreibungen der Gesellschaft handelt, in der das betroffene Individuum lebt. Ausdrücklich wird die „Ich-Syntonie“ betont, also der Mangel an als abweichend oder „störend“ von der eigenen Normalität erlebten Erfahrungen und Empfindungen. Dies impliziert auch, daß das Individuum diese Einstellungen und Erfahrungen schon immer so erlebt hat, daß sie also in der Persönlichkeitsentwicklung in Kindheit und Jugend im wesentlichen so angelegt wurden. Problematisch wird eine solche „... Abweichung der Persönlichkeitsentwicklung“ (Fiedler, 1998, S. 27), wenn sie als unflexibles, extremes und andauerndes Muster der Interaktion mit anderen Menschen soziales und berufliches Handeln beeinträchtigt und damit eher indirekt ein Leiden für die betroffene Person hervorruft. Diese Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstö-

rung, unabhängig von ätiologischen Perspektiven, macht die Auffassung von Persönlichkeitsstörungen als „Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ (Fiedler, 1998) verständlich. Sie entspricht außerdem damit eher einem dimensional konstruierten Störungsbild bzw. einem dimensional Übergang von Nicht-Störung zu Störung, da zwischenmenschliche Konflikte auch einen Teil des Erlebensspektrums von gesunden Personen ausmacht. In den Diagnosemanualen wird die Behandlungsbedürftigkeit zum Störungskriterium, das heißt, erst in dem Stadium, in dem die Person an den Konsequenzen ihrer Andersartigkeit durch Einschränkung der beruflichen oder privaten Leistungsfähigkeit leidet. Diese Aussage trifft für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung nur in begrenztem Ausmaß zu, da hier durch den Mangel an interpersoneller Angst und Schuldgefühl als Konsequenz auf das eigene Handeln subjektives Leiden nur sehr begrenzt auftritt und die Behandlungsbedürftigkeit durch andere Personen gestellt wird. Bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eher das Gegenteil der Fall, bei ihnen entsteht durch die starke affektive Belastung ein ausgeprägtes subjektives Leiden, so dass die Störung nicht mehr als ich-synton erlebt wird.

1.2. Die Entwicklung des Begriffs „Borderline“

Der Begriff „Borderline“ wurde eingeführt als Kennzeichnung für einen Übergangsbereich zwischen Neurose und Psychose (Stern, 1938, in Fiedler, 1998). Von den Psychoanalytikern vielfach aufgegriffen, entstand in den nächsten Jahrzehnten eine, überwiegend durch Fallstudien entstandene, psychoanalytisch geprägte Ausarbeitung dieses Konzeptes, wobei zunächst unterschiedliche Vorstellungen diskutiert wurden. Der Vorschlag, ein Syndrom von Verhaltensauffälligkeiten zusammenzufassen hatte dabei die weitreichendsten Einflüsse. Die Arbeiten von Otto Kernberg, der mit der „Borderline-Personality-Organization“ (Kernberg, 1975) die psychoanalytische Deskription des Borderline-Störungsbildes vereinheitlichte und die Bemühungen von Gunderson und Mitarbeitern (1975) um eine psychometrische Erfassung der Borderline-Störung beeinflussten wesentlich die Klassifizierung der Borderline-Störung, wie sie im DSM-III (APA, 1980) vorgenommen wurde.

Von der psychiatrischen Seite her näherte man sich dem Thema mehr von der Seite der Schizophrenie-Forschung an, wo in den frühen siebziger Jahren „Borderline“ den Übergang zwischen manifester Schizophrenie und bestimmten Persönlichkeitsauffälligkeiten bzw. Normalität beschreiben sollte. Diese sogenannte „Borderline-Schizophrenie“ mit geringer Ausprägung der schizophrenen Symptomatik wurde später dann als Schizoide Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Gleichzeitig fand aufgrund von Untersuchungen größerer Populationen von „Borderline-PatientInnen“ eine weitere Abgrenzung zwischen einer „instabilen“ Borderline-Persönlichkeit und der „schizotypen“ Persönlichkeitsstörung statt. Die „Instabile Persönlichkeitsstörung“ und die „Schizotype Persönlichkeitsstörung“ gingen so in das DSM-III ein. Das Problem der Überlappungen zwischen beiden Kategorien wurde 1987 durch das Einführen von Doppeldiagnosen im DSM-III-R gelöst.

1.3. Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.3.1. Die Diagnose nach DSM-IV

Für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach den Richtlinien der American Psychiatric Association (APA, 1994) liegt der folgende Kriterienkatalog vor:

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind,
- (2) ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist,
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung,
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (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, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden und nur seltenen Fällen mehr als einige Tage andauern,
- (7) chronische Gefühle von Leere,
- (8) unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeit, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen),
- (9) vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

1.3.2. Die Diagnose nach dem ICD-10

Die „Klassifikation psychischer Krankheiten“ nach ICD-10 definiert die Borderline-Störung als Subtypus der „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“, wobei der zweite Subtypus als „impulsiver Typ“ bezeichnet wird (Dilling et al, 1991). Die „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ wird definiert als „eine Persönlichkeitsstörung

mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

Borderline-Typus: „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).“

1.4. Ätiologische Konzepte

1.4.1. Psychoanalytische Konzepte

In der Psychoanalyse wurde ein Verständnis von individuellen Besonderheiten mit dem Begriff des „Charakters“ ausgedrückt, die Abgrenzung von „neurotischen Symptomen“ gegenüber dem „neurotischen Charakter“ wurde und wird vielfach diskutiert. Dabei wurden die Abwehrmechanismen in Zusammenhang mit den Charakterstörungen gestellt, da deren Funktion die Vermeidung von (interpersonell entstandenen) unangenehmen und bedrohlichen Gefühlen ist. „Verdrängung“ gehörte zum hysterischen Charakter, „Projektion“ zum paranoiden Charakter und „Introjektion“ zum depressiven Charakter. Als zentrales Differenzierungsmerkmal der Charakterstörungen – und heute der Persönlichkeitsstörungen – gilt dabei die Ich-Syntonie, (die Störung wird vorwiegend von der Umgebung empfunden) in Abgrenzung der Ich-Dystonie der neurotischen Symptome (die Störung wird vorwiegend von der Personen selbst empfunden).

Das psychoanalytische Verständnis der Persönlichkeitsstörungen, vor allem der Narzissmus- und Borderline-Störung, ist heute weitgehend geprägt durch die Objekt-Beziehungs-Theorien, die die intrapsychische Repräsentation von gefühlsmäßigen Beziehungen zu Bezugspersonen beschreiben. Vereinfacht ausgedrückt enthalten Selbst-Repräsentanten dabei die Erfahrung von Beziehungen in Bezug auf die eigene Person und Objektrepräsentanten die Beziehungserfahrungen in Bezug auf wichtige andere Personen. Fehlende oder spezifische Abweichungen intrapsychischer Selbst- und Objektrepräsentanzen sind verantwortlich für die Entwicklung von spezifischen Beziehungsstörungen.

Otto Kernberg prägte das psychoanalytische Verständnis der Borderline-Störung wesentlich. Nach seiner Auffassung liegt die Störung in der nicht erfolgten Integration und Differenzierung verschiedener Selbst- und Objektrepräsentanzen. „Gute“ und

„böse“ Repräsentanzen sind separiert, aber die Integration zu einem realistischen Selbstbild gelingt nicht. Diese isoliert erhaltenen Repräsentanzen, die ja Abbilder zwischenmenschlicher Erfahrungen in Bezug auf sich selbst oder auf andere darstellen, werden laut Kernberg zum Schutz vor interpersoneller Verletzung einzeln und einseitig gebraucht. Dass sie schlecht integriert und unrealistisch sind, führt zu unrealistischen und extremen Erwartungen in zwischenmenschlichen Beziehungen (Kernberg, 1975).

1.4.2. Interpersonelle Konzepte

Harry Stack Sullivan, der als wichtigster Begründer der interpersonellen Theorie von psychischen Störungen gilt, fasste Persönlichkeit als „überdauerndes Muster wiederkehrender interpersoneller Situationen, die ein menschliches Leben charakterisieren“ (Fiedler, 1998) auf. Diesem Gedanken folgten Autoren wie Leary oder Kiesler, die Persönlichkeitseigenschaften als zirkuläres Modell zwischenmenschlich bedeutender Eigenschaften konzipierten und Persönlichkeitsstörungen als Varianten extrem ausgeprägter interpersoneller Eigenschaften innerhalb dieses Modells auffassten. Danach lassen sich interpersonelle Verhaltensweisen auf zwei orthogonalen Hauptachsen lokalisieren. Eine Dimension beschreibt das Kontinuum von feindselig bis freundlich/liebend, die zweite das von dominant bis unterwürfig. Wichtig ist in diesem Modell die Annahme, dass die dem sogenannten „Circumplex“ zugehörigen Handlungen spezifische Reaktionen bei anderen hervorrufen. Eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen lassen sich relativ eindeutig in diesem Modell verorten, beispielsweise die narzisstische, die dem dominanten Pol zugeordnet ist oder die „zu ausnutzbare, nachgiebige“ dependente Persönlichkeitsstörung.

Eine Erweiterung dieses Konzeptes nahm L. S. Benjamin vor, die in ihrer „Structural Analysis of Social Behavior, SASB“, die Zuneigungs- und Statusdimension in drei Perspektiven betrachtete. Dabei kann die interaktionelle Aufmerksamkeit der Person auf den Interaktionspartner bezogen sein oder auf sich selbst, der dritte Betrachtungsfokus entspricht den Regeln und Normen, die eine Person über sich selbst entwickelt hat. Persönlichkeitsstörungen liegen demnach spezifische Interaktionstypiken zugrunde, die sich aus dem Postulat, dass sich zwei Personen gegenseitig in ganz spezifischer Weise beeinflussen, ergeben. Störungsimmanente Muster können beispielsweise zeitgleich auftretende Verhaltensmuster sein, die einander gegenüberliegend angeordneten Verhaltensweisen entsprechen und damit dem Gegenüber ein „double bind“ anbieten. Ein Beispiel dafür wären gleichzeitige Verhaltensweisen wie „bestätigen/verstehen“ und „herabsetzen/beschuldigen“.

Benjamin (Benjamin, 1992) codierte Fallgeschichten von Borderline-PatientInnen in SASB und summiert die frühen Erfahrungen so, dass eine Person, die alle DSM-III-R-Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt, in einer chaotischen Umgebung aufgewachsen ist, ständig von traumatischen Verlusten bedroht und ihnen ausgesetzt. Dies führt zur Verwirrung von Schmerz mit Freude und Hilflosigkeit mit Allmacht. Eigenständigkeit und Freude werden attackiert und Krankheit zieht Versor-

gung nach sich. Benjamin betont, dass es nicht die Ereignisse an sich sind, die dieses frühe Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Muster prägen, sondern die interpersonelle Dimensionalität, wie sie sich in ihrem drei-Foci-Modell abbildet. Das Leben in einer chaotischen Umgebung führt später zum krisenerzeugenden Verhalten, die Angst vor dem Alleingelassenwerden – Konsequenz der traumatischen Verluste – führt zu Wut und Ärger, die Versorgung erzwingen sollen.

Die Interaktionstypiken der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschreibt Benjamin mit einem grundlegenden interpersonellen Muster an freundlicher Abhängigkeit, das bei Frustrierung in beschuldigende Feindseligkeit umschlägt. Ein Bedürfnis nach protektiver Behütung geht einher mit dem Glauben, dass der Interaktionspartner dies mag. Ein „hinterhältiges“ Introjekt sorgt für Selbstbestrafung, wenn Glück oder Zufriedenheit auftritt (Benjamin 1992).

1.4.3. Bio-psycho-soziale Konzepte

Die biosoziale Lerntheorie von Millon (1981, in Fiedler 1998) stellt ein Konzept zur Entwicklung der gesunden und gestörten Persönlichkeit dar. Sie gründet auf biologischen Faktoren wie erbliche Voraussetzungen, auf zwischenmenschlichen Erfahrungen, die in früher Kindheit die neuropsychologische Entwicklung beeinflussen und auf Umgebungsfaktoren. Letztere wirken im Sinne der lerntheoretischen Konzepte auf die Persönlichkeitsentwicklung ein und sind entscheidend für die Entwicklung einer gestörten Persönlichkeit.

Das Diathese-Stress-Modell sieht die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen in der individuellen Vulnerabilität einer Person begründet. Vulnerabilität entsteht aufgrund von Diathese, die als ungünstige Konstellation von erblichen, prä- oder postnatalen Schädigungen aufgefasst wird. Weiterhin ist sie abhängig von psychosozialen Prädispositionen, also frühe ungünstige familiäre oder erzieherische Einflüsse. In diesem Sinne dienen die abweichenden Verhaltensweisen einer Persönlichkeitsstörung als Versuch des Schutzes vor stresshaften Lebensereignissen. Diese können wiederum in weiterer Konsequenz zu Kritik, Ablehnung und Feindseligkeit führen, da sie von der Umgebung als Verletzung zwischenmenschlicher Umgangsformen gewertet werden.

Das bio-psycho-soziale Konzept von M. Linehan (Linehan, 1993a) sieht eine angeborene Prädisposition als Vulnerabilitätsmerkmal der Borderline-Störung an. Dabei steht eine Dysfunktion der Affektregulation im Vordergrund, die für die ausgeprägten, leicht auslösbaren und schwer bewältigbaren Affekte der Borderline-Patientinnen sorgen. Die kindliche Umgebung kann für eine solche Prädisposition einen Risiko- oder auch einen Schutzfaktor darstellen. Risikofaktoren sind alle Erfahrungen, die es diesen Kindern unmöglich machen, einen adäquaten Umgang mit den intensiven Emotionen zu erlernen. Dies sind Erfahrungen von Missachtung, nicht-vorhersehbar wechselnde Beziehungsstile oder emotionale, körperliche oder sexuelle Missbrauchserfahrungen. Als Bewältigungsstrategien erlernen diese Kinder Verhaltensweisen, Einstellungen oder Denkstile, die in diesem Zeitraum für das (körperliche und emo-

tionale) Überleben wichtig sind, später im Leben aber normale zwischenmenschliche Erfahrungen verunmöglichen und zu psychisches Leid führen. Beispielsweise führt ein unberechenbares Bindungsverhalten eines Elternteiles dazu, dass das Kind lernt, sich zunächst immer vorsichtig zu verhalten, seine eigene Gefühlszustände zu unterdrücken, bis es die Stimmung des Elternteiles erfasst hat und sich „richtig“ verhalten kann. Das führt später zu der Orientierung an anderen und der mangelnden Fähigkeit, eigene Vorstellungen und Bedürfnisse zu erkennen und auch durchzusetzen.

1.4.4. Kognitionstheoretische Konzepte

Beck und Freeman (1995) fassen Persönlichkeitsstörungen ebenfalls im Sinne eines Zusammenspiels von angeborener Disposition und Umwelteinflüssen auf, legen jedoch ihren Schwerpunkt auf die Art und Weise, wie Individuen ihre zwischenmenschlichen Erfahrungen kognitiv verarbeiten und strukturieren. Das Störungskriterium ist hier das Vorhandensein von starren kognitiven Schemata, die vorrangig aktiviert werden und Erfahrungen selektiv und verzerrt bewerten und interpretieren. Auch diese Verzerrungen geschehen im Dienste eines Schutzes der Persönlichkeit. So erklärt sich die Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen dadurch, dass Anwendung und Entwicklung dieser kognitiven Schemata durch die Person selbst – und auch unter deren Mitverantwortung – geschehen. Die Autoren postulieren zu jeder Persönlichkeitsstörung spezifische Schemata und Grundannahmen, die in der Interaktion mit anderen Menschen zu den jeweiligen, für die einzelnen Störungen typischen, Auffälligkeiten führen.

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen nach Auffassung der Autoren die Welt als gefährlich und sich selbst als machtlos an, es gilt, immer wachsam und auf der Hut zu sein, keine Schwächen zu zeigen und immer alles möglichst unter Kontrolle zu haben. Die Tendenz, Risiken und schwierige Situationen zu meiden, führt zu einer Verstärkung dieser Annahmen. Die Lösung, sich an andere, stärkere Personen abhängig zu binden, wird dadurch gefährdet, dass sich Borderline-PatientInnen als grundlegend unakzeptabel einschätzen und fürchten, sofort verlassen zu werden, wenn dies von anderen entdeckt wird. Ein typischer Denkstil, das dichotome Denken, sorgt für eine Verschärfung des Problems, da Interpretationen extrem erfolgen, nicht überprüft werden und zu schweren emotionalen Krisen führen können.

1.5. Bewertung der Konzepte für die Borderline Persönlichkeitsstörung

Schon früh waren sich psychoanalytische und psychiatrische Forschungstradition einig, dass es sich bei der Borderline-Störung nicht um ein umgrenztes Syndrom handelt, sondern um einen Aspekt einer überdauernden Struktur. Seinen (zwischenmenschlichen) Störungscharakter bekommt das Muster dadurch, dass es bei den

Betroffenen das Handeln in sozialen Situationen bestimmt und damit interpersonelle Konflikte hervorruft. Die Auffassungen für ein ätiologisches Modell der Borderline-Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich in einigen Aspekten überraschend wenig bei den zentralen Autoren unterschiedlicher Schulen. Alle Autoren postulieren eine angeborene Prädisposition, Beck spricht von „... genetisch bedingten Prototypen menschlichen Verhaltens...“ (Beck & Freeman, 1995) und Kernberg und Linehan sehen eine angeborene Unfähigkeit zur Affektregulation. Alle sind der Auffassung, dass ungünstige oder traumatische Umwelteinflüsse eine Entwicklung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung fördert und alle sehen ein Übermaß an Emotion (und Kognition) wirken, um ein minderentwickeltes Selbst mit unzureichenden Mitteln zu schützen. Was unter einem minder- oder fehlentwickelten Selbst verstanden wird und wie die genauen Schutzmechanismen wirken, wird von den AutorInnen gemäß den jeweiligen Theorieschulen ausgeführt.

Ein offensichtlich in die ätiologischen Modelle nicht einfach einzuordnendes DSM-IV-Kriterium ist die Parasuizidalität von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Benjamin beschreibt es als eine Wiederinszenierung von Missbrauch und/oder dem Versuch, eine attackierende Person zu besänftigen. Für Linehan stellt es einen dysfunktionalen Versuch dar, mit einem Übermaß an Leiden/Gefühl umzugehen, wobei die genaueren Mechanismen, wie und warum dies so offensichtlich gut „hilft“, ungeklärt bleiben. Dieses für die Umwelt – auch die medizinisch/psychiatrische – häufig sehr verstörende Verhalten lässt sich aus den genannten Konzepten nur schwer als Spezifikum ableiten. Konsequenz davon ist, dass dafür keine gezielten therapeutische Ansätze gewonnen werden können, wie dies beispielsweise der Fall ist für den nicht gelernten Umgang mit Emotionen oder die verzerrten Interpretationen von Ereignissen.

Eine interessante Weiterentwicklung des Persönlichkeitsstörungsmodells – kein ätiologisches Modell – bieten die Theoretiker des interpersonellen Ansatzes, unter ihnen Benjamin, die kritisiert, dass das Überlappungsproblem der Persönlichkeitsstörungen auf Achse-II bislang nicht gelöst ist und die Reliabilitäten auch nicht sehr hoch liegen. Auch im interpersonellen Ansatz ist es bislang nicht gelungen, alle Achse-II-Störungen auf den Circumplex-Modellen zu lokalisieren. Benjamin zitiert Plutchik und Conte: „Personality traits represent mixtures of basic emotions that have frequently occurred together over time, and if personality disorder may be conceptualized as extremes or exaggeration of certain personality traits, then these personality disorders may be seen as derivatives of emotion“ (Benjamin, 1992). Wenn die Varianz der Persönlichkeitsstörungen nicht nur durch interpersonelle Variablen, sondern auch durch Emotionen und Kognitionen erklärt wird, dann müsste man daraus eine Modellerweiterung ableiten, so dass Persönlichkeitsstörungen als dimensionale Profile für interpersonelle, emotionale und kognitive Stile beschreiben werden können. Ein solches Modell würde der komplexen und heterogenen Problematik der Borderline-Störung gerechter werden und hätte außerdem den Vorteil, dass sich anhand der verschiedenen dimensional Profile spezifische therapeutische Interventionen ableiten ließen.

KAPITEL 2

BEHANDLUNGSKONZEPTE DER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

In diesem Kapitel werden schwerpunktmäßig die therapeutischen Konzepte vorgestellt, die entweder aufgrund eines definierten einheitlichen Konzeptes von Borderline-Störung entstanden, oder solche aus den achziger Jahren und später, wo eine definierte und gut reliable Diagnostik der Störung vorlag. Für diese späteren Konzepte liegen zusätzlich Therapiemanuale vor, die es erlauben, die reliable Einhaltung der Therapie zu kontrollieren. Zu diesen Behandlungskonzepten gehört die Expressive Therapie von Kernberg, die auf der Objektbeziehungstheorie basiert und eigene Definitionskriterien der Störung bereitstellt. Im Rahmen der Gruppenkonzepte wird besonders die interpersonelle Gruppentherapie von Marziali und Munroe-Blum beschrieben, die ebenfalls auf psychoanalytischem Verständnis beruht, aber das einzige Gruppenkonzept darstellt, das sowohl manualisiert, als auch in einer randomisierten Studie überprüft wurde. Das dritte Konzept ist das der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Störungen von M. Linehan. Am Ende dieses Kapitels werden der Vollständigkeit halber kurz der interpersonelle Ansatz zur Behandlung der Borderline-Störung von Benjamin und der kognitive Ansatz von Beck vorgestellt.

Die Entstehung dieser Therapien, die ihren Anfang in den siebziger Jahren nahmen, markiert einen Umschwung in der Geschichte der Behandlung von Borderline-PatientInnen. Expertenmeinung als Kriterium für eine wirksame Therapie wurde abgelöst durch die Forderung nach empirischer Fundierung der Nützlichkeit einer Behandlung. Darüber hinaus ist die Geschichte der Behandlung von Borderline-PatientInnen vor dieser Zeit durch ein unklare und unterschiedliche Definition der Borderline-Störung gekennzeichnet. Die Behandlungen dieser Zeit werden daher an den Anfang dieses Kapitels gestellt.

2.1. Die Entwicklung der Behandlung der Borderline-Störung

Die psychoanalytische Behandlung im klassischen Sinn fand bei Borderline-PatientInnen keine breite Anwendung. Vielmehr entwickelte sich schon seit den vierziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts eine Gegenströmung zur rein psychoanalytischen Behandlung von Borderline-PatientInnen, die psychodynamisch orientierte, unterstützende Therapie empfahl. Vertreter dieser Richtung wie Knight oder Zetzel befürchteten, dass Standard-Psychoanalyse nur wenig Nutzen haben, wenn nicht sogar schädlich für Menschen mit Borderline-Störung sein könnte.

Zentrale Empfehlung von AutorInnen dieser therapeutischen Richtung ist, die Abwehrmechanismen zu stützen statt sie zu analysieren. Regressionsphänomene sollten vermieden werden, da die PatientInnen nicht in der Lage wären, die intensiven

Affekte einer Übertragungsneurose zu tolerieren. Therapie sollte statt dessen klar strukturiert sein und stärker auf externe Realitäten im Hier und Jetzt fokussiert. Dazu sollte die liegende Haltung vermieden werden ebenso wie die freie Assoziation und die Deutung von Seiten der TherapeutInnen. Sitzungen sollten maximal einmal pro Woche stattfinden und mehrere Jahre bis lebenslang andauern (Aronson, 1989; Higgitt & Fonagy, 1992; Shea, 1991; Stone, 2000). Insgesamt nimmt die TherapeutIn eine aktivere und nicht so betont neutrale Rolle ein wie im psychoanalytischen Setting. Als wichtig wird die Etablierung eines emotionalen Kontaktes von Beginn der Therapie an gesehen.

Angeregt unter anderem durch Kernberg veränderten sich Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre die Ambitionen, Behandlung von Borderline-PatientInnen wurde als Möglichkeit zu einer echten Veränderung angesehen (Gunderson, 2001). In den klinischen Institutionen, in Amerika vorwiegend in privaten Kliniken, wurden Stationen speziell zur psychoanalytisch orientierten Langzeitbehandlung von Borderline-PatientInnen implementiert, parallel dazu entwickelten sich ambulante, ebenfalls langzeitorientierte psychoanalytische Therapien. Das Konzept, das sich hier als das einflussreichste entwickelte, war die Expressive Psychotherapie nach Kernberg.

2.2. Expressive Psychotherapie nach Otto Kernberg

Kernbergs Konzept der psychoanalytisch orientierten expressiven Therapie wurde in den neunziger Jahren bekannt und markierte einen deutlichen Umschwung in der Behandlung der Borderline-Störung. Wurden Borderline-PatientInnen vorher als eher fragile Personen angesehen, die jahrelange, eventuell sogar lebenslange unterstützende Therapie benötigten und eher gehalten als im Veränderungssinne therapiert wurden, nahm Kernberg die Haltung ein, daß Veränderung der Basisstrukturen der Persönlichkeit durchaus möglich sei und daß Klärung und Deutung, auch Konfrontation, Mittel der Therapie sein können und sollen. Sitzungen fanden mehrmals wöchentlich statt und fokussierten auf Einsicht, also Innenorientierung, im Gegensatz zur deutlichen Außenorientierung der unterstützenden Psychotherapie.

In dieser Zeit entdeckten viele psychoanalytische AutorInnen die Objektbeziehungstheorien wieder und formulierten verschiedene pathogenetische Modelle für die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit unterschiedlichen therapeutischen Zugangsweisen (Aronson, 1989). Gemeinsam ist allen Ansätzen das implizite Therapieziel einer Veränderung der Persönlichkeitsstruktur durch eine intensive Therapie über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren hinweg. Die Möglichkeit von Langzeithospitalisation wird als valide Alternative betrachtet. Regression ist ein erwünschter Prozeß, therapeutische Mittel sind Aufdeckung, Deutung und Einsichtsorientierung, um primitive Entwicklungsrückstände und -konflikte zu bearbeiten. Die Rolle der TherapeutIn ist aktiver als in der klassischen Psychoanalyse, auf liegendes Setting wird verzichtet, gleichzeitig werden klare Grenzen gesetzt, z.B. in Form von Konsequenzen für versäumte Sitzungen oder für das sogenannte „Ausagieren“. Beachtung von Gegenübertragungsprozessen wird als wichtig angesehen, um nicht in destruktive

zwischenmenschliche Interaktionen mit den PatientInnen zu geraten. Gleichzeitig sollte die TherapeutIn in einer objektiven neutralen Haltung den Zorn und die Feindseligkeit der PatientInnen tolerieren und absorbieren können.

Unterschiede innerhalb der expressiven, psychoanalytisch orientierten Ansätze liegen vor allem darin, ob AutorInnen die Ursache der Störung als ein Defizitmodell oder ein Konfliktmodell konzeptualisieren. Das Defizitmodell verlangt eine Therapie, die eine Chance zur „Nachreifung“ darstellt mit Betonung der therapeutischen Beziehung als Ersatz für die verlorene Kernfamilie. Mit einem Konfliktmodell als pathogenetischem Konzept stellt Therapie eher den Rahmen dar für eine aktive Auseinandersetzung mit den konfligierenden Positionen, wie sie sich im therapeutischen Setting präsentieren. Zentrale Themen in defizitorientierten Therapien sind daher beispielsweise Verlassenheitsängste, Depression und Selbstwertgefühl. Kernberg als Vertreter des Konfliktmodells fokussiert auf die Aggressionen der PatientInnen, ihre Spaltungstendenzen und ihren Neid. Kongruent dazu unterscheidet sich der therapeutische Stil beider Modelle im Sinne von Wärme und Empathie versus Konfrontation und Herausforderung.

Kernbergs „Transference Focused Therapy (TFT)“ stellt die bekannteste psychoanalytisch orientierte spezifische Psychotherapie dar, sie wurde auch in Manualform niedergelegt (Kernberg et al. 1989).

2.3. Gruppentherapeutische Konzepte

Vor allem im Rahmen von stationären Behandlungen wurden Borderline-PatientInnen schon immer auch in gruppentherapeutischen Settings behandelt. Dies geschah in der Regel als adjunktive Behandlung und in störungsheterogenen Gruppen. Lange Zeit galten Borderline-PatientInnen als nicht „führbar“ in homogenen Gruppen, aufgrund ihres „disruptiven“ und Aufmerksamkeit heischenden Verhaltens (Munroe-Blum, 1992). Macaskill (1982), der als einer der ersten eine Studie mit einer homogenen Borderline-Population durchführte, schließt aus seinen Ergebnissen, daß die Natur von Gruppentherapie eher darin besteht, individuelle Therapie im Gruppensetting durchzuführen. Kommentare von MitpatientInnen wären eher feindselig, es sollten keine aktiven Aufforderungen zum Modellernen gegeben werden. Trotzdem schätzten die PatientInnen ein besseres Verständnis für sich selbst und Altruismus als die für sie hilfreichsten Faktoren in der Gruppe ein. Salvendy (1989), der eine Kurzzeit-Gruppentherapie entwickelte, kam zu ähnlichen Schlüssen wie Macaskill und diskutiert homogene Borderline-Gruppen als ungünstig wegen der geringen Frustrationstoleranz und der geringen Fähigkeit, Gruppennormen auszubilden. Munroe-Blum argumentiert zugunsten von homogenen Borderline-Gruppen und weist darauf hin, daß es bislang keine Studie gibt, die eventuelle schädliche Wirkungen oder auch nur die Wirkungslosigkeit von Gruppenkonzepten nachgewiesen hätte. In den neunziger Jahren entwickelten verschiedene Autoren nicht psychodynamisch orientierte Gruppenkonzepte, die sie auch mit guten Ergebnissen evaluierten (Barley et al, 1993; Linehan, 1991; Springer et al, 1996). Insgesamt läßt sich hier kein allgemeiner

Trend zu einem bestimmten Gruppenkonzept ausmachen, sie werden nach wie vor eher als - wenn auch wichtiges - Adjunkt angesehen, denn als Alternative zur individuellen Psychotherapie. Eine Ausnahme stellen hier Munroe-Blum & Marziali (1995) dar, die die explizite Meinung vertreten, dass ein Gruppentherapiekonzept ohne Einzeltherapie ausreichend ist, um Therapieerfolge zu erzielen.

2.3.1. Gruppen-Psychotherapie von Marziali & Munroe-Blum

Das Behandlungskonzept der Autorinnen, Marziali & Munroe-Blum (1995), ist psychoanalytisch orientiert, gehört aber schon zu den Behandlungen, die auf die Kritik an der klassischen stationären Langzeitbehandlung reagiert und ihr Konzept verändert hatten. Solche veränderten Elemente sind bei Marziali & Munroe-Blum die Zeitlimitierung der Behandlung und der Verzicht auf Deutungen und Interpretationen.

Ausgangspunkt ist ein Verständnis der Borderline-Störung, deren Kernproblem in der interpersonellen Dimension liegt. Ich-Identitäts-Störung, schwierige interpersonelle Beziehungen, negative Affekte und impulsives Verhalten werden als Konsequenz dessen angesehen. Ziel der Behandlung ist es, eine Umgebung bereitzustellen, die dysfunktionale Beziehungsstrategien zulässt, sie beobachtet und reflektiert und die Möglichkeiten bietet, andere Reaktionen mit sich und anderen im Gruppenkontext auszuprobieren. Grundannahme ist, daß PatientInnen ihre inneren Konflikte externalisieren in ihrem Kontakt mit den TherapeutInnen. Die TherapeutIn muß das Muster durchbrechen, sie nimmt eine freundliche neutrale Beobachtungshaltung ein mit einem kontinuierlichen Interesse am Dialog der PatientInnen. Sie reagiert reflektierend und bestätigend und vermittelt leisen Zweifel und Unsicherheit bezüglich der Aussagen. Die Äußerungen der TherapeutInnen sind testend formuliert. Im Gegensatz zu Linehan's Konzept werden keine Ratschläge oder Psychoedukation vermittelt. Zusammenfassend lassen sich die Grundannahmen der interpersonellen Gruppentherapie so darstellen: Die Sicht der PatientIn von ihrer Realität wird anerkannt und bestätigt; die Kompetenz und das Wissen der PatientIn wird unterstützt durch eine fragende und unsichere Haltung der TherapeutInnen; fast alle Äußerungen der TherapeutIn sind vorsichtig formuliert; Ratschläge und Psychoedukation wird vermieden; therapeutische Fehler sind unvermeidlich und beruhen auf mangelnder Fähigkeit, subjektive Reaktionen zu kontrollieren.

2.4. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan

Linehan (Linehan, 1993a, 1993b) entwickelte eine strukturierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung für Frauen mit Borderline-Störung, die als Manual vorliegt. Ihr liegt ein Rational zugrunde, das einen zentralen Aspekt der Störung in einer Dysfunktion der Affektregulation sieht. Borderline-Patientinnen leiden an einer erhöhten Sensitivität für emotionsauslösende Reize, die Intensität der emotionalen Reaktionen ist erhöht und die Affekte bauen sich langsamer ab. Die Ursachen

dafür werden zum einen in einer genetischen Prädisposition gesehen, zum anderen in einer sogenannten invalidierenden Umgebung, die dem heranwachsenden Kind wenig Chancen für eine gesunde emotionale Entwicklung gibt. Invalidierende Reaktionen von erwachsenen Bezugspersonen negieren beispielsweise bestimmte emotionale Zustände, ignorieren sie und stellen für das Kind nicht vorhersehbare und unverständliche Antworten auf wichtige emotionale Erfahrungen dar. Maladaptive Verhaltensmuster stellen Problemlöseversuche der Patientinnen dar, die über nur wenige funktionale Muster zur Bewältigung der intensiven, oft unverständlichen, affektiven Anspannungen verfügen. In Konsequenz dessen ist es im Linehan'schen Therapiemodell wichtig, den Patientinnen ein Instrumentarium zu vermitteln, das ihnen auf einer sehr praktischen Ebene hilft, mit Übererregungszuständen umzugehen. Weiterhin muß eine Art Nachlernprozess stattfinden für die Patientinnen, denen in ihrer Lerngeschichte kaum ein adäquates Modell zur Identifikation, Bewältigung und Einschätzung von Emotionen zur Verfügung stand. Das Vermitteln dieser spezifischen Fertigkeiten geschieht in einem Gruppentraining, das ausdrücklich didaktischen Charakter hat. Im Rahmen dieses „Fertigkeitentrainings“ (Linehan, 1993b) werden Strategien zu vier Themen vermittelt. Streßtoleranz dient dem Umgang mit intensiven Anspannungszuständen, das Prinzip ist ein Schritt-für-Schritt Vorgehen, bis eine stressreiche Situation überstanden ist, ohne dysfunktional zu handeln. Dabei geht es nicht um Problemlösen oder Verändern der Situation, sondern ein Akzeptieren und Überstehen der intensiven Reaktion seitens der Patientin auf die Situation. Achtsamkeit als weiteres Thema beinhaltet ebenfalls Strategien zur Akzeptanz der Realität und zur inneren Distanzierung von Ereignissen, äußeren, aber auch inneren. Dazu hat Linehan Anleihen genommen aus Meditationstechniken des Zen-Buddhismus, um eine Haltung entwickeln zu helfen, die in einer nichtbewertenden, akzeptierenden Art im Hier und Jetzt bleibt.

Die zwei anderen Themen „Umgang mit Gefühlen“ und „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ enthalten dagegen Strategien zur Veränderung. Sie dienen einer besseren Emotionsregulation und einer günstigeren Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen.

Das erste Element der Einzeltherapie ist das Erzielen einer gemeinsamen Behandlungsvereinbarung zu Beginn. Diese sogenannte „Commitment“-Arbeit, also eigentlich die Prä-Phase der Therapie ist nichtsdestoweniger ein wichtiger Teil der gesamten Therapie. Hier werden Grundsteine gelegt, die für den weiteren Verlauf der Therapie als sehr bedeutend angesehen werden. Zum einen dient diese Phase dem Aufbau der therapeutischen Beziehung. Wichtiger ist aber das Erreichen eines expliziten Einverständnisses durch die Patientin, an der Veränderung ihres parasuizidalen¹ Verhaltens zu arbeiten. Für diese schwierige Phase hat Linehan eigene Strategien vorgestellt wie beispielsweise den „advocatus diaboli“ oder die „Tür-ins-Gesicht“ Strategie.

¹ „parasuizidal“ wird hier, im Sinne von M. Linehan, für jedes bewusst intendierte, selbstverletzende Verhalten, das mit einer Läsion der Haut oder innerer Blutung einhergeht, verwendet. Dazu gehört auch suizidales Verhalten.

Die verhaltenstherapeutische Arbeit verlangt ein sorgfältiges Erfassen von dysfunktionalem Verhalten. Mit Hilfe von sehr genauen Verhaltensanalysen werden Verhaltensketten erstellt, an deren Ende beispielsweise eine Selbstverletzung steht. Jedes dysfunktionale Glied in dieser Kette wird identifiziert und alternative Handlungen exploriert. Für die Anwendung dieser alternativen Verhaltensweisen stellt die TherapeutIn jede innerhalb ihrer persönlichen Grenzen liegende Hilfe zur Verfügung, zum Beispiel durch die Möglichkeit per Telefon Hilfestellung zu leisten in der Anwendung dieser Fertigkeiten, wenn die Patientin unter hohem Stress steht.

Eingebettet ist die Therapie in ein Menschenbild, das einen expliziten Gegenpol zum Bild der „agierenden“ und „manipulierenden“ Borderline-Patientin bildet und beispielsweise Aussagen der Form „Borderline-Patientinnen tun das Beste, wozu sie in der Lage sind“ enthält. Die therapeutische Beziehung hat einen so hohen Stellenwert, daß sie indirekt Eingang gefunden hat in die explizite Zielhierarchie innerhalb der DBT. Verhaltensweisen, die es zu verbessern gilt, sind an erster Stelle parasuizidale Handlungen und an zweiter Stelle die sogenannten therapieschädigenden Verhaltensweisen. Die simple Logik dahinter heißt, Patientinnen müssen erstens am Leben und bei Gesundheit erhalten werden und zweitens in der Therapie bleiben, damit sie an dritter Stelle ihre Lebensqualität verbessern können. Eine gute therapeutische Beziehung ist dabei sowohl Ziel, als auch Modell und therapeutisches Agens, in Extremsituationen vielleicht das letzte, was eine Borderline-Patientin am Leben hält.

An therapeutischen Strategien stehen den TherapeutInnen neben der Verhaltensanalyse alle verhaltenstherapeutischen und/oder kognitiven Techniken zur Verfügung. Sie werden in einer Weise angewandt, die einen dialektischen Sinn erfüllen soll: In einer beweglichen, an die Patientin angepaßten Weise werden Techniken zur Veränderung mit Techniken zur Akzeptanz ausbalanciert, wobei die Patientin gleichzeitig angeleitet wird, beides zu erlernen und selbst anzuwenden. Techniken zur Veränderung sind neben der Verhaltensanalyse beispielsweise Expositionen, Rollenspiel, verhaltenstherapeutische Experimente usw.. Techniken zur Akzeptanz sind die sogenannten Validierungsstrategien, die vom einfachen aufmerksamen Zuhören bis hin zur genuinen Reaktion der TherapeutIn auf Äußerungen der Patientin reichen. Hinter ihnen steht eine Grundannahme der DBT, dass in jeder noch so dysfunktionalen Reaktion einer Patientin immer auch ein Körnchen Wahrheit steckt und dieses Körnchen Wahrheit gilt es herauszufinden, um der Patientin die Validität ihrer eigenen Reaktionen zu vermitteln.

2.5. Weitere therapeutische Ansätze

2.5.1. Der interpersonelle Ansatz von L. Smith Benjamin

Benjamin faßt in ihrem interpersonellen Ansatz der Borderline-Störung Therapie als eine rekonstruktive Lerntherapie auf (Shea, 1991). Anhand ihres SASB-Modells (Structural Analysis of Social Behavior) werden Beziehungsmuster und damit zusammenhängende Wünsche und Ängste identifiziert, sowie deren Ursprünge und

Funktionen verfolgt. Die Therapie ist in sechs Phasen unterteilt, die mit Beziehungsaufbau beginnen. Beziehungsmuster werden identifiziert und die PatientInnen werden mit unbewußten Wünschen und Ängsten konfrontiert. Trauer über die Aufgabe des alten Weges und Angst als Folge der beginnenden Veränderung machen den Weg frei für den Aufbau eines neuen Selbst. Zur Wirksamkeit dieses Ansatzes existieren keine Daten.

2.5.2. Die Kognitive Therapie von Beck

Sie weist gewisse Überlappungen auf mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen, fokussiert aber eindeutig die dysfunktionalen Denkmuster von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Beck & Freeman, 1995). Auch Beck betont die Wichtigkeit eines guten therapeutischen Arbeitsbündnisses gerade bei diesem Klientel. Transparenz, Grenzen setzen und vertrauenswürdiges Verhalten sind Strategien, die darauf zielen, diesen für Borderline-PatientInnen schwierigen Prozess zu erleichtern. Emotionale Reaktionen auf die TherapeutInnen – was die Psychoanalytiker als Übertragung verstehen - interpretiert Beck als verallgemeinerte Reaktionen und Erwartungen auf die TherapeutIn, die speziell bei Borderline-PatientInnen nicht selten sind und in der Therapie direkt Ziel der Intervention sein sollen, um das Arbeitsbündnis nicht zu gefährden. Beck empfiehlt trotz manchmal notwendiger Flexibilität durch ständige Krisen doch Kontinuität zu wahren und die zugrundeliegenden Grundannahmen, die sich nach seinem Verständnis in unterschiedlichen Problemlagen finden lassen, jedesmal zu thematisieren. Die Hauptstrategien zielen daher auf Veränderungen der individuellen Borderline-Muster. Dabei geht es um den Abbau des dichotomen Denkmusters, um einen Aufbau von Emotionskontrolle, die Verbesserung der Impulskontrolle, eine Stärkung des Identitätssinnes und die Thematisierung der Grundannahmen. Beck bezeichnet drei Grundannahmen als zentral bei der Borderline-Störung: „Die Welt ist gefährlich und feindselig“, „Ich bin machtlos und verletzlich“ und „Ich bin von Natur aus unakzeptabel“. Da diese bei Borderline-PatientInnen sehr fest verankert sind, empfiehlt Beck als wirksamste Intervention verhaltenstherapeutische Experimente und Realitätskontrolle. Die Autoren gehen davon aus, dass eine kognitive Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung – wenn noch keine Erfahrung mit einer Langzeittherapie gemacht wurde – realistischerweise eineinhalb bis zweieinhalb Jahre andauert. Zur Wirksamkeit der kognitiven Behandlung liegen bislang keine kontrollierten Studien vor.

2.6. Zusammenfassung und Bewertung der Behandlungskonzepte

Die Behandlungskonzepte bis in die siebziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts umfassten im wesentlichen unterstützende, langzeitorientierte Behandlungen. Borderline-PatientInnen wurden als fragile Personen angesehen, denen man eine psychoanalytische Therapie nicht zumuten konnte. Der Wechsel von der adaptiven zur

veränderungsorientierten Therapie kam in den siebziger Jahren und löste eine Welle der Implementierung von stationären oder ambulanten, zunächst psychoanalytisch geprägten (Langzeit-)Therapien aus. Der wichtigste frühe Vertreter dieser Richtung, Otto Kernberg, kreierte mit der „Transference Focused Therapy“ die bekannteste und meist angewandte psychoanalytische Therapie. Daneben entstanden eine Vielzahl von Therapievarianten, aber auch anders fokussierten Behandlungen, wie beispielsweise Gruppenkonzepte wie das von Marziali und Munroe-Blum. Eine ganz neue therapeutische Richtung schlug M. Linehan ein mit ihrer Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Störung, der ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept zugrunde liegt.

So viel Zeit zwischen einzelnen Konzepten liegt und so sehr manche AutorInnen die Unterschiedlichkeiten ihrer Konzepte akzentuieren, so gibt es doch nicht wenige gemeinsame, über die Zeit immer wieder auftauchende Elemente der Behandlung von Menschen mit Borderline-Störung. So sind die Strukturierung der Behandlung, die aktivere und direktivere Rolle der TherapeutIn und der Fokus auf Probleme des Hier und Jetzt Elemente, die aus der unterstützenden Therapie stammen und die sich sowohl bei Kernberg als auch bei Linehan wiederfinden. Was beide in Abgrenzung von der unterstützenden Therapie auch gemeinsam haben, ist eine innere Haltung der TherapeutIn, die die PatientIn ernst nimmt und nicht als fragile Person ansieht, der nichts zugemutet werden kann. Darin unterscheiden sie sich auch von Marziali und Munroe-Blum, deren TherapeutInnen eine eher fragend-unsichere Haltung einnehmen und die mit den PatientInnen auch keine expliziten Therapievereinbarungen treffen. Insgesamt ähneln Marziali und Munroe-Blum damit eher den TherapeutInnen der unterstützenden Therapien, allerdings haben sie den klaren Anspruch einer Veränderung von Kernanteilen der Persönlichkeitsstruktur, was sie wiederum mit allen aktuellen AutorInnen teilen. Dies stellt vielleicht das Merkmal dar, das am deutlichsten die Entwicklungen aller Behandlungsformen der letzten 30 Jahre charakterisiert, die Überzeugung, dass die Borderline-Störung behandelbar, vielleicht sogar heilbar ist. Wahrscheinlich geht dies nicht zufällig mit einer anderen Entwicklung einher, nämlich der Weiterentwicklung von reliablen Diagnostik- und Messinstrumenten in der empirischen Forschung, die damit erstmals eine valide Überprüfung von Veränderung im Rahmen einer Therapie überhaupt möglich machte. Gleichzeitig mit den „neuen“ Behandlungsmöglichkeiten entstand also eine Welle von empirischen Untersuchungen, die, im Gegensatz zu den Fallberichten der Zeit davor, sich bemühten, eine Vielzahl von PatientInnen zusammenzufassen und Kriterien für einen Erfolg oder Misserfolg in der Therapie zu entwickeln.

KAPITEL 3

EMPIRISCHE STUDIEN ZUR BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Studien, die im Zuge der veränderten Sichtweise sowohl der Borderline-Störung als auch der empirischen Forschung mit Beginn der siebziger Jahre entstanden. Einige dieser Studien widmeten sich dem Langzeitverlauf der PatientInnen mit Borderline-Störung als Antwort auf die Frage, inwieweit die Störung ohne Behandlung veränderlich ist. Diese Arbeiten zum „naturalistischen“ Verlauf werden im ersten Teil vorgestellt. Ein größerer Anteil an Studien versuchte Antworten auf die Frage nach der Beeinflussbarkeit des Störungsbildes durch therapeutische Behandlung zu finden, diese bilden den Inhalt des zweiten Teils. Zuletzt werden – in Anlehnung an Kapitel 2 – einzelne wichtige Forschungsergebnisse berichtet, die sich den Therapierichtungen Psychoanalyse, psychodynamischer, interpersonell orientierter Gruppentherapie und DBT zuordnen lassen.

3.1. Naturalistischer Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Vier große Studien beschäftigten sich mit dem Langzeitverlauf von Borderline-PatientInnen (McGlashan, 1986; Paris et al, 1987; Plakun et al., 1985; Stone et al, 1987). Die Patientenrekrutierung erfolgte bei allen a posteriori. Anhand von Aufzeichnungen von psychiatrischen Kliniken wurde PatientInnen retrospektiv eine Diagnose zugeteilt, die bei Plakun et al (1985), McGlashan (1986) und bei Stone et al (1987) anhand der DSM-III-Kriterien erfolgte, bei Paris et al (1987) mit dem „Diagnostischen Interview für Borderline-Störung (DIB)“. Alle PatientInnen wurden ursprünglich für mindestens zwei Monate stationär nach psychodynamischen Prinzipien behandelt. Die Follow-up-Untersuchung erfolgte nach mindestens zwei und höchstens 32 Jahren, die Follow-up-Daten wurden weitgehend per Telefon erhoben. In Zusammenfassung seiner Ergebnisse und der Ergebnisse seiner drei Kollegen kam Paris (1987) zu der Einschätzung, dass sich nach zehn bis 15 Jahren die Symptomatik der Borderline-Störung verliert (ähnlich dem „burn-out“ der Antisozialen Persönlichkeitsstörung), beispielsweise erfüllten nur noch 25% der Stichprobe von 100 PatientInnen bei Paris (1987) die DIB-Kriterien. Die Werte im „Global Assessment of Functioning Scale“ (GAF) liegen in allen vier Studien zum Follow-up-Zeitpunkt eng beieinander und erreichen Werte zwischen 63 und 67². Die meisten PatientInnen sind berufstätig, Klinikaufnahmen sind nach den ersten paar Jahren, die auf den Indexklinikaufenthalt

² Der Wertebereich der GAF reicht von 0 bis 100 und wird in Zehner-Schritten eingeschätzt in Bezug auf das Ausmaß an sozialer Funktionsfähigkeit. Der ungünstigste Bereich geht von 1 bis 10 und wird vergeben beispielsweise bei akuter Suizidalität. Laut Autoren werden die meisten ambulanten PatientInnen im Bereich zwischen 31 und 70 geratet, stationäre PatientInnen zwischen 1 und 40 (Endicott et al. 1976)

folgten, eher selten. Der Bereich zwischenmenschliche Beziehungen bleibt allerdings für viele PatientInnen problematisch.

McGlashan (1986) fasst den Verlauf der Symptomatik bei der Borderline-Störung so zusammen, daß PatientInnen, die mit Anfang 20 stationär behandelt wurden, ca. ab der Mitte des dritten Lebensjahrzehnts stabile und signifikante Verbesserungen zeigen. In den folgenden Lebensjahrzehnten gehen die Verbesserungen wieder etwas zurück, erreichen aber nicht mehr das anfängliche Ausmaß der Symptomatik (McGlashan, 86).

Stone (1987) kommt aufgrund dieser Befunde zu dem Schluß, daß für das Erreichen guter Verbesserungen eine initiale stationäre Langzeitbehandlung indiziert ist, die gefolgt sein sollte von einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehung bis über das 30. Lebensjahr hinaus.

Die Autoren nannten unterschiedliche Faktoren, die zu einem günstigen bzw. ungünstigen Verlauf der Störung beitragen. Prädiktoren für gute Verbesserung waren in McGlashans Studie hoher Intelligenzquotient, für schlechte Ergebnisse affektive Instabilität, zurückliegende lange Klinikaufenthalte und komorbide Major Depressive Störung (Paris, 1988). Stone (Paris, 1988) bestätigte hohen IQ als guten prognostischen Faktor und fand auch Anzeichen für Attraktivität und Talent als positive Prädiktoren. Paris (Paris, 1987) konnte die schlechtere Prognose für Borderline-PatientInnen mit komorbider Major Depressiver Störung nicht bestätigen. Er vermutet, daß die Schwierigkeit, konsistente Prädiktoren mit hohen Vorhersagekorrelationen zu finden, an der „natürlichen“ Verbesserung der Borderline-Störung liegt.

Drei Autoren (McGlashan, 1986; Paris et al, 1987; Stone et al, 1987) geben die Suizidrate bei Borderline-PatientInnen im unbehandelten Langzeitverlauf an, die zwischen 3% und 9% variiert. Stone (1987) fand, daß 76,5% der Suizide vor dem 30. Lebensjahr stattfanden (mittleres Alter 27). Stone interpretiert daher die 3%-Rate aus der Studie von McGlashan als Verzerrung, da das mittlere das Alter der Stichprobe bei McGlashan höher war und bei Ende 20 lag.

3.1.1. Zusammenfassende Bewertung

Die interne Validität dieser Studien ist unter anderem eingeschränkt durch die rückwirkende Diagnosestellung anhand der Krankenakten und durch die Datenerhebung, die zum größten Teil per Telefon und anhand von nichtstrukturierten bzw. -standardisierten Interviews erfolgte. In drei der Untersuchungen wurden PatientInnen aus höheren sozioökonomischen Schichten rekrutiert - die PatientInnen wurden in Privatkliniken behandelt. Interessanterweise fand sich kein Unterschied im Langzeitverlauf zwischen diesen PatientInnen, die sehr intensive Therapie hatten, und den PatientInnen eines allgemein-psychiatrischen Krankenhauses aus der Paris-Studie (Paris et al., 1987), die sehr unterschiedliche Therapie bekamen und kaum ambulante Therapeuten hatten.

Trotz dieser qualitativen Mängel an der Objektivität der Datenerfassung und der Unterschiede in der Patientenpopulation sind sich die Ergebnisse in der allgemeinen

Richtung aber dennoch sehr ähnlich: Symptomatik, Suizidrate und Häufigkeit der Klinikaufenthalte sind im Durchschnitt hoch bis circa zur Mitte des dritten Lebensjahrzehntes, um danach eine natürliche Verbesserung zu erfahren.

3.2. Verlauf der Borderline-Störung unter Behandlung

Alle Studien, die hier vorgestellt werden, haben gemeinsam, dass sie versuchen, ein Antwort zu finden auf die Frage nach dem Einfluss, den eine therapeutische Behandlung auf den Verlauf der Borderline-Störung hat. Es wurden hier nur solche Untersuchungen berücksichtigt, bei denen Diagnosen nach DSM-III- bzw. DSM-III-R-Kriterien erfolgten, oder nach den DIB-R-Kriterien (eine Studie). Es handelt sich überwiegend um Studien zu stationären Behandlungen und die meisten Behandlungen waren psychodynamisch orientiert und als Langzeitbehandlungen angelegt. Die Ergebnisse dieser Studien haben unter anderem mit dazu beigetragen, dass sowohl alternative Behandlungsmodalitäten wie beispielsweise das Gruppensetting oder Kurzzeittherapien, als auch alternative Behandlungsformen wie beispielsweise kognitiv ausgerichtete Therapien entwickelt und empirisch überprüft wurden. Die Designs der einzelnen Untersuchungen sind sehr unterschiedlich und reichen von einfachen retrospektiven Prä-Post-Untersuchungen mit einer Stichprobe bis hin zu prospektiven Kontrollgruppen-Plänen. Keine dieser Untersuchungen weist ein randomisiertes Design auf.

Im Folgenden werden zusammenfassend die Ergebnisse dargestellt, die die AutorInnen der Untersuchungen zu den Effekten der unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten und -formen fanden. Der Zeitrahmen der Veröffentlichungen liegt zwischen 1984 und 1999.

Sieben Autoren untersuchten psychodynamisch orientierte, stationäre Langzeitbehandlungen (Armelius, 1991; Karterud et al, 1992; Kjelsberg & Dahl, 1991; Mehlum et al, 1991; Mehlum et al, 1994; Modestin & Villiger, 1989; Tucker et al, 1987). Tucker et al (1987) untersuchte eine Stichprobe von 40 Borderline-PatientInnen vor und nach einer Langzeitbehandlung, die sich an Kernbergs expressiver Therapie orientierte und fand geringere suizidale und selbstverletzende Impulse, Reduktion von Medikamentenmissbrauch und Verbesserungen in der GAF und im allgemeinem Funktionsniveau. Daneben konstatierte er nur geringe Unterschiede zwischen Kurz- und Langzeitbehandelten.

Andere Autoren konzentrierten sich vorwiegend auf den Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen PatientInnen mit einer Borderline-Störung und anderen Persönlichkeitsstörungen, häufig der Schizotypen Persönlichkeitsstörung (Karterud et al, 1992; Mehlum et al, 1991; Mehlum et al, 1994; Modestin & Villiger, 1989;). Danach weisen Borderline-PatientInnen mehr, aber kürzere Klinikaufenthalte auf, sie sind jünger und haben mehr Suizidversuche unternommen als die PatientInnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. In der Verbesserung nehmen sie eine Mittelstellung ein zwischen Persönlichkeitsstörungen des C-Clusters des DSM-III-R (Selbstunsi-

chere, Dependente und Zwanghafte Persönlichkeitsstörung) und der Schizotypen Persönlichkeitsstörung. Borderline-PatientInnen ohne vorangegangene Suizidversuche schneiden deutlich besser ab und haben eine höhere Chance, bei Follow-up-Untersuchungen die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen.

Eine Sonderstellung nimmt hier die Untersuchung von Kjelsberg & Dahl (1991) ein, die retrospektiv in einer Population an stationären LangzeitpatientInnen solche mit nachfolgendem Suizid mit einer gleich großen parallelisierten Gruppe ohne erfolgten Suizid verglichen. Deren Hauptergebnis war, dass Borderline-PatientInnen mit erfolgtem Suizid einen Mangel an Impulskontrolle und starken Affekt aufwiesen. Die Borderline-PatientInnen ohne erfolgten Suizid hatten schlechte interpersonelle Beziehungen, mehr psychotische Symptome und größere soziale Isolation.

Obwohl es eine große Zahl an ambulanten psychoanalytisch orientierten Langzeittherapien mit Borderline-PatientInnen gab, wurde diese Population nur relativ wenig untersucht. Die einzige Untersuchung aus der Zeit stammt von Waldinger & Gundersen (1984) und fand bei den 40% der 78 TeilnehmerInnen, die die Behandlung nicht gegen den Rat des Therapeuten abbrachen, signifikante Verbesserungen in Ich-Stärke, Objektbeziehungen und Ich-Identität. Diese Kriterien wurden von den Therapeuten am Ende der Behandlung selbst eingeschätzt.

Stevenson & Meares (1992) und Meares et al (1999) überprüften ein ambulantes, einjähriges psychodynamisches Konzept nach Kohut und Winnicott und fanden beim Follow-up nach zwei Jahren, dass von 30 PatientInnen nur noch 70% die DSM-III-Kriterien erfüllten, und sich damit als signifikant besser erwiesen als eine Wartelisten-Kontrollgruppe. Darüber hinaus fanden sich Verbesserungen in der Häufigkeit von Arztbesuchen, von Selbstverletzungen und von Medikamentengebrauch.

Auch für andere Behandlungsmodalitäten gilt, dass zwar eine Vielzahl von alternativen Behandlungsmöglichkeiten entwickelt wurden, diese aber nur selten empirisch überprüft und damit der Allgemeinheit zugänglich gemacht wurden. Beispielsweise liegt eine Studie von Pfitzer et al (1990) vor, die ein stationäres Konzept zur kurzfristigen Krisenintervention anwandten, das auf psychodynamischen Prinzipien basierte. Die Autoren fanden bei 30 PatientInnen mit Borderline-Störung, dass 24 am Ende der durchschnittlich 5,5 Wochen Aufenthalt sich in mindestens zwei Teilbereichen von sechs (u.a. Reduktion der Suizidalität, Abnahme von Angst und Depression, Entwickeln neuer beruflicher Perspektiven) verbessert hatten.

Eine weitere Behandlungsvariante wurde von Salvendy (1989) überprüft, nämlich die Behandlung von Borderline-PatientInnen im ambulanten Gruppensetting für die Dauer von 16 Wochen. Salvendy ergänzte außerdem die psychodynamische Behandlungsrichtung um kognitive und behaviorale Elemente und fand mit dem klinischen Eindruck als Erfolgsmessung eine geringe bis mittlere Verbesserung in interpersoneller Kommunikation, Selbstwertgefühl und zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die letzte Behandlungsvariante in diesem Abschnitt betrifft wieder das stationäre Gruppensetting, diesmal handelt es sich um therapeutische Konzepte, die sich an DBT orientieren oder diese modifizieren. Barley et al, (1993) untersuchten die Selbstverletzungsfrequenzen auf ihrer Station vor, während und nach der Implementation von DBT und verglichen sie mit einer allgemeinspsychiatrischen Station. Sie fanden signifikant niedrigere Selbstverletzungshäufigkeiten am Ende der Implementierungsphase im Vergleich mit vorher, die Häufigkeiten auf der allgemeinspsychiatrischen Station blieben gleich hoch.

Springer et al (1996) modifizierten DBT für eine stationäre Kurzzeitbehandlung von weniger als zwei Wochen und verglichen diese mit einer sogenannten „Wellness & Lifestyle“-Gruppe als Kontrollbedingung. Alle PatientInnen verbesserten sich signifikant im Beck Depressions-Inventar (BDI), in Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken, die Autoren fanden keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Ärger oder im locus of control. Bohus et al (2000) untersuchten 24 Patientinnen mit Borderline-Störung vor und nach drei Monaten stationärer DBT-Therapie und fanden signifikante Verbesserungen im selbstverletzenden Verhalten und in psychopathologischer Symptomatik wie Depression, Angst und allgemeiner Belastung, sowie im sozialen Funktionsniveau.

3.2.1. Zusammenfassende Bewertung

Die beschriebenen Studien lassen im Grunde keine allgemeine Aussage zu, zu unterschiedlich sind Qualität, Erfolgskriterien, Art der Datenerhebung, Stichproben und Kontrollgruppen und Art der Behandlung. Es scheint keine grundsätzliche Überlegenheit von Langzeit- über Kurzzeitbehandlungen zu geben, in beiden Bereichen fanden sich positive Veränderungen, genau so wenig wie irgendeine der Behandlungsmodalitäten oder -formen in Bezug auf das Ausmaß und die Breite von Veränderungen hervorstach. Weiterhin weisen einige Studien darauf hin, dass sich unter psychotherapeutischer Behandlung von Borderline-PatientInnen Verbesserungen finden, die unbehandelte PatientInnen im gleichen Zeitraum nicht aufweisen. Im einzelnen lässt sich an den Studien viel kritisieren und eine gewisse Vereinheitlichung beispielsweise der Erfolgskriterien wäre wünschenswert. Zur vergleichenden Untersuchung von verschiedenen Therapieformen liegt bislang nur eine Studie vor (psychoanalytisch vs. DBT von Linehan, 1991) und zum Vergleich zwischen Therapie-modalitäten Gruppe vs. Einzeltherapie ebenfalls nur eine (Munroe-Blum, Marziali, 1995). Beide werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

Die Ergebnisse der in diesem Abschnitt vorgestellten Studien lassen sich vielleicht so zusammenfassen, dass es offensichtlich Veränderungen der Borderline-Störung unter Behandlung gibt, wenn auch das Ausmaß unklar ist, ebenso wie das verantwortliche therapeutische Agens und die Stabilität dieser Veränderungen.

3.3. Randomisierte Studien zum Verlauf der Borderline-Störung

In diesem Abschnitt werden drei Studien vorgestellt, die zum einen die Breite an inzwischen existierenden Behandlungskonzepten repräsentieren, zum anderen sich durch gute methodische Qualität auszeichnen, was eindeutigere Interpretationen zulässt. Zunächst wird eine Studie von Marziali und Munroe-Blum (1995) vorgestellt, die eine psychodynamische Kurzzeit-Gruppentherapie für ambulante PatientInnen entwickelten. Da es bislang keine randomisierte Studie gibt, die die – einflussreiche und viel angewandte – TFT von Kernberg überprüft, wird hier eine Studie von Bateman & Fonagy (1999) vorgestellt, die mit einem psychoanalytisch orientierten tagesklinischem Behandlungsprogramm arbeiten. Am Ende erfolgt eine Darstellung der Studien von M. Linehan (1991, 1993c, 1994), die die DBT für chronisch suizidale Patientinnen entwickelte und empirisch überprüfte. Alle AutorInnen untersuchten die Frage nach der Wirksamkeit ihrer therapeutischen Behandlung im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, wobei die Zuteilung der Patientinnen zu den Gruppen per Zufall erfolgte.

3.3.1. Psychodynamische, interpersonelle Gruppenkurzzeittherapie

Bei dem Behandlungskonzept von Marziali & Munroe-Blum (1995) handelt es sich um ambulante, kurzzeitorientierte Gruppentherapie für homogene Gruppen von Borderline-PatientInnen. Auf ein Pilotprojekt (Munroe-Blum & Marziali, 1988) folgte eine Studie, bei der eine Randomisierung zu Gruppenbehandlung vs. zeitoffener psychodynamischer individueller Psychotherapie (TAU) vorgenommen wurde (Munroe-Blum & Marziali, 1995). Aus einer Gesamtstichprobe von $n=110$ Borderline-PatientInnen verblieb eine sogenannte „intent-to-treat“-Gruppe von $n=22$ für die Gruppe und $n=26$ für die Kontrollgruppe. Mehr als doppelt so viele PatientInnen verweigerten nach Randomisierung die Gruppenbehandlung (21:10). Die Autorinnen entwickelten ein Interview zur Erfassung von dysfunktionalem Verhalten, den „Objective Behavior Index (OBI)“, weiterhin erfaßten sie psychopathologische Symptome mit dem BDI und der Hopkins SCL-90 (einem Vorläufer des derzeit verwendeten SCL-90-R) und soziale Anpassung mit der „Social Adjustment Scale (SAS)“. Die Gruppenbehandlung war konzipiert für insgesamt 30 Sitzungen, die sich auf 35 Wochen erstreckten.

Die Autorinnen fanden nach 12 Monaten keine Gruppenunterschiede in den Zielvariablen. Die GruppentherapeutInnen berichteten von mehr Zufriedenheit und geringerer Belastung durch die Gruppenstruktur und durch die Mitarbeit eines Ko-Therapeuten. Allerdings konnten die Autorinnen eine signifikante Verbesserung über den 12-Monatszeitraum für die Gesamtgruppe nachweisen, der beim 24-Monats-Follow-up erhalten blieb. Ein interessanter Nebenbefund ist eine Auswertung, bei der die Ergebnisse von PatientInnen, die nur zwischen drei und neun Stunden Gruppentherapie erhalten hatten mit denen von PatientInnen mit mehr als neun Gruppentherapiestunden verglichen wurden. Es fanden sich keine Unterschiede in den Zielvariablen.

Bewertung der Studie

Die Tatsache, daß bislang keine vergleichende Studie Unterschiede zwischen verschiedenen Treatments, im Fall der Autorinnen eine Gruppen-Kurzzeittherapie vs. psychoanalytische Individualtherapie, gefunden hat, erklären die Autorinnen mit der Heterogenität der Borderline-Population; spezifische Subgruppen sprechen auf unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen an. Wie sich schon auch beispielsweise in der Depressionsforschung gezeigt hat, ist es schwer Unterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsformen nachzuweisen, wenn beide an sich schon Effekte zeigen. Der Effekt einer der beiden wirksamen Behandlungsformen müsste entweder viel höher sein, was bei einer so komplexen Störung wie der Borderline-Störung unwahrscheinlich ist, oder die Stichprobengröße müsste sehr groß sein, damit auch kleinere Effektunterschiede nachgewiesen werden könnten.

Aber offensichtlich ist es möglich, eine von vornherein zeitlich begrenzte Gruppentherapie anzubieten und gleiche Erfolge aufzuweisen, wie beim Angebot einer zeitoffenen und damit intensiveren Einzeltherapie. Zusätzlich handelt es sich bei der Gruppentherapie um die kostengünstigere therapeutische Intervention.

3.3.2. Teilstationäre psychoanalytische Behandlung

In einem Randomisierungsdesign verglichen Bateman & Fonagy (1999) ein psychoanalytisch orientiertes tagesklinisches Behandlungsprogramm mit Einzel- und Gruppentherapie mit allgemeinpsychiatrischer Versorgung. Letztere bestand aus ambulanten Kontakten zu Psychiatern und Klinikeinweisungen nach Bedarf. Die Kontrollgruppe erhielt keine formalisierte Psychotherapie, allerdings wurden 90% in dieser Gruppe stationär eingewiesen und 72% erhielten standard-teilstationäre Behandlung. Das Therapieprogramm der Experimentalgruppe umfaßte 18 Monate. Im Anschluß daran bestand die Möglichkeit, weitere 18 Monate zweimal wöchentlich an einer ambulanten Gruppentherapie teilzunehmen. Ausschlußkriterien waren Schizophrene Erkrankungen, Bipolare Erkrankungen und Suchtmittelerkrankungen. Von 60 möglichen PatientInnen nahmen letztendlich in jeder Gruppe 22 PatientInnen an der Studie teil, sowohl Frauen als auch Männer.

In der Treatment-Gruppe fanden die Autoren über die 18 Monate hinweg eine signifikante Abnahme von selbstverletzenden Handlungen, nicht aber in der Kontrollgruppe. Nach zwölf Monaten war der Unterschied zwischen den beiden Gruppen signifikant und nach 18 Monaten gab es einen signifikanten Unterschied in der Anzahl der PatientInnen, die sich nicht mehr verletzten. Sehr ähnliche Ergebnisse fanden die Autoren für die Anzahl von Suizidversuchen, die sich in der Treatment-Gruppe signifikant von 94,7% bei Aufnahme auf 5,3% nach 18 Monaten reduzierte, wiederum gab es keine signifikante Abnahme in der Kontrollgruppe. Gruppenunterschiede erschienen nach sechs Monaten, nach zwölf Monaten war die Anzahl derer, die keine Suizidversuche mehr angaben, in der Treatment-Gruppe deutlich höher. Die Klinikaufnahmen und die Länge der Klinikaufenthalte blieb für die Treatment-Gruppe relativ

stabil bei vier Tagen pro Halbjahr, während es in der Kontrollgruppe im ersten Halbjahr zu einer deutlichen Reduktion, gefolgt von einer drastischen Zunahme im zweiten Halbjahr kam. Bei den psychopathologischen Symptomen zeigte sich ein ähnliches Muster. Für den BDI, das „Spielberger Anxiety Inventory“, STAI, den SCL-90-R (globaler Index), den SAS-SR und das „Inventar interpersoneller Probleme“, IIP, zeigten sich signifikante Verbesserungen über die 18 Monate hinweg, Gruppenunterschiede wurden nach neun Monaten (BDI und STAI) bzw. nach 18 Monaten signifikant.

Die Autoren führten zu weiteren drei Meßzeitpunkten (nach 24, 30 und 36 Monaten) eine Follow-up-Untersuchung durch (Bateman & Fonagy, 2001). Die Verbesserungen der selbstverletzenden und suizidalen Handlungen blieben erhalten. Das Gleiche gilt für die Ergebnisse in Bezug auf Klinikaufenthalte und Dauer der Klinikaufenthalte. Im STAI zeigten beide Gruppen nicht signifikante Reduktionen über den 18-monatigen Follow-up-Zeitraum, ebenso im BDI; Unterschiede zwischen den Gruppen waren signifikant. Verbesserungen konnten auch in den anderen psychopathologischen Symptomen (SCL-90-R, IIP, SAS-SR) aufrechterhalten werden.

Bewertung der Studie

Kritisch ist bei dieser Studie anzumerken, daß mehrere Erfolgskriterien danach fragen, wie oft und wie lange welche ambulanten oder stationären Behandlungen in Anspruch genommen wurden. Die Treatment-Gruppe hatte ein breites therapeutisches Behandlungsangebot fünf Tage pro Woche, die Kontrollgruppe nicht; wenn PatientInnen der Treatment-Gruppe zusätzliche psychiatrische Dienste in Anspruch nahmen, müßte das stark gewichtet werden in Relation zu den PatientInnen der Kontrollgruppe, die keine Behandlung erfuhren. Die Studie entspricht eigentlich mehr einem Vergleich zwischen einem Treatment und einer nicht behandelten Kontrollgruppe.

Es ist auch nicht entscheidbar, ob die Wirksamkeit mehr auf die Spezifität oder die Strukturiertheit der Behandlung zurückzuführen ist. Die beschriebene Behandlung fokussiert unter anderem auch die therapeutische Beziehung, dies kann als unspezifischer Wirkfaktor zum Therapieerfolg beigetragen haben.

Möglicherweise ist der Faktor „therapeutische Beziehung“ gerade bei dieser Studie und bei diesen PatientInnen von besonderer Bedeutung, da von Anfang an ein therapeutisches Angebot für 18 Monate und für weitere 18 Monate ein Nachsorgeangebot bestand und die Kontrollgruppe im Grunde eher einer unbehandelten Kontrolle entsprach, die keine durchgehende Parallelbehandlung erfuhr und demzufolge auch keinen durchgehenden Therapeutenkontakt.

Zusammengefaßt kann aus der Studie geschlossen werden, daß bei Borderline-PatientInnen mit höherem Schweregrad ein strukturiertes intensives Behandlungsangebot über einen längeren Zeitraum zu deutlicheren Verbesserungen in der Symptomatik führt als eine nicht-kontinuierliche nicht-psychotherapeutische Versorgung.

3.3.3. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störung

1991 erschien die erste Arbeit von M. Linehan, in der sie Ergebnisse einer randomisierten Studie zum Vergleich der von ihr entwickelten Dialektisch-Behavioralen Therapie für chronisch suizidale Borderline-Patientinnen mit einer psychodynamischen Behandlung (TAU) vorstellte. Die Stichprobe umfaßte eine relativ homogene Population von insgesamt 44 Borderline-Patientinnen im höheren Schweregrad. Einschlusskriterium war Suizidalität, Ausschlusskriterien stellten komorbiden Achse-I-Störungen wie Schizophrene Erkrankungen, Bipolare Erkrankungen und Suchtmittelerkrankungen dar. Zu allen Erfassungszeitpunkten (vier Monate, acht Monate, ein Jahr) zeigten die Patientinnen der DBT-Gruppe signifikant weniger Selbstverletzungen als die der TAU-Gruppe. Über den Gesamtzeitraum der Behandlung hinweg wies die TAU-Gruppe eine signifikant höhere Drop-out-Rate und mehr Tage Klinikaufenthalt auf. Eine zwei-faktorielle Kovarianzanalyse mit den zwei Gruppen und drei Meßzeitpunkten ergab keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte für die psychopathologischen Symptome, die mittels Fragebogen erhoben wurden (Depression, Hoffnungslosigkeit und suizidale Gedanken). Separate Messwiederholungsanalysen für ein Jahr zeigten allerdings Haupteffekte über die Zeit für beide Gruppen und jede Abhängige Variable.

Eine Subgruppe der Stichprobe (n=26) wurde untersucht in Bezug auf Variablen interpersonellen Verhaltens (Linehan et al, 1994). Auch hier zeigte sich, daß Patientinnen der DBT-Gruppe in globalen Ratings zur sozialen Anpassung und in der Trait-Variable Ärger signifikant besser abschnitten. Die AutorInnen führten sechs und zwölf Monate nach Ende der Studie eine Follow-up-Untersuchung durch (Linehan et al, 1993c). In den sechs Monaten nach Ende der Therapie blieb die niedrige Rate an parasuizidalen Handlungen in der DBT-Gruppe erhalten, nicht jedoch in den darauffolgenden sechs Monaten. Im zweiten Halbjahr nach Ende der Behandlung fand sich noch ein signifikanter Unterschied in der Variablen „Tage Klinikaufenthalt“ zugunsten der DBT-Gruppe.

Berücksichtigt werden muss, dass aus ethischen Gründen darauf verzichtet wurde, bei allen Patientinnen nach Ende des Studienjahres gleichzeitig auch auf dem Ende der Therapie zu bestehen.

Nach dieser ersten Studie entstanden weitere Untersuchungen zu DBT und adaptierten DBT-Formen (Koerner & Linehan, 2000), eine ist derzeit schon publiziert (Linehan et al, 1999). Dabei wurden in einem randomisierten Design zwei Gruppen von Borderline-Patientinnen mit komorbider Drogenabhängigkeit miteinander verglichen. Eine Gruppe (n=12) wurde nach DBT behandelt, die spezielle Ergänzungen und Abänderungen für den Aspekt Sucht enthält, die zweite Gruppe (n=16) wurde üblichen Drogenbehandlungsinstitutionen zugewiesen. Die DBT-Gruppe zeigte eine geringere Drop-out-Rate als die TAU-Gruppe (36% vs. 73%). Urinalysen und Befragungen zeigten eine signifikant höhere Rate an Drogen- und Alkoholabstinenztagen in der DBT-Gruppe. Dieses Ergebnis blieb beim 16-Monats-Follow-up erhalten, zu diesem Zeitpunkt fand sich auch eine bessere soziale und globale Anpassung in der DBT-

Gruppe. Die Patientinnen der manualtreuen Therapeuten wiesen signifikant bessere Ergebnisse auf in der Variable Drogenabstinenz.

Bewertung der Studien

Ein kritischer Punkt bei allen Studien von Linehan et al ist die mögliche Beeinflussung der internen Validität. Die Entwicklerin des Behandlungskonzeptes war selbst Therapeutin von mehreren Patientinnen, v.a. der ersten Studie. Daneben spielt es für die Patientinnen eine vielleicht nicht unwesentliche Rolle, an genau dieser Institution, die diese neue Therapieform entwickelte, behandelt zu werden. Ein weiterer Kritikpunkt ist, daß in der Kontrollgruppe die Therapeutenvariable (Erfahrung, Art der Therapie und Intensität) nicht kontrolliert wurde. Unklar ist, inwieweit die Ergebnisse generalisierbar sind auf nicht chronisch parasuizidale Patientinnen oder auf Männer mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine offene Frage bleibt auch hier, ob eher spezifische DBT-Aspekte oder die klare Strukturierung zum Behandlungserfolg beigetragen haben. Ein Aspekt, der deutlich zugunsten der Effektivität der DBT spricht, ist die Tatsache, dass Linehan signifikante Unterschiede zu einer Kontrollgruppe mit TAU bei einer relativ kleinen Stichprobe finden konnte, was bei einem Vergleich zwischen unterschiedlichen, aber wirksamen Behandlungen, nur möglich ist, wenn eine der Behandlungen tatsächlich einen deutlich höheren Effekt hat.

3.4. Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstudien

Die Schlüsse, die der bisherige Forschungsstand zu Verlauf und Veränderbarkeit der Borderline-Störung zulassen, sind folgende:

- Im unbehandelten Langzeitverlauf der Borderline-Störung kommt es bei den meisten PatientInnen zu einer Abflachung der Symptomatik
- Borderline-PatientInnen können im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung Verbesserungen, vor allem auf Verhaltensebene erfahren
- Stationäre Behandlung ist nicht zwingend indiziert für PatientInnen mit hohem Schweregrad
- Als Wirkfaktoren werden folgende Variablen vermutet: ein stringentes Behandlungsprogramm, das Setzen von Grenzen, eine tragfähige therapeutische Beziehung, spezifische Behandlungsstrategien, altruistische Tendenzen in Gruppen
- Im Fall von teilstationärer psychoanalytischer Behandlung, von psychodynamischer, interpersoneller Gruppentherapie und von DBT kann von nachgewiesener Wirksamkeit gesprochen werden, wobei die DBT sich als einzige Behandlungsform einer anderen Behandlungsform, der psychoanalytischen Einzeltherapie, in einigen Aspekten überlegen gezeigt hat.
- Unklar ist, ob und welche Aspekte der Behandlung hauptverantwortlich sind für eine Veränderung bzw. welche PatientInnen von der Behandlung oder bestimmten Aspekten der Behandlung profitieren können und welche nicht.

TEIL II: METHODIK

KAPITEL 4

STUDIENDESIGN UND FORSCHUNGSMETHODIK

In diesem Kapitel wird zunächst das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Projekt zur Untersuchung der DBT vorgestellt, in dessen Rahmen die vorliegende Arbeit entstand. Dies umfasst die Ein- und Ausschlusskriterien, die Erhebungszeitpunkte und Messinstrumente, ebenso wie die Rekrutierung der Patientinnen. Das Randomisierungsverfahren wird beschrieben und die am Projekt beteiligten TherapeutInnen und DiagnostikerInnen.

Anschließend daran werden die Ziele der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Dazu gehören die Operationalisierungen der Unabhängigen und Abhängigen Variablen, ebenso wie die Fragestellungen. Am Ende des Kapitels wird der Umgang mit den Daten in Bezug auf Auswertung, Fehlzeiten und Effektstärken vorgestellt.

4.1. Beschreibung des übergeordneten Forschungsprojektes

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Forschungsprojektes („Untersuchungen zur Wirksamkeit und Wirkungsweise der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie für Borderline-Störungen im stationären und ambulanten Bereich“) durchgeführt. Im vorliegenden Abschnitt soll diese zugrundeliegende Studie beschreiben werden.

Es handelt sich dabei um eine Untersuchung zur Wirkung der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Störung (DBT) in einem Zwei-Jahres-Zeitraum. Dabei werden Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung per Zufall zwei Untersuchungsgruppen zugeordnet. Eine Gruppe, die „stationäre Gruppe“, beginnt mit einem dreimonatigen stationären Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station, die sich auf die Behandlung von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem DBT-Konzept spezialisiert hat und eine Art „Kompakt“-DBT mit zusätzlichen Komponenten anbietet (Bohus & Haaf, 2001). Im Anschluß an die drei Monate folgt eine ambulante Behandlung nach DBT über 21 Monate. Die zweite Untersuchungsgruppe, die „ambulante Gruppe“, wird von Anfang an und über zwei Jahre hinweg ambulant nach dem DBT-Konzept behandelt (Linehan, 1993a, 1993b).

4.1.1. Überlegungen zum Untersuchungsdesign

Die Definition der Untersuchungspopulation richtet sich nach zwei Kriterien. Ein Kriterium ist die Replizierung schon vorliegender Studien. Für die Theorieentwicklung im Rahmen von Meta-Analysen sind Replizierungen von Studien unverzichtbar (Schmidt, 1992). Stichprobenfehler, Meßfehler und andere Artefakte lassen sich im Rahmen einer einzelnen Untersuchung nicht ausreichend kontrollieren. Ein zweites

Kriterium betrifft die Generalisierung von gefundenen Ergebnissen. Eine enge Definition der Untersuchungspopulation, sprich eine möglichst homogene Gruppe, läßt wenig Spielraum für Generalisierung. Im Extremfall entspricht die Stichprobe der Untersuchungspopulation und kann nur für diese interpretiert werden. Je breiter die Definition wird, also je heterogener die Untersuchungsgruppe, umso breiter läßt sich generalisieren. Diese Möglichkeit wird dadurch eingeschränkt, daß Heterogenität der Stichprobe in der Regel auch eine Heterogenität der Ergebnisse mit sich bringt und damit - in klassischen Hypothesentestungsdesigns - die Wahrscheinlichkeit, signifikante Ergebnisse zu erhalten reduziert. Bei klinischen Studien zur Behandlung von psychischen Störungen ist es daher wünschenswert, die Untersuchungsgruppe so festzulegen, daß eine gewisse Heterogenität der Stichprobe gegeben ist, diese den Standardfehler aber nicht so erhöht, daß die Power der Tests in der Studie übermäßig erniedrigt werden.

Im DFG-Forschungsprojekt wurde für die Definition der Untersuchungspopulation auf die Ein- und Ausschlusskriterien in der ersten Untersuchung von M. Linehan zurückgegriffen, welche eine Reduktion der Heterogenität der gesamten Population von Borderline-PatientInnen darstellen. Als Untersuchungspopulation wurden Frauen definiert, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegt mit parasuizidalem Verhalten. Eine weitere Verengung der Gruppe erfolgt durch Ausschluß der Patientinnen mit Substanzmißbrauch und Patientinnen mit Schizophrenie oder Bipolar-I-Störung. Es wird vermutet, daß diese Gruppe dennoch immer noch eine eher heterogene Population in Bezug auf Überlappungen und Komorbidität mit Achse-II-Störungen darstellt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Originalstudien wurde aber auf eine weitergehende Einengung verzichtet.

Die erste zentrale Fragestellung der Untersuchung bezieht sich auf die Veränderung von Verhaltens- und Erlebensvariablen im Verlauf einer zweijährigen störungsspezifischen Behandlung, was die Durchführung einer Längsschnittuntersuchung erfordert. Die zweite zentrale Fragestellung betrifft die unterschiedliche Ausgestaltung des störungsspezifischen Ansatzes, nämlich die stationäre und ambulante Behandlung. Das Untersuchungsdesign enthält demzufolge als abhängige Variablen die Operationalisierungen der Verhaltens- oder Erlebensvariablen über mehrere Zeitpunkte hinweg und als manipulierbare Unabhängige Variable die Zugehörigkeit zu einer der beiden Untersuchungsgruppen. An diese Fragestellung schließt sich die weitere Operationalisierung einer Unabhängigen Variable an, die den Schweregrad der Erkrankung bestimmt. Dabei handelt es sich um eine fixe, nicht manipulierbare Variable, die die Patientinnen in die Untersuchung mitbringen. Sie stellt eine Unabhängige Variable dar, weil die in den Schweregrad einfließenden Variablen als mit dem Behandlungserfolg prognostisch verknüpfte Variablen angesehen werden.

Für die Abhängigen Variablen legt die Art der Störung und die Art der Behandlung, die Wahl der Zielvariablen deutlicher fest als bei der Definition der Untersuchungsgruppe. Die DBT legt als primäres Zielkriterium Variablen der Verhaltensebene nahe,

dies steht in Übereinstimmung mit Studien, die bei Borderline-PatientInnen Veränderungen zunächst im Verhaltensbereich fanden (u.a. Linehan, 1991). Als weiteres Zielkriterium gelten Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich, da diese innerhalb der DBT-Behandlung spezifisch gefördert werden. In vorliegenden Behandlungsstudien konnten solche Veränderungen gezeigt werden (Linehan et al, 1994; Bateman & Fonagy, 1999). Weder die symptomatische Ebene noch Veränderungen im Selbstbild stellen einen expliziten Fokus der DBT-Behandlung dar, allerdings wird die psychopathologische Symptomatik quasi automatisch in allen Therapiestudien mit erfasst und nimmt als Erlebensvariable zentralen Stellenwert ein.

4.1.2. Das Untersuchungsdesign des DFG-Forschungsprojektes

4.1.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

- Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Weibliches Geschlecht
- Mindestens zwei Selbstverletzungen in den letzten zwei Jahren und/oder ein Suizidversuch
- Alter zwischen 18 und 45 Jahren

Ausschlusskriterien:

- Diagnose einer schizophrenen Erkrankung, einer Bipolar-I-Erkrankung oder einer akuten Substanzabhängigkeit
- Aktuelle anderweitige Psychotherapie
- Intelligenzminderung

4.1.2.2. Erhebungszeitpunkte

Der Gesamtverlauf der Untersuchung wurde folgendermaßen chronologisch aufgeteilt:

1. Erhebungszeitpunkte vor Beginn der Behandlung

a) Screening der Patientinnen

Alle Patientinnen, die sich mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung vorstellten, wurden dem Screening-Verfahren unterzogen. Dabei fanden zwei Instrumente zur Diagnostik von Borderline-Persönlichkeitsstörung Verwendung (SKID-II, Auszug Borderline-Persönlichkeitsstörung und DIB-R, s. Abschnitt 4.1.2.3.1), Patientinnen mussten die Kriterien beider Instrumente erfüllen, um in die Studie aufgenommen zu werden. Diese Patientinnen wurden entweder zur Abklärung von anderen Kliniken überwiesen, kamen auf Anraten ihres Hausarztes/Nervenarztes o.ä. oder sie kamen aus eigenem Antrieb, weil sie von dem Projekt über andere erfahren hatten.

b) Erhebung der Ausschlußkriterien

Zu einem zweiten Zeitpunkt wurden bei den Patientinnen, die die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten, mit Hilfe eines Interviews für Achse-I-Erkrankungen (SKID-I, s. Abschnitt 4.1.2.3.1) die Ausschlusskriterien erhoben. Außerdem wurde mit allen der Untertest „Allgemeines Wissen, AW“ aus dem HAWIE-R durchgeführt, der als recht guter Indikator der intellektuellen Kapazitäten gilt und für klinisch-psychologische Diagnostik entwickelt wurde (Tewes, 1991).

c) Erhebung der Matching-Variablen

Mit Patientinnen, die sowohl Einschlusskriterien erfüllten, als auch Ausschlusskriterien nicht erfüllten, wurden die Matching-Variablen erhoben (s. Tabelle 4-1).

Alle geeigneten Patientinnen wurden über das Forschungsprojekt und das Behandlungskonzept aufgeklärt und unterschrieben Einverständniserklärungen für die Teilnahme an der Randomisierung, für die Teilnahme an den diagnostischen Untersuchungen und dafür, daß die therapeutischen Sitzungen auf Video aufgezeichnet werden konnten. Nach Vorliegen der Einverständniserklärung wurde das Randomisierungsverfahren durchgeführt.

Nach der Randomisierung wurde den Patientinnen entweder ein ambulanter DBT-Therapeut zugeteilt oder sie wurden auf den nächsten freiwerdenden Behandlungsplatz auf der Spezialstation für Borderline-Patientinnen aufgenommen. Die Unterschrift unter den Behandlungsvertrag galt als offizieller Beginn der zweijährigen Behandlung, sie erfolgte in der Regel in den ersten 5-6 Sitzungen mit der EinzeltherapeutIn.

2. Erhebungszeitpunkte nach Beginn der Behandlung:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| a) Prä, Prä-Messung: | zu Beginn der Behandlung |
| b) ZM1, Zwischenmessung 1: | nach acht Wochen |
| c) ZM2, Zwischenmessung 2: | nach zwölf Wochen |
| d) Post1, Postmessung 1: | nach vier Monaten |
| e) ZM3, Zwischenmessung 3: | nach 16 Monaten |
| f) Post2, Postmessung 2: | nach einem Jahr |
| g) ZM4, Zwischenmessung 4: | nach 18 Monaten |
| h) Post3, Postmessung 3: | nach zwei Jahren |
| i) Katamnese: | nach drei Jahren |

Die Post-Zeitpunkte kennzeichnen die Hauptzeitpunkte, zu denen eine Veränderung erwartet wurde, zu den Zwischenmessungen wurde eine geringere Anzahl an Erhebungen durchgeführt.

4.1.2.3. Erhebungsinstrumente

Tabelle 4-1 und Tabelle 4-2 zeigen den Einsatz der Erhebungsinstrumente im Gesamtverlauf. Die Operationalisierung der Zielvariablen erfolgte nach Möglichkeit sowohl durch Selbstrating der Patientinnen als auch durch Fremdrating durch die DiagnostikerInnen. Tabelle 4-1 fasst die Erhebungen zusammen, die vor Beginn der Behandlung stattfanden, sowie die Kurzbezeichnung der verwendeten Instrumente

Tabelle 4-1 Erhebungen vor Beginn der Behandlung

Variable(n)	Operationalisierung
Screening	
Borderline-Persönlichkeitsstörung	DIB-R SKID-II (Auszug Borderline-Persönlichkeitsstörung)
Ausschluss	
Achse-I-Komorbiditäten	SKID-I
Intelligenz-Indikator	AW
Matching	
Parasuizidales Verhalten	LPC
Klinikaufenthalte	THI
Depressive Symptomatik	BDI
Allgemeine psychopathologische Belastung	SCL-90-R
Demografische Basisdaten	Basisdokumentation

In Tabelle 4-2 werden alle verwendeten Erhebungsinstrumente aufgeführt, die während und nach der Behandlung Einsatz fanden. Zugeordnet sind die für die jeweiligen Variablen relevanten Erhebungszeitpunkte, sowie die Kurzbezeichnungen der Fragebögen bzw. Interviews.

Tabelle 4-2 Erhebungen nach Beginn der Behandlung

Meßzeitpunkte	Variablen	Operationalisierung
Post1, ZM3, Post2, ZM4, Post3	Parasuizidales Verhalten (Interview)	LPC
Post1, ZM3, Post2, ZM4, Post3	Klinikaufenthalte (Interview)	THI
Prä, ZM1, ZM2, Post1, ZM3, Post2, ZM4, Post3	Angst (Selbst- und Fremdrating)	STAI, HAMA
Prä, ZM1, ZM2, Post1, ZM3, Post2, ZM4, Post3	Depressive Symptomatik (Selbst- und Fremdrating)	BDI, HAMD

Meßzeitpunkte	Variablen	Operationalisierung
Prä, ZM1, ZM2, Post1, ZM3, Post2, ZM4, Post3	Ärger/Aggression (Selbst- und Fremdrating)	STAXI, SDAS-21 ³
Prä, ZM1, ZM2, Post1, ZM3, Post2, ZM4, Post3	Dissoziation (Selbstrating)	DES bzw. FDS
Post1, Post2, Post3	allgemeine psychopathologische Belastung (Selbstrating)	SCL-90-R
Prä, Post1, Post2, Post3	Soziale Anpassung/Zwischenmenschliche Schwierigkeiten (Selbst- und Fremdrating)	SAS-SR, IIP, GAF, SHI
Prä, Post2, Post3	Selbstbild (Selbstrating)	Gießentest, Narzißmuisinventar

4.1.2.3.1. Diagnoseinstrumente

- *Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten*, revidierte Fassung, DIB-R (Zanarini et al. 1989, dt. Baum-Dill et al, 1993): Der DIB-R ist das erste Instrument, das spezifisch zur Abklärung der Borderline-Störung entwickelt und validiert wurde. Im DIB-R werden maximal zehn Punkte vergeben, ab acht Punkten spricht man vom Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II* (Wittchen et al, 1997). Für die Diagnosenstellung fand nur der Auszug „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ Verwendung.
- *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I* (Wittchen et al, 1997). Bei dem SKID-I und SKID-II handelt es sich um strukturierte Interviews zur Erfassung von Erkrankungen der Achse I und II, wie sie auf den Kriterien des DSM-III-R bzw. DSM-IV beruhen.

4.1.2.3.2. Messinstrumente für die Verhaltensebene

Primäre Zielvariablen sind die für Borderline-Patientinnen spezifische dysfunktionale Verhaltensweisen wie selbstverletzendes und suizidales Verhalten und lange bzw. häufige Klinikaufenthalte.

- *Lifetime Parasuicide Count (LPC)* (Linehan, M & Comtois, K, 1994): Bei dem LPC handelt es sich um ein standardisiertes Interview, das von M. Linehan und K. Comtois zur spezifischen Erhebung von selbstschädigenden Handlungen entwickelt wurde. Dieses Instrument wurde aus dem Amerikanischen übersetzt und an die vorliegende Studie angepaßt. Erfragt werden die Häufigkeit selbstverletzenden und suizidalen Verhaltens pro Monat und die Art und die medizinische Be-

³ Der SDAS-21 wurde nur in der Gruppe der stationär zugeteilten Patientinnen angewandt, da er von Pflegepersonal aufgrund von mehrtägigen Beobachtungen durchgeführt werden muß

handlung, falls eine solche erfolgte. Suizidversuche werden zum Matching-Zeitpunkt über die Lebensspanne erfragt.

- *Treatment History Interview* (THI) (Linehan, M 1987): Für die Häufigkeit und Länge von Klinikaufenthalten wurde ebenfalls ein von M. Linehan entwickeltes Interview aus dem Amerikanischen übersetzt und angepaßt, der THI. Die Patientinnen werden mit dessen Hilfe zu Länge und Häufigkeit von Klinikaufenthalten befragt, die in irgendeinem Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung stehen, also beispielsweise auch Aufenthalte in Kliniken der inneren Medizin, wenn sie aufgrund eines Suizidversuches erfolgten.

4.1.2.3.3. Messinstrumente für den Symptombereich

Auf der symptomatischen Ebene wurden sowohl Fragebögen als auch Fremdrating-Instrumente eingesetzt.

- *Beck Depressions-Inventar*, BDI (Hautzinger et al, 1995): Der BDI wurde zur Erfassung der depressiven Symptomatik in der Selbstbeschreibung verwendet.
- *Hamilton Depression Scale* (HAMD, Hamilton, M, 1976): Damit wurde ebenfalls die depressive Symptomatik erfasst, allerdings als Fremdeinschätzung
- *State-Trait-Angst-Inventar*, STAI (Laux et al, 1981): Der STAI fand als Instrument zur Erfassung von Angst als Trait und State im Selbstrating Verwendung.
- *Hamilton Anxiety Scale*, HAMA (Hamilton, 1986): Der HAMA dient der Einschätzung der Angstsymptomatik durch Experten.
- *Symptom-Checkliste*, SCL-90-R (Derogatis, 1977, dt. Franke, 1995): Diese misst als Selbstratinginstrument ein relativ breites Spektrum an Psychopathologie in neun Subskalen, die zu drei Gesamt-Belastungsskalen zusammengefasst werden.
- Fragebogen zu dissoziativen Symptomen, FDS (Freyberger et al, 1999): Mit Hilfe dieses Selbsteinschätzungsbogens wird die dissoziative Symptomatik erfasst. Er stellt eine erweiterte Version der amerikanischen „Dissociation and Experiences Scale“, DES, (Bernstein & Putnam, 1986) dar.

4.1.2.3.4. Messinstrumente für den zwischenmenschlichen Bereich

- *Social History Inventory*, SHI (Linehan & Heard, 1995): Der soziale Bereich wird abgedeckt durch das SHI, einem aus dem Amerikanischen übersetzten und angepasstem Interview. Das Interview dient der Einschätzung der Funktionsfähigkeit in verschiedenen sozialen Bereichen (Arbeit/Haushalt/ Ausbildung, Familie, Freunde, Freizeit), außerdem stellt es die Grundlage dar für die Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit einer Person mit ihren sozialen Bereichen (ZUF).
- *Social Adjustment Scale*, SAS-SR (Weissman et al, 1976): Damit erfolgt die Selbsteinschätzung des sozialen Funktionsniveaus.
- *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*, IIP (deutsche Fassung von Horowitz et al, 1994): Dieses Instrument entstand aus den Arbeiten am interperso-

nellen Zirkel (s. Abschnitt 1.4.2) und konzipiert die zwischenmenschlichen Probleme im sogenannten „Circumplex“. Acht Skalen sind kreisförmig, anhand ihrer inhaltlichen Nähe zueinander liegend, angeordnet. Personen können in jeder der Skalen ein Zuviel, ein Zuwenig oder ein Mittelmaß beschreiben. Die Skalen sind benannt nach dem jeweiligen interpersonellen Stil und umfassen PA (dominant), BC (konkurrierend), DE (zurückweisend), FG (soziale vermeidend), HI (unterwürfig), JK (nachgiebig), LM (freundlich) und NO (aufdringlich).

- *Global Assessment of Functioning Scale*, GAF (Endicott et al, 1976): Mit Hilfe dieser Skala wird das „Funktionieren“ einer Person auf einem gedachten Kontinuum von hervorragender Leistungsfähigkeit bis hin zu ernsthafter Gefährdung fremden oder eigenen Lebens beurteilt. Diese Einschätzung wurde in der vorliegenden Studie nach der Durchführung des SHI vorgenommen.
- *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar*, STAXI (Schwenkmezger et al, 1992): In Anlehnung an die Originalstudie von M. Linehan (Linehan, 1994) zur ersten empirischen Überprüfung des DBT-Konzeptes wird der STAXI als Instrument zur subjektiven Einschätzung des State- und Trait-Ärgers hier zu den interpersonellen Variablen gezählt.
- *Social Dysfunction and Aggression Scale*, SDAS-21 (European Rating Aggression Group, 1992): Sie ist ein Instrument zur Fremdeinschätzung von aggressivem Verhalten

4.1.2.3.5. Messinstrumente für das Selbstbild

- *Gießen-Test* (Beckmann et al, 1991): Mit diesem Fragebogenverfahren wird die Einschätzung einer Person von sich im Vergleich mit anderen Menschen erfasst. Inhaltlich ist ein starker sozialer Bezug vorhanden.
- *Narzißmusinventar* (Deneke & Hilgenstock, 1989): Dieser Fragebogen zur Selbsteinschätzung erfasst klinisch relevante Aspekte des narzisstischen Persönlichkeitssystems.

4.1.3. Interraterreliabilität und Güte der anamnestisch erhobenen Daten

Für die Fremdratings wurden Interraterreliabilitäten berechnet. Dafür wurden jeweils zwischen fünf und sieben Videoaufzeichnungen von HAMD und HAMA eingeschätzt und der Intraclass-Korrelations-Koeffizient, ICC, berechnet. Für quantitative Daten wird für die Berechnung von Interraterreliabilitäten der aus der ANOVA abgeleitete Intraclass Korrelationskoeffizient als geeignetes Maß für die Schätzung der Übereinstimmung von mehreren Ratern angesehen (Asendorpf & Wallbott 1979, Bartko & Carpenter 1976, Fleiss 1981). Die ICC's betragen für den HAMD .83 und für den HAMA .95, was als gute bis sehr gute Koeffizienten betrachtet werden kann.

Eine wichtige Zielvariable stellt die Häufigkeit und Länge von Klinikaufenthalten dar. Dabei sind nur solche Kliniken gemeint, die direkt mit der psychischen Erkrankung zusammenhängen, das heisst psychiatrische und psychosomatische Kliniken oder

somatischen Kliniken, wenn der Aufenthalt durch eine schwere Selbstverletzung oder einen Suizidversuch indiziert war. Vor Therapiebeginn wurden von jeder Patientin als stichprobenbeschreibende Variable die Anzahl von Klinikaufhalten über die Lebenszeit erfasst, sowie die Häufigkeit und Dauer der Klinikaufhalte der zurückliegenden zwei Jahre. Circa 2/3 der Angaben konnten anhand von Entlassbriefen der entsprechenden Kliniken verifiziert werden, der Rest beruht auf den Aussagen der Patientinnen. Da sich in keinem Fall, in dem eine zusätzliche Informationsquelle vorlag, grobe Abweichungen von den Aussagen der Patientinnen ergaben, werden die Selbstberichte der Klinikaufhalte insgesamt als zufriedenstellend valide eingeschätzt.

Für die Angaben der Patientinnen zu Häufigkeit und Art von Suizidversuchen und Selbstverletzungen konnte keine Fremdbestätigung erfolgen. Da diese Handlungen oft mit Scham besetzt sind, stellte das Interview die einzige Informationsquelle dar und es konnte nur durch sorgfältiges Nachfragen versucht werden, die Validität der Aussagen einigermaßen sicherzustellen. Insgesamt war der klinische Eindruck dieser Interviews aber günstig, wenn Patientinnen zunächst Informationen zurückhielten, dann meistens deshalb, weil sie sich aus Scham nicht mit diesem Verhalten konfrontieren wollten.

4.1.4. Patientinnenrekrutierung

Im Rekrutierungszeitraum von Oktober 1995 bis September 2000 erfüllten insgesamt 120 Patientinnen mit Wohnsitz Freiburg und Umgebung die DSM-IV-Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und wiesen mindestens acht Punkte im DIB-R auf. 20 dieser Patientinnen wurden nicht eingeschlossen, weil entweder eine Alkohol-/Drogenabhängigkeit diagnostiziert wurde (sieben Patientinnen), keine Selbstverletzungen oder Suizidversuche vorlagen (fünf Patientinnen), weil sie das Alterskriterium nicht erfüllten (drei Patientinnen) oder weil sonstige Gründe vorlagen (sechs Patientinnen)⁴. Von den 100 Patientinnen, denen eine Teilnahme an dem Forschungsprojekt angeboten wurde, lehnten 13 Patientinnen die Teilnahme ab, weil sie mit der Behandlungsform nicht einverstanden waren oder weil sie der Meinung waren, sie wollten jetzt doch keine Therapie beginnen. Weitere neun Patientinnen lehnten ab, weil sie sich keiner Randomisierung unterziehen wollten und zwölf Patientinnen (sog. „Non-Starter“) wurden randomisiert einer Behandlungsgruppe zugeteilt, begannen aber dann die Behandlung aus Unzufriedenheit mit dem Zuteilungsergebnis nicht oder brachen die Behandlung ab, bevor ein Behandlungsvertrag geschlossen wurde.

Die zwölf Non-Starter verteilten sich zu einem Drittel auf die stationäre Gruppe und zu zwei Dritteln auf die ambulante Gruppe ($k=4$, $n=12$, $p=.33$; Unterschied im Binomialtest nicht signifikant, $p=.238$).

⁴ Es lag eine Mehrfachnennung mit Alkoholabhängigkeit und keine Selbstverletzungen/Suizidversuche vor.

Die restlichen 66 Patientinnen wurden in die Studie eingeschlossen, 32 wurden per Zufall der stationären Gruppe zugeteilt und 34 der ambulanten Gruppe.

4.1.5. Randomisierung

Ein Randomisierungsverfahren erlaubt die Aussage, daß gefundene Unterschiede zwischen zwei Gruppen auf die Manipulation einer unabhängigen Variablen zurückzuführen sind, weil beide Gruppen einer gemeinsamen Population entstammen. Für die Wahl eines Verfahrens für die vorliegende klinische Studie gilt als erste Bedingung, daß es eine schrittweise Zuteilung über die Zeit ermöglichen muß. Ein simples deterministisches Verfahren, wie beispielsweise eine Alternierung, ist ausgeschlossen, weil die screenende Person Vorwissen hat darüber, welcher Gruppe die nächste Patientin zugeteilt wird, woraufhin der Auswahlprozess einem gewissen Bias unterliegen kann. Eine angemessene Form der Randomisierung ist die Herstellung einer Reihe von Zufallszahlen durch den Computer, vor allem, wenn der screenenden Person diese Liste nicht bekannt ist. Von Nutzen ist a-priori Wissen über Variablen, die (wahrscheinlich) mit Behandlungserfolg zusammenhängen. Diese prognostischen Variablen sollten möglichst gleich verteilt in beiden Gruppen vorkommen, damit Zusammenhänge oder Unterschiede im Erfolg in Bezug auf diese Variablen analysiert werden können. Außerdem wird damit die Fehlervarianz reduziert, was wiederum die Power eines statistischen Tests erhöht. Eine Methode, diese Zuteilung mit in das Randomisierungsverfahren aufzunehmen ist die stratifizierte Randomisierung. Dabei wird für jedes einzelne „Stratum“, also die Level, die die prognostische Variable einnehmen kann, eine eigene Randomisierungsliste erstellt. Diese Methode wird dann undurchführbar, wenn die Anzahl der bekannten prognostischen Variablen wächst und eventuell auch die Anzahl der Levels der Variablen. Ein Verfahren, das für diese Fälle vorgeschlagen wird, nennt sich Minimierungsverfahren (White & Freedman, 1978). Ziel dieses Verfahrens ist die Minimierung der Unausgewogenheit der beiden Gruppen in Bezug auf die prognostischen Variablen und ihre Levels. Wenn ein neuer Fall zugeteilt werden soll, wird für jede Matching-Variable die Anzahl der Personen gezählt, die dem gleichen Level angehören und zwar getrennt für jede Gruppe. Durch Aufsummierung über die Matching-Variablen erhält man für jede Gruppe eine Zahl, der Unterschied beider Zahlen entspricht der Unausgewogenheit. Die Zuteilung über ein Minimierungsverfahren geschieht so, daß der Unterschied durch die Zuteilung reduziert wird.

Dieses Verfahren wurde für die vorliegende Studie angewandt, die Berechnung erfolgte per Computer. Die Auswahl der Matching-Variablen orientierte sich an der Originalstudie, die M. Linehan in den achziger Jahren durchführte und umfaßt fünf Variablen, die als Ausdruck für das Ausmaß des borderline-spezifischen dysfunktionalen Verhaltens prognostische Qualität besitzen. Im Folgenden werden diese fünf Variablen und ihre Levels vorgestellt, der Bezugszeitraum für die ersten drei Variablen sind die vergangenen zwei Jahre:

- Anzahl parasuizidaler Handlungen
 - 1 = 0-5
 - 2 = 6-14
 - 3 = 15-24
 - 4 = >24
- Schweregrad der parasuizidalen Handlungen
 - 1 = keine Suizidversuche
 - 2 = einige Suizidversuche
 - 3 = nur Suizidversuche
- Anzahl von Klinikaufenthalten
 - 1 = 0-2
 - 2 = 3-6
 - 3 = >6
- Alter der Patientin
 - 1 = 18-22
 - 2 = 23-32
 - 3 = 33-45
- Prognose
 - 1 = gut (GAF > 30 und BDI < 30)
 - 2 = (GAF < 30 oder BDI > 30)

4.1.6. DiagnostikerInnen und TherapeutInnen im Forschungsprojekt

4.1.6.1. DiagnostikerInnen

Nach Beginn der Behandlung, das heisst, nach Unterschreiben des Behandlungsvertrages, wurde jeder Patientin eine DiagnostikerIn zugeteilt, die sofort mit der Prämessung begann. Dieses DiagnostikerInnen-Patientinnen-Paar blieb, soweit möglich, bis zum Ende der Erhebungsphase erhalten. Nur wenn DiagnostikerInnen aus dem Forschungsprojekt ausschieden, wurde ein Wechsel vorgenommen. Insgesamt waren über den Verlauf von sechs Jahren elf DiagnostikerInnen beteiligt, bei allen handelt es sich um Diplom-PsychologInnen. Die Einarbeitung erfolgte durch die für die Diagnostik Verantwortliche oder durch eine der erfahreneren DiagnostikerInnen.

4.1.6.2. TherapeutInnen

An der Behandlung der 66 eingeschlossenen Patientinnen waren insgesamt 28 TherapeutInnen beteiligt. Ambulante TherapeutInnen behandelten insgesamt zwischen ein und vier Patientinnen, die stationären TherapeutInnen mehr. Die Ausbildung in DBT erfolgte durch den Projektleiter, der den Status eines Senior Trainers in DBT von M. Linehan hat. Neun TherapeutInnen absolvierten Intensivkurse bei M. Linehan in USA, zwei arbeiteten für einen Zeitraum zwischen vier und 15 Monaten direkt bei M. Linehan in Washington mit. In den ersten Jahren fanden mehrere Seminare mit

Marsha Linehan oder ihrer Mitarbeiterin Kelly Koerner in Freiburg statt. Während des Implementationszeitraumes gab es ein Jahr lang jede Woche unter der Leitung des Projektleiters gemeinsame Sitzungen, in denen DBT-Techniken vorgestellt und geübt wurden. Danach fanden im zwei bis drei Wochenrhythmus für ca. drei bis vier Jahre gemeinsame Fortbildungssitzungen statt. Parallel dazu wurden zwei bis drei Supervisionssitzungen pro Woche installiert, wodurch die Größe der Supervisionsgruppen klein gehalten werden konnte.

Jede Therapiesitzung wurde auf Video aufgezeichnet. In der Arbeitsgruppe von M. Linehan wurde an einer Adherence-Skala gearbeitet, von der bislang nur eine Vorversion vorliegt, die nicht für Forschungszwecke freigegeben ist. Der Anspruch, die Manualtreue der TherapeutInnen von Anfang an anhand der Adherence-Skala zu überprüfen, konnte so nicht eingehalten werden. Stattdessen wurden Ausschnitte der Videobänder regelmäßig in den Supervisionssitzungen angesehen.

Status der TherapeutInnen

20 der 28 TherapeutInnen waren Diplom-PsychologInnen und acht ÄrztInnen. Für die Einschätzung der therapeutischen Erfahrung wurde folgende Einteilung vorgenommen:

- Keine Erfahrung: PsychologInnen/ÄrztInnen im Anfangsstadium ihrer therapeutischen Ausbildung
- Mittlere Erfahrung: PsychologInnen/ÄrztInnen, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen hatten, aber schon über einige Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen verfügten
- Hohe Erfahrung: PsychologInnen/ÄrztInnen mit abgeschlossener Ausbildung und Erfahrung in eigener Praxis/stationärer Arbeit

Tabelle 4-3 zeigt den Erfahrenheitsgrad der beteiligten TherapeutInnen

Tabelle 4-3 Therapeutische Erfahrung der beteiligten TherapeutInnen

	Erfahrung	n (%)
Diplom-PsychologInnen n=20	Keine	9 (45,0)
	Mittlere	2 (10,0)
	Hohe	9 (45,0)
ÄrztInnen n=8	Keine	3 (37,5)
	Mittlere	1 (12,5)
	Hohe	4 (50,0)

Circa die Hälfte der beteiligten TherapeutInnen ist als erfahren anzusehen, der Rest ist wenig oder mittel erfahren. Diese Einschätzung wurde vorgenommen bei Einstieg der jeweiligen TherapeutInnen ins Forschungsprojekt, es ist davon auszugehen, dass, bedingt durch die lange Laufzeit des ganzen Forschungsprojektes von sechs bis sieben Jahren, einige TherapeutInnen ihren Erfahrenheitsgrad deutlich verändert haben.

4.1.7. Dateneingabe und -kontrolle

Die Eingabe aller Fragebögen und Interviews erfolgte in eine Access-Datenbank, die speziell für diese Anforderungen programmiert wurde. Für alle Daten mit Ausnahme der Text-Daten (bei THI und SKID-I) erfolgte eine Erst- und Zweiteingabe, für die ein interner Vergleich durchgeführt wurde, um das Risiko von Fehleingaben zu minimieren. Die Auszählung bzw. Auswertung der eingegebenen Fragebogen geschah anhand von Datenbankprogrammen. Die Übertragung der ausgewerteten Fragebogenwerte in das statistische Auswerteprogramm erfolgte per Computerübertragung, das heißt die Rohwertefiles wurden aus der Datenbank direkt in das Statistikprogramm eingelesen.

4.1.8. Eigenbeteiligung der Autorin am Forschungsprojekt

Die Autorin war ab der Planungs- und Implementierungsphase von Forschungsstudie und DBT-Therapie im Forschungsprojekt beteiligt. Die Beteiligung umfasste die Planung der Studie, die Ausführung von Diagnostik zum Screening, zur Erhebung der Ausschlusskriterien und der Matching-Variablen. Als Diagnostikerin betreute sie 16 Patientinnen und als Therapeutin drei Patientinnen. Die Autorin war verantwortlich für den ordnungsgemäßen Ablauf der Randomisierung und der Datenerhebung, –eingabe und -kontrolle. Alle Datenauswertungen im Rahmen der Studie wurden von der Autorin vorgenommen.

4.2. Beschreibung der vorliegenden Studie

Hauptziel dieser Studie ist, Veränderungen zu erfassen bei den Patientinnen, die an dem beschriebenen Forschungsprojekt teilnahmen und die Auswirkungen der Unabhängigen Variablen Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad zu untersuchen.

Dabei geht es zunächst um die Frage nach Veränderung in verschiedenen Parametern über den Behandlungszeitraum hinweg. Diese Frage soll chronologisch differenziert werden, da die Bearbeitung bestimmter Symptome aufgrund der festgelegten Zielhierarchie der DBT zu bestimmten Zeitpunkten erfolgt. Darüber hinaus ist aus der Therapieforschung bekannt, daß Veränderungen häufig zuerst bei psychopathologischen Symptomen nachweisbar sind, während stabilere Merkmale wie interpersonelles Verhalten oder Selbstkonzepte sich erst zu einem späteren Zeitpunkt verändern. Zusätzlich wird erwartet, daß eine Veränderung zunächst auf der Verhaltensebene stattfinden wird. Dies entspricht sowohl dem therapeutischen Konzept als auch vorliegenden Studien, die bei der Behandlung von Borderline-PatientInnen Therapieerfolge primär auf der Verhaltensebene fanden (Linehan, 94; Munroe-Blum & Marziali, 95).

Ob und in welchem Ausmaß Veränderungen stattfinden, wird möglicherweise noch durch zusätzliche Bedingungen bestimmt. Zum einen sieht das Studiendesign eine Auftrennung in eine stationäre und eine ambulante Untersuchungsgruppe vor. Ein Teil der Patientinnen startet mit einer dreimonatigen intensiven stationären DBT, wo der Schwerpunkt der Behandlung auf der Reduktion des suizidalen und parasuizidalen Verhaltens liegt, auf der Reduktion des Risikos für Klinikaufenthalte und auf der praktischen Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Alltag. Deswegen wird vermutet, dass die stationären Patientinnen den ambulanten in diesen Variablen überlegen sind.

Zweitens liegt bei den Patientinnen ein unterschiedlicher Schweregrad der Störung vor, der als Ausmaß von lebensbedrohlichem Verhalten definiert wird (s. Abschnitt 4.2.2.2). Da die DBT genau auf diese Verhaltensweisen fokussiert, sollten Patientinnen mit hohem Schweregrad besonders gut von DBT profitieren können.

Drittens gibt es Patientinnen, die dem Studiendesign nicht wie vorgesehen folgten. Dies betrifft die Gruppe von Patientinnen, die die Behandlung nicht bis zu Ende durchgeführt haben (die "Drop-outs"). Bei diesen Patientinnen wird erwartet, dass sie in den Zielvariablen den Patientinnen, die nicht abgebrochen haben, unterlegen sind. Die Frage nach Veränderung soll für diese Bedingungen differenziell beantwortet werden, d.h. ob auftretende Veränderungen abhängig sind von der Gruppenzugehörigkeit, dem Ausmaß des Schweregrades oder der durchgängigen Teilnahme an der DBT-Therapie.

4.2.1. Untersuchungsstichprobe

Für die statistische Überprüfung des Verlaufs der Symptomatik und des interpersonellen Bereichs wird als Zeitraum das erste Behandlungsjahr gewählt. Zum Zeitpunkt der Auswertung hatten alle 66 in die Studie eingeschlossenen Patientinnen den Ein-Jahres-Zeitpunkt passiert, während sich noch zwölf zwischen dem ersten und dem zweiten Behandlungsjahr befanden. Weiterhin zeigte sich im Lauf der mehrjährigen Studie, dass einige Patientinnen nicht die gesamten zwei Jahre Behandlung in Anspruch nahmen, da sie soweit verbessert und stabilisiert waren, dass sie die Therapie mit Einverständnis der Therapeuten vorher beendeten. Bei keiner der Patientinnen war dies schon im ersten Jahr der Fall, so dass die Rahmenbedingungen für die Patientinnen zum Post2-Zeitpunkt, also nach dem ersten Jahr, ähnlicher waren als für die Patientinnen zum Post3-Zeitpunkt nach zwei Jahren.

Die Stichprobe von 66 Patientinnen nach einem Jahr Behandlung wird zur Auswertung aufgeteilt in Patientinnen, die ein Jahr Therapie vollständig durchlaufen haben und deren Daten vollständig vorliegen und in Patientinnen, die die Therapie abbrachen.

Für die Untersuchung der Klinikaufenthalte vor und nach Therapiebeginn werden auch zusätzlich die Daten des Zwei-Jahres-Zeitraums eingeschlossen. Da Klinikaufenthalte ein eher seltenes Ereignis darstellen, wurde der längere Zeitraum als gün-

stigerer Zeitrahmen angesehen, obwohl dabei in Kauf genommen werden musste, dass die Stichprobe noch nicht ganz vollständig war.

Was die Erhebungszeitpunkte betrifft, wurden hier als Ausgangsbasis die Daten vom Matching- bzw. Prä-Zeitpunkt verwendet. Für den Verlauf wurden die Daten von den Messzeitpunkten Post1 (vier Monate nach Therapiebeginn) und Post2 (ein Jahr nach Therapiebeginn) herangezogen. Die dazwischen liegenden Erhebungen umfassen nur einen Teil der für die Fragestellungen relevanten Variablen und wurden deshalb nicht berücksichtigt. Einzig für die gesonderte Darstellung der Selbstverletzungen wurden noch die Daten von ZM3 (acht Monate nach Therapiebeginn) mit einbezogen.

4.2.2. Operationalisierung der Unabhängigen Variablen

4.2.2.1. Operationalisierung Gruppenzugehörigkeit

Gruppenzugehörigkeit stellt die Unabhängige Variable dar, die anhand von Zufallszuteilung manipuliert wurde. Sie kann in Form einer Dummy-Variablen direkt übernommen werden.

4.2.2.2. Operationalisierung Schweregrad

Die Definition von „Schweregrad der Borderline-Störung“ folgt der Originalstudie von M. Linehan, die die unter Randomisierung (siehe Abschnitt 4.1.5) vorgestellten Variablen als quantitatives Maß für Variablen, die prognostisch mit dem Behandlungserfolg zusammenhängen, konzeptualisierte und als Matching-Grundlage verwendete. In dieses Konzept fließen folgende Variablen ein:

- Anzahl parasuizidaler Handlungen
- Schweregrad der parasuizidalen Handlungen
- Anzahl von Klinikaufenthalten
- Alter der Patientin
- Prognose (gut, wenn $GAF > 30$ und $BDI < 30$; schlecht, wenn $GAF < 30$ oder $BDI > 30$)

Alle Variablen wurden kategorisiert und aufsummiert, so dass sich ein zumindest ordinaler Range von 5 bis 15 ergibt. In dieser Summe ist eine Gewichtung enthalten, das Ausmaß an parasuizidalem Verhalten enthält vier Kategorien und die Prognose zwei, die restlichen Variablen sind mit je drei Kategorien gewichtet.

Nach M. Linehan erfassen diese Variablen, mit Ausnahme des Alters, lebensbedrohliches Verhalten („measures of lethality“) (e-mail-Korrespondenz). Alter wurde als Matching-Variable mit aufgenommen aufgrund der Arbeitshypothese, dass jüngere Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung schwieriger zu behandeln seien. Wenn dies der Fall ist, dann ist es sicherlich gerechtfertigt, Alter als Randomisie-

rungs-Kriterium im Sinne einer prognostischen Variable mit aufzunehmen, es lässt sich jedoch kaum als Variable für lebensbedrohliches Verhalten interpretieren.

Suizidales und selbstverletzendes Verhalten als lebensbedrohliches Verhalten aufzufassen, liegt nahe. Die Häufigkeit von Klinikaufenthalten als Indikator für lebensbedrohliches Verhalten zu verstehen, ist sicherlich gerechtfertigt, wenn (Para-) Suizidalität das Aufnahmekriterium war. Allerdings gibt es bei Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung viele Gründe für Aufnahmen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken. Die hohe Komorbidität mit Achse-I-Erkrankungen sorgt mit Sicherheit für einen (unbekannten) Anteil an Klinikaufenthalten. Mit einer solchen Indikation könnten Klinikaufenthalte als Indikator für eine allgemeinere Definition von Schweregrad gelten. Ob dies als lebensbedrohendes Verhalten einzustufen ist, bleibt offen. Patientinnen mit vermeidend-dependenter Persönlichkeitsstruktur, die sich als sehr hilflos erleben, neigen möglicherweise eher dazu, einen Klinikaufenthalt als „Lösung“ für als überwältigend erlebte Alltagsprobleme anzusehen, als Patientinnen mit einer eher autonomen Persönlichkeitsstruktur. Diese verbleiben vielleicht eher in der problematischen Situation, bewältigen sie aber ebenfalls dysfunktional, beispielsweise mit selbstverletzendem Verhalten. Das Beispiel zeigt, dass selbst ein so scheinbar eindeutiges Kriterium wie Klinikaufenthalte komplexere Ursachen hat, die eine Einordnung am ehesten noch auf individuellem Niveau zuließen. Trotzdem kann man postulieren, dass Aufenthalte in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken zumindest in einem allgemeinen Sinn als Schweregradindikator aufzufassen sind, wenn man dies in Relation zu gesünderen Populationen betrachtet.

In die Prognose als letzte der Matching-Variablen fließen die Aspekte psychiatrische Psychopathologie bzw. soziales Funktionieren und Depressivität ein. Eine GAF unter 30 bedeutet ein sehr hohes Ausmaß an psychiatrischer Symptomatik und eine sehr eingeschränkte Funktionsfähigkeit, wie beispielsweise bei einer akuten Schizophrenie. Bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wird diese Einschätzung meist vergeben bei akuter Suizidalität bzw. erfolgtem Suizidversuch. Ein BDI-Wert über 30 entspricht einem sehr hohem Wert in diesem Messinstrument, sowohl Beck et al. als auch Hautzinger schlagen vor, BDI-Werte über 26 als Hinweis für eine schwere Depression zu nehmen (Hautzinger & Greif, 1981), welche wiederum mit höherem Suizidrisiko zusammenhängt (Schramm, 1998).

Zusammenfassend scheint es naheliegend, die Matching-Variablen, mit Ausnahme des Alters, als Schweregrad im Sinne eines Gesamt-Index für lebens- bzw. gesundheitsbedrohliches Verhalten aufzufassen.

Die ersten drei Kriterien folgen inhaltlichen Schwerpunkten der DBT; die DBT ist speziell für chronisch suizidale Patientinnen entwickelt worden; indirekt stellt damit ein hoher Schweregrad sogar eine Indikation für DBT dar, die ja inhaltlich im wesentlichen die erste Behandlungsphase umfasst mit den Schwerpunkten suizidales und parasuizidales Verhalten.

Für die vorliegende Arbeit ist es durchaus von Bedeutung, ob ein Schweregrad als Index für das Ausmaß an lebensbedrohlichem Verhalten mit differentiellen Behandlungsergebnissen zusammenhängt.

Für die Auswertungen wird daher die Operationalisierung des Schweregrades über eine Summenbildung der Matching-Variablen unter Abzug der Alterskategorie übernommen. Der Schweregrad kann damit einen Range von 4 bis 12 annehmen.

Schweregrad wie er hier operationalisiert wird, lässt keine Aussage zu über das subjektiv erlebte Ausmaß an Belastung und über individuell definierte „Schwere der Erkrankung“, was nicht per se mit obiger, fremd-definierter Bestimmung übereinstimmen muss. Die Bewertung der Ergebnisse zum Schweregrad erfolgt daher immer im Sinne von „Ausmaß an lebensbedrohlichem Verhalten“.

4.2.3. Operationalisierung der Abhängigen Zielvariablen

Für die vorliegende Arbeit fand nur ein Teil der eingesetzten Messinstrumente Verwendung. Nicht berücksichtigt wurde der SDAS-21, da er nur für die stationären Patientinnen vorliegt und der SAS-SR, der aufgrund von Auswertungsproblemen nicht einbezogen wurde. Weiterhin flossen im Rahmen dieser Arbeit die Daten der Instrumente zur Erfassung des Selbstbildes nicht ein.

4.2.3.1. Variablenreduktion

Von allen Studienteilnehmerinnen wird zu den Haupterhebungszeitpunkten Matching/Prä, Post1, Post2 und Post3 ein relativ umfangreiches Paket an Erlebens- und Verhaltensvariablen erfaßt. Es ist zu erwarten, dass Variablen gleicher inhaltlicher Bereiche wie psychopathologische Symptomatik und interpersonelle Variablen mehr oder minder hoch miteinander korrelieren. Aus Gründen der statistischen Ökonomie und Sinnhaftigkeit kann und soll nicht jede einzelne Variable ein Zielkriterium darstellen. Statt dessen wird hier davon ausgegangen, dass bestimmte Variablen sich zu *Zielbereichen* zusammenfassen lassen, deren Veränderung sich über die Zeit verfolgen lassen. Diese Annahme impliziert, dass Veränderungen nicht nur in einzelnen Variablen - beispielsweise Angst - stattfinden, sondern den gesamten Zielbereich betreffen. Für diese Annahme liegen Anhaltspunkte aus bereits durchgeführten Untersuchungen vor.

Verfahren, die geeignet sind, Variablen zu einem Zielbereich zusammenzufassen, sind faktorenanalytische Techniken, die alle das Ziel haben, eine größere Menge an beobachtbaren Variablen auf möglichst wenige latente Variablen, die Faktoren, zurückzuführen. Dabei sollten diese Faktoren nicht als ursächliche Einflussgrößen verstanden werden – dazu enthält das Modell zu viele unbekannte Parameter, die nicht eindeutig bestimmbar sind – sondern als Information verdichtende Größen. Als faktorenanalytisches Verfahren wird hier die Hauptkomponentenmethode gewählt. Hier

ergeben sich die Faktoren als Linearkombinationen der Variablen, so dass möglichst viel von der Gesamtvarianz der Variablen in den Faktoren vereinigt wird. Hauptzweck ist also Komprimierung und Strukturierung, nicht so sehr die Suche nach gemeinsamen und spezifischen Einzelrestfaktoren, wie bei der Hauptachsenanalyse. Bei der Hauptkomponentenmethode bleiben die Kommunalitäten 1, Faktorenwerte – das heisst die Zuordnung von Faktorwerten zu Personen – können dadurch direkt berechnet werden und müssen nicht geschätzt werden wie bei der Hauptachsenmethode. Die Algorithmen zur Berechnung der Faktorwerte können gespeichert und auf neue Daten angewendet werden.

Das Ausmaß, in dem die einzelnen Variablen auf den Faktoren laden, entspricht dann einem gemeinsamen „Pool“ an psychopathologischer Symptomatik, bzw. interpersonellen Schwierigkeiten.

Praktisches Vorgehen

Die Gesamtmenge an Variablen wurde nach inhaltlichen und chronologischen Gesichtspunkten aufgeteilt

1. Symptombereich

Variablen aus dem Symptombereich, bei denen eine Veränderung schon im Vier-Monatszeitraum erwartet werden kann, wurden zusammengefasst als Symptombereich. In diesen Block gingen folgende Variablen ein:

- HAMD, BDI, HAMA, STAI
- Alle Subskalen des SCL-90-R; Da die drei Gesamtwerte des SCL-90-R an sich schon eine Aggregation von Variablen darstellen, wurden sie für diese Verfahren als ungeeignet angesehen.
- Die Variable „dissoziative Symptomatik“, die mit der DES erfasst wurde.
- Selbstverletzendes Verhalten der letzten 4 Wochen (LPC). Diese Variable zählt nicht im engeren Sinne zum Symptombereich, wurde hier aber eingeschlossen, zum einen aufgrund ihrer (vermuteten) Nähe zur dissoziativen Symptomatik, zum anderen weil eine Veränderung im ersten 4-Monats-Zeitintervall erwartet wird. Der 4-Wochen-Zeitraum der Selbstverletzungen wurde gewählt in Anlehnung an die erfassten Zeiträume der anderen Symptomvariablen, die zwischen einer und vier Wochen schwanken.

2. Zwischenmenschlicher Bereich

Der zweite Block, der über einen längeren Zeitraum hinweg auf Veränderungen überprüft wird, betrifft Variablen aus dem interpersonellen Bereich. Dafür wurden folgende Skalen ausgewählt:

- Die Skalen des IIP mit Ausnahme von NO (expressiv/aufdringlich), die in der Hauptkomponentenanalyse ungünstige Eigenschaften aufwies (s. Abschnitt 6.2.2)

- STAXI, die Trait-Variable für Ärger. Sie wurde in Replikation der Untersuchungen von M. Linehan im interpersonellen und nicht im Symptom-Bereich aufgenommen (Linehan,1994)
- GAF, als Fremdeinschätzung für das soziale „Funktionieren“ einer Person
- ZUF, die allgemeine Zufriedenheit mit den sozialen Bereichen des Lebens. Sie wird im Rahmen des Interviews zu sozialen Bereichen (SHI) eingeschätzt

Für jedes der zwei Variablensets wurde anhand der Prä-Werte der Gesamtstichprobe (n=66) eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt und die Scores für die Berechnung der Personenwerte der jeweiligen sich ergebenden Faktoren abgespeichert. Anhand dieser Scores wurden für die jeweiligen Prä-, Post1- und Post2-Stichproben Transformationen durchgeführt, so dass für jede Patientin zu jedem Zeitpunkt individuelle Faktorwerte existieren, deren Berechnung auf den Scores der gemeinsamen Stichprobe zu Beginn der Therapie beruhen. Diese Faktorwerte repräsentieren das individuelle Ausmaß an Symptomatik, das die gemessenen Variablen zu jedem Messzeitpunkt gemeinsam ausdrücken. Sie stellen die Abhängigen Zielvariablen für den Symptombereich und den interpersonellen Bereich dar.

4.2.3.2. Bewertung des Verfahrens der Variablenreduktion

Die Zusammenfassung von Variablen anhand der Hauptkomponentenmethode bedeutet eine konservativere Einschätzung der individuell vorhandenen Pathologie, weil nur kovariierende Symptomatik zu hohen Faktorwerten führt – bzw. zu Veränderungen in den Faktorwerten über die Zeit – so dass Aussagen über Veränderung von vorhandener Symptomatik nicht nur auf einer Einzelvariablen beruhen. Da speziell bei der Hauptkomponentenanalyse die Einzelrestvarianz nicht in die Faktoren mit eingeht, wird durch dieses Vorgehen vor allem die „Gemeinsamkeit“ der jeweiligen Symptome betrachtet. Messinstrumentenspezifische Varianz geht verloren, d.h. besonders stark ausgeprägte Symptomatik oder Veränderung in einem Einzelbereich wird untergewichtet bei der Faktorwertberechnung. Für die vorliegende Forschungsfrage nach – allgemeinem - Therapieerfolg wird dies eher als Vorteil betrachtet, da Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine relativ breite Palette an Symptomatik aufweisen und es wünschenswert ist, bei einer längerfristigen Therapie Veränderungen auf breiterer Basis zu erreichen. Dieses Vorgehen birgt damit natürlich das Risiko in sich, Variabilität innerhalb der Veränderung unterschiedlicher Variablen nicht mehr adäquat abbilden zu können. Für die vorliegende Arbeit wurde daher ein gemischt deskriptiv-signifikanzprüfendes Vorgehen gewählt. Veränderungen auf Faktorebene werden anhand von Signifikanztests überprüft, aber die einzelnen, zu den jeweiligen Zielbereichen gehörenden Variablen werden jeweils zusätzlich deskriptiv dargestellt. Eine Signifikanzprüfung der einzelnen Variablen verbietet sich aufgrund der massiven alpha-Fehler-Akkumulierung. Bonferroni-Korrekturen würden diesem Problem nicht gerecht werden, weil der alpha-Fehler soweit nach unten korrigiert werden müsste, dass der beta-Fehler unverhältnismäßig

anwachsen und damit die Chancen, die Nullhypothesen zurückzuweisen unrealistisch klein werden würde.

Ein Vorteil des gewählten Verfahrens ist die Tatsache, dass durch die Hauptkomponentenanalyse im Grunde eine Skalierung vorgenommen wird, das heißt, dass alle Faktoren auf der gleichen Messskala beruhen und direkt miteinander verglichen werden können.

4.2.3.3. Weitere Zielvariablen

Die Variable „Klinikaufenthalte“ und das Ausmaß an selbstverletzendem Verhalten wurden direkt als Zielvariablen übernommen. Sie stellen sowohl spezifische Störungsmuster der Borderline-Störung dar als auch spezifische Behandlungsziele in der DBT.

4.2.4. Fragestellungen

Die Fragestellungen sind nach methodischen Gesichtspunkten folgendermaßen aufgeteilt:

1. Fragestellungen zur Veränderung für die Gesamtgruppe.
2. Fragestellungen zum Einfluss der Unabhängigen Variablen „randomisierte Gruppenzuteilung“ und „Schweregrad der Störung“.
3. Fragestellungen zum Verlauf der Drop-out-Gruppe

Die Ausarbeitung dieser Fragestellungen in Arbeitshypothesen folgte aber inhaltlichen Gesichtspunkten, in die die methodischen Einteilungen eingearbeitet wurden. Diese Gesichtspunkte ergeben sich aus den in Abschnitt 4.2 vorgestellten Überlegungen, wann eine Veränderung in welchen Zielvariablen erwartet wird und welche therapiespezifischen Zielvariablen eine besondere Stellung einnehmen.

Konkret sehen die Fragestellungen folgendermaßen aus:

1. Wie sieht die Veränderung der psychopathologischen Symptomatik nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie aus?
Hypothese: Die Veränderung der psychopathologischen Symptomatik zeigt sich schon nach vier Monaten.
2. Wie sieht die Veränderung der interpersonellen Variablen nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie aus?
Hypothese: Die Veränderung der interpersonellen Variablen zeigt sich erst nach einem Jahr Behandlung.
3. Wie groß ist der Einfluss, den Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad der Störung auf die Ergebnisse nach einem Jahr Behandlung ausüben?
Hypothese 1: Die stationäre Gruppe ist der ambulanten in den Zielvariablen „Selbstverletzendes Verhalten“, und „Einbindung in den Alltag“ überlegen
Hypothese 2: Patientinnen mit hohem Schweregrad weisen höhere Verbesserungen auf in den Zielvariablen „Selbstverletzendes Verhalten“.

4. Wie sieht der Verlauf der Drop-out-Patientinnen aus, im Vergleich zu den non-Drop-out-Patientinnen?
Hypothese: Drop-out-Patientinnen weisen nach einem Jahr ungünstigere Werte in den Zielvariablen auf als non-Drop-out-Patientinnen.
5. Wie verändert sich das selbstverletzende Verhalten nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie?
Hypothese: Die Veränderung des selbstverletzenden Verhaltens zeigt sich schon nach vier Monaten.
6. Wie verändern sich die Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten in ein und in zwei Jahren und wie werden sie beeinflusst durch Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad der Störung?
Hypothese 1: Die stationäre Gruppe ist der ambulanten in der Reduktion der Klinikaufenthalte überlegen
Hypothese 2: Patientinnen mit hohem Schweregrad weisen höhere Verbesserungen auf in der Zielvariablen „Klinikaufenthalte“.

Den Fragestellungen Nummer 1, 3 und 6 sind explorative Fragen zugeordnet, die sich mit den Zusammenhängen zwischen interpersonellen Einstellungen und Symptomatik bzw. Häufigkeit von Klinikaufenthalten und deren Einfluss auf den Verlauf beschäftigen.

4.2.5. Umgang mit Fehldaten

Fehlende Datensätze kamen dadurch zustande, dass Patientinnen die Therapie abbrachen und nicht mehr bereit waren, bei den diagnostischen Sitzungen mitzumachen oder dass sie wegzogen und den Kontakt abbrachen. Diese Patientinnen konnten in keine Form von Verlaufsmessung mit einbezogen werden. Drei Patientinnen zeigten einzelne Fehlwerte im Datensatz, diese wurden anhand eines iterativen Prozesses aus dem Gesamtdatensatz geschätzt (minimum generalized variance, MGV). Dabei wird zunächst der Mittelwert der betreffenden Variable aus Ausgangswert verwendet. Anhand eines Multiple-Regression-Algorithmus wird jede einzelne Variable – inklusive der fehlenden Variable(n) – aus allen anderen Variablen in einem iterativen Prozess so geschätzt, dass das Kriterium „Minimieren der Determinante der Kovarianzmatrix“ erfüllt wird. Bei der Variablen „Anzahl Selbstverletzungen im letzten Monat“, die nicht normalverteilt ist, wurde dazu parallel eine Logarithmus-Transformation ($\log_2 x$) durchgeführt.

Von zwei Patientinnen fehlt die Datenerhebung zum Post2-Zeitpunkt nach einem Jahr, diese konnten in die Auswertungen nicht mit einbezogen werden.

4.2.6. Berechnung der Effektstärken

Die Berechnung der Effektstärken d für Prä-Post-Verläufe erfolgt in dieser Arbeit mit der Standardabweichung der Prä-Werte. Diese schätzt am besten die Standardab-

weichung einer unbehandelten Kontrollgruppe und beinhaltet eine Korrektur der zufallsbedingten Veränderungen (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Der Vorteil dieser Berechnung ist außerdem, dass bei Verlaufsuntersuchungen die Effektstärke den Mittelwertsverlauf repräsentiert, eine Effektstärke von $d=1.0$ heisst in dem Fall, der Mittelwert der Post-Werte liegt genau um eine Standardabweichung höher (bzw. niedriger) als bei den Prä-Werten. Dies ermöglicht eine direkte Einschätzung der Veränderungen, was insbesondere dann von Vorteil ist, wenn für die Prä- und Post-Werte keine Normtabellen vorliegen. Die von Cohen (Cohen, 1977) vorgeschlagenen Orientierungswerte für kleine ($d=0.2$), mittlere ($d=0.5$) und große ($d=0.8$) Effektstärken haben auch nur für die auf diese „klassische“ Art berechneten Werte Geltung. Von Nachteil ist diese Berechnungsart, wenn Bodeneffekte auftreten, das heisst beispielsweise viele Verbesserungen auf einen Nullwert vorkommen, weil durch die höhere Prä-Standardabweichung niedrigere Effektstärken resultieren als bei gleich hohen Standardabweichungen. Daneben führen gleiche Veränderungen bei ungleichen Post-Standardabweichungen zu ungleichen Effektstärken. Bevorteilt werden die Prä-Effektstärken bei Varianzerweiterungsphänomenen, sie werden dann größer als bei Berechnungsarten, die die Post-Standardabweichung mit einbeziehen. Beide Konsequenzen müssen bei der Interpretation der in dieser Arbeit angegebenen Prä-Post-Effektstärken mit bedacht werden.

4.2.7. Auswertung der Daten

Die Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogrammes SAS (SAS Institute Inc. Rel. 6.12 und Rel. 8.0) durchgeführt. Grafische Abbildungen wurden mit SAS und Excel für Windows 97 erstellt. Effektstärken-Berechnungen erfolgten anhand des Programmes G-Power (G-Power, Version 2.0 von F. Faul & E. Erdfelder). Zur Überprüfung der Veränderungshypothesen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen inklusive Kontrastanalysen eingesetzt. Die Überprüfung der Gruppenunterschiede wurde anhand des T-Tests für unabhängige Stichproben vorgenommen, bzw. bei geringeren Datenniveaus anhand des Wilcoxon-Rangsummentests⁵ oder des Chi-Quadrat-Tests. Die Überprüfung der Rohdaten hinsichtlich ihrer Verteilungseigenschaften und Extremwerte erfolgte anhand von exploratorischen und grafischen Verfahren (Stem-leaf-Diagramme, Box-plots). Für Mittelwertsdarstellungen wurden deskriptive Verfahren eingesetzt. Zusammenhänge wurden für Daten auf Ordinalniveau anhand des Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten ausgedrückt.

⁵ Der Wilcoxon-Rangsummentest ist nicht gleich dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtest, der für abhängige Stichproben Verwendung findet. Der Wilcoxon-Rangsummentest entspricht dem Mann-Whitney-U-Test

Für die Reduktion der Variablen wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Bei der Untersuchung auf Einflüsse von Unabhängigen Variablen fanden regressionsanalytische Verfahren Verwendung.

KAPITEL 5

STICHPROBENBESCHREIBUNG

Im folgenden Kapitel werden die Patientinnen, die an der Studie teilgenommen haben, in soziodemografischen Daten, ihrer beruflichen Situation und in klinischen Daten beschrieben. Die Darstellung dieser Daten erfolgt jeweils für die Gesamtstichprobe und die beiden Untersuchungsgruppen stationär und ambulant getrennt.

5.1. Soziodemografische Daten

Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe beträgt 26,6 Jahre (SD=7,1), der Altersrange reicht von 17,5 bis 46,0 Jahre.

In Tabelle 5-1 sind die soziodemografischen Daten der Stichprobe dargestellt.

Tabelle 5-1 Soziodemografische Daten, n=66

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
Untersuchungsgruppe		48,5 (32)	51,5 (34)
Familienstand			
Ledig	80,3 (53)	81,3 (26)	79,5 (27)
Verheiratet	12,1 (8)	15,6 (5)	8,8 (3)
Geschieden	4,6 (3)	0 (0)	8,8 (3)
getrennt	3,0 (2)	3,1 (1)	2,9 (1)
Kinder			
Nicht zutreffend	90,9 (60)	90,6 (29)	91,2 (31)
Zutreffend	9,1 (6)	9,4 (3)	8,8 (3)
Schulbildung			
Hauptschule	19,7 (13)	18,8 (6)	20,6 (7)
Realschule	42,4 (28)	43,8 (14)	41,2 (14)
Abitur	36,4 (24)	37,4 (12)	35,3 (12)
nicht zutreffend	1,5 (1)	0,0 (0)	2,9 (1)
Ausbildung			
Lehre/Fachschule/Hochschule abgebrochen	18,2 (12)	15,5 (5)	20,6 (7)
Lehre/Fachschule/Hochschule in Ausbildung	24,2 (16)	18,8 (6)	29,4 (10)
Lehre/Fachschule/Hochschule abgeschlossen	36,4 (24)	46,9 (15)	26,5 (9)
Nicht zutreffend ⁶	21,2 (14)	18,8 (6)	23,5 (8)

⁶ 14 Patientinnen waren zu Beginn der Behandlung entweder noch Schülerinnen (n=10) oder hatten nie eine Berufsausbildung begonnen (n=4).

Ein hoher Prozentsatz der Patientinnen ist ledig (80,3%) und die große Mehrheit (90,9%) hat keine eigenen Kinder. 78,8% haben Realschulabschluß oder Abitur. Ein gutes Viertel ist in irgendeiner Art Ausbildung oder Lehre, 36,4% haben diese schon abgeschlossen und zwölf der 66 Patientinnen geben einen Abbruch ihrer Ausbildung an. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ließen sich in keiner der Variablen feststellen.

5.2. Berufliche Daten

Die Angaben der Patientinnen zu Unterhalt, Erwerbs- und Berufssituation sind in Tabelle 5-2 zusammengefasst.

Tabelle 5-2 Berufliche Daten, n=66

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
Unterhalt			
Eigenes Aufkommen	34,9 (23)	37,5 (12)	32,3 (11)
Fremdaufkommen	45,4 (30)	50,0 (16)	41,2 (14)
Teils eigenes teils Fremdauf- kommen	19,7 (13)	12,5 (4)	26,5 (9)
Erwerbssituation			
Vollzeit	16,7 (11)	12,5 (4)	20,6 (7)
Teilzeit	16,7 (11)	21,9 (7)	11,8 (4)
Arbeitslos gemeldet	10,6 (7)	12,5 (4)	8,8 (3)
Beschützt beschäftigt	1,5 (1)	3,1 (1)	0,0
Ausbildung ohne Entgelt	30,3 (20)	28,1 (9)	32,3 (11)
Rentenbezug	4,5 (3)	3,1 (1)	5,9 (2)
Nicht erwerbstätig	19,7 (13)	18,8 (6)	20,6 (7)
Berufssituation, n=30⁷			
Auszubildende	16,7 (5)	6,3 (1)	28,6 (4)
Arbeiterin	30,0 (9)	31,2 (5)	28,6 (4)
Einfache/mittlere Angestellte	36,6 (11)	43,8 (7)	28,6 (4)
Höhere Angestellte/ Akademi- kerin	16,7 (5)	18,7 (3)	14,2 (2)

Knapp über ein Drittel der Patientinnen kommt für ihren Unterhalt alleine auf, beinahe die Hälfte (45,4%) finanziert sich vollständig über Fremdaufkommen. In der Gesamtstichprobe der 66 Patientinnen geben 30 Berufstätigkeit an, wovon sieben arbeitslos gemeldet sind. 16 Patientinnen sind nicht erwerbstätig und entsprechend

⁷ Diese Subgruppe setzt sich zusammen aus Vollzeit- (n=11) und Teilzeitbeschäftigten (n=11), einer geschützt Beschäftigten und 7 arbeitslos Gemeldeten

dem geringen Durchschnittsalter sind fast ein Drittel in Ausbildung, als Schülerin oder als Studentin. Unter den 30 berufstätigen Patientinnen arbeitet über ein Drittel (36,6%) als einfache oder mittlere Angestellte bzw. als Facharbeiterin. Weitere 16,7% sind in Ausbildung, so daß insgesamt 25 der 66 Patientinnen (37,9%) sich in irgendeiner Form von Ausbildung, bezahlt und unbezahlt, befinden.

In keiner dieser Variablen unterscheiden sich die stationäre und die ambulante Gruppe signifikant voneinander.

5.3. Klinische Daten

5.3.1. Belastungsfaktoren

Tabelle 5-3 stellt zunächst die Belastungsfaktoren der Stichprobe dar, damit sind familiäre Belastungen gemeint, schwerwiegende Lebensereignisse in Kindheit und Jugend und das aktuelle Ausmaß an Belastung vor Beginn der Therapie.

Tabelle 5-3 Belastungsfaktoren

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
Familiäre Belastung			
• Psychiatrische Erkrankungen, n=66			
Nicht zutreffend	40,9 (27)	50,0 (16)	32,3 (11)
Zutreffend	47,0 (31)	43,8 (14)	50,0 (17)
Unbekannt	12,1 (8)	6,2 (2)	17,7 (6)
• Suizidalität, n=66			
Nicht zutreffend	51,5 (34)	62,5 (20)	41,2 (14)
Zutreffend	39,4 (26)	28,1 (9)	50,0 (17)
Unbekannt	9,1 (6)	9,4 (3)	8,8 (3)
Lebensereignisse			
• Sex. Missbrauch in Kindheit oder Jugend, n=63			
Nicht zutreffend	54,0 (34)	56,2 (18)	51,6 (16)
Zutreffend	38,1 (24)	31,3 (10)	45,2 (14)
Unbekannt	7,9 (5)	12,5 (4)	3,2 (1)
• Gewalttätigkeit in der Familie in Kindheit oder Jugend, n=65			
Nicht zutreffend	40,0 (26)	40,6 (13)	39,4 (13)
Zutreffend	53,9 (35)	46,9 (15)	60,6 (20)
Unbekannt	6,1 (4)	12,5 (4)	0,0
Aktuelle psychische Belastung, n=65			
Nicht zutreffend	50,8 (33)	34,4 (11)	66,7 (22)
Zutreffend	49,2 (32)	65,6 (21)	33,3 (11)
Aktuelle psychosoziale Belastung, n=65			
Nicht zutreffend	73,8 (48)	65,6 (21)	81,8 (27)
Zutreffend	26,2 (17)	34,4 (11)	18,2 (6)

Die familiäre Belastung ist relativ hoch, ca. die Hälfte der Patientinnen (47,0%) geben psychiatrische Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten bei Erstgradangehörigen oder ferneren Verwandten an, 39,4% Suizide bzw. Suizidhandlungen. Sexueller Missbrauch zwischen dem 1. und dem 16. Lebensjahr wird von 38,1% angegeben und Gewalttätigkeit in der Familie von 53,9%. In der Variable „Aktuelle psychische Belastung“ geben die Patientinnen, die der stationären Gruppe zugeteilt sind, signifikant häufiger „zutreffend“ an als die ambulanten Patientinnen ($\chi^2=6.78$, $p=.009$). In allen anderen Variablen traten keine Unterschiede auf.

5.3.2. Störungsspezifische Daten

Unter störungsspezifischen Daten werden die Anzahl Punkte bzw. Kriterien aufgeführt, die die Patientinnen in den beiden Diagnoseinstrumenten für die Borderline-Persönlichkeitsstörung erreichten bzw. erfüllten. Tabelle 5-4 zeigt die Häufigkeiten für die erreichten Punkte im DIB-R und die erfüllten Kriterien im DSM-IV.

Tabelle 5-4 Störungskriterien - Häufigkeiten, n=66

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
Punkte Im DIB- R			
8	21,2 (14)	21,9 (7)	20,6 (7)
9	33,3 (22)	34,5 (11)	32,4 (11)
10	45,5 (30)	43,8 (14)	47,1 (16)
Anzahl Kriterien im DSM-IV			
5	16,7 (11)	18,8 (6)	14,7 (5)
6	30,3 (20)	28,1 (9)	32,4 (11)
7	24,2 (16)	21,9 (7)	26,5 (9)
8	18,2 (12)	15,6 (5)	20,6 (7)
9	10,6 (7)	15,6 (5)	5,9 (2)

Im Diagnostischen Interview für Borderline-Störung, DIB-R, erreichen 30 von 66 Patientinnen (45,5%) die maximale Punktezahl von zehn Punkten. In den DSM-IV-Kriterien zeigt sich diese Betonung des höheren Schweregrades nicht, über die Hälfte der Patientinnen (54,5%) erfüllt entweder sechs oder sieben von neun möglichen Kriterien.

Tabelle 5-5 führt die deskriptiven Daten der beiden Diagnoseinstrumente auf.

Tabelle 5-5 Störungskriterien - Mittelwerte

Instrument	Gruppe	N	MW	SD
DIB-R	gesamt	66	9.24	0.79
	stationär	32	9.22	0.79
	ambulant	34	9.26	0.79
DSM-IV	gesamt	66	6.76	1.24
	stationär	32	6.81	1.35
	ambulant	34	6.71	1.14

Wie schon aus Tabelle 5-4 ersichtlich, liegen die Werte für den DIB-R deutlich stärker im obersten Bereich als bei den DSM-IV-Kriterien. Beide Instrumente korrelieren zu $r=.329$ ($p=.007$) miteinander. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht in den Störungskriterien.

Als klinische Daten gelten für Borderline-Patientinnen auch das Vorhandensein von Suizidversuchen und vorhergehende Klinikaufenthalte. Tabelle 5-6 fasst diese Variablen zusammen.

Tabelle 5-6 Klinikaufenthalte und Suizidversuche über die Lebenszeit, n=66

Gruppe	n	MW	SD	Range
Anzahl Klinikaufenthalte/Lebenszeit				
gesamt	66	3.5	3.4	0-17
stationär	32	4.0	3.8	0-17
ambulant	34	3.0	3.0	0-13
Suizidversuche/Lebenszeit				
gesamt	66	1.73	2.17	0-10
stationär	32	1.56	1.76	0-7
ambulant	34	1.88	2.51	0-10

Im Durchschnitt geben die Patientinnen 3,5 Aufenthalte in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken über die Lebenszeit an und 1,7 Suizidversuche. Wie zu erwarten korreliert die Anzahl der Klinikaufenthalte positiv mit dem Alter ($r=.35$, $p=.006$), dies gilt allerdings nicht für die Anzahl der Suizidversuche über die Lebenszeit ($r=.04$, $p=.75$). In keiner der genannten Variablen unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander.

5.4. Komorbidität

Die Achse-I-Komorbiditäten wurden zu Beginn des Forschungsprojektes mit dem SKID-I für DSM-III-R (Wittchen et al, 1989) erfasst, da zu der Zeit noch kein Exemplar des SKID-I für DSM-IV verfügbar war. Das bedeutet, dass für insgesamt 18 Patientinnen keine PTSD und kein Binge Eating zu Beginn der Therapie diagnostiziert

werden konnte. Für die anderen Diagnosen wurde von einer weitgehenden Äquivalenz von DSM-III-R und DSM-IV ausgegangen. Tabelle 5-7 stellt die Achse-I-Komorbiditäten für die Stichprobe unter Ausschluss der genannten beiden Störungen zusammen.

Tabelle 5-7 Komorbide Achse-I-Störungen, n=66

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
Angststörung			
	84.9 (56)	81.3 (26)	88.2 (30)
Life	69.7 (46)	62.5 (20)	76.5 (26)
Derzeit	74.2 (49)	68.8 (22)	79.4 (27)
Essstörung			
	65.2 (43)	65.6 (21)	64.7 (22)
Life	54.5 (36)	62.5 (20)	47.1 (16)
Derzeit	36.4 (24)	37.5 (12)	35.3 (12)
Depressive Störung			
	81.8 (54)	78.3 (25)	85.3 (29)
Life	72.7 (48)	65.6 (21)	79.4 (27)
Derzeit	62.1 (41)	59.4 (19)	64.7 (22)
Anzahl komorbider Diagnosen, derzeit			
0	4.6 (3)	6.2 (2)	2.9 (1)
1	19.7 (13)	21.9 (7)	17.6 (6)
2	34.9 (23)	37.5 (12)	32.4 (11)
3	13.6 (9)	9.4 (3)	17.7 (6)
>3	27.2 (18)	24.0 (8)	27.4 (10)

In der Gesamtstichprobe von 66 Patientinnen gibt es nur drei, die keine Achse-I-Komorbidität aufweisen. Der Median der Stichprobe liegt bei zwei aktuellen komorbiden Achse-I-Erkrankungen. In keiner der aufgeführten Kategorien lassen sich Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Gruppe nachweisen.

In Tabelle 5-8 werden die 48 Patientinnen separat aufgeführt, deren Diagnosestellung nach DSM-IV erfolgte und für die Diagnosen zu den dort neu eingeführten Störungen Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und Binge Eating vorliegen.

Tabelle 5-8 PTSD und Binge Eating Diagnosen, n=48, n_{stat}=23, n_{amb}=25

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
PTSD			
	27.1 (13)	26.1 (6)	28.0 (7)
Life	25.0 (12)	21.7 (5)	28.0 (7)
Derzeit	25.0 (12)	21.7 (5)	28.0 (7)
Binge Eating			
	14.6 (7)	4.4 (1)	24.0 (6)
Life	14.6 (7)	4.4 (1)	24.0 (6)
Derzeit	10.4 (5)	0 (0)	20.0 (5)

Bei der PTSD gibt es keine Unterschiede zwischen der stationären und der ambulanten Gruppe, bei der Diagnose Binge Eating sind tendenziell mehr ambulante Patientinnen vertreten.

Die Stichprobe weist insgesamt eine hohe Belastung mit komorbiden Achse-I-Erkrankungen auf, wobei die Angststörungen mit insgesamt 84,9% an erster Stelle stehen, dicht gefolgt von Depressiven Störungen mit 81,8%. Wie die Variable „Anzahl komorbider Diagnosen, derzeit“ zeigt, weisen mehr als ein Viertel der Patientinnen sogar mehr als drei aktuelle Achse-I-Diagnosen auf.

5.5. Medizierung

Die Medizierung mit Psychopharmaka unterlag keinen Design-bedingten Einschränkungen. Im Rahmen der DBT werden Medikamente eingesetzt, wenn es klinisch sinnvoll erscheint, beispielsweise die Gabe von Antidepressiva bei depressiven Erkrankungen. Tabelle 5-9 listet die Anzahl Patientinnen auf, die zu Beginn der Therapie mit Psychopharmaka mediziert waren.

Tabelle 5-9 Medizierung mit Psychopharmaka, n=55 bzw. 56, n_{stat}=27 bzw. 28, n_{amb}=28

	Gesamt % (n)	Stationär % (n)	Ambulant % (n)
Antidepressiva, n=55⁸			
Nicht zutreffend	69.1 (38)	66.7 (18)	71.4 (20)
Zutreffend	30.9 (17)	33.3 (9)	28.6 (8)
Neuroleptika, n=56			
Nicht zutreffend	76.8 (43)	85.7 (24)	67.9 (19)
Zutreffend	23.2 (13)	14.3 (4)	32.1 (9)

⁸ Von 11 bzw. 10 Patientinnen lagen keine Angaben vor zur Medikation bei Beginn der Behandlung

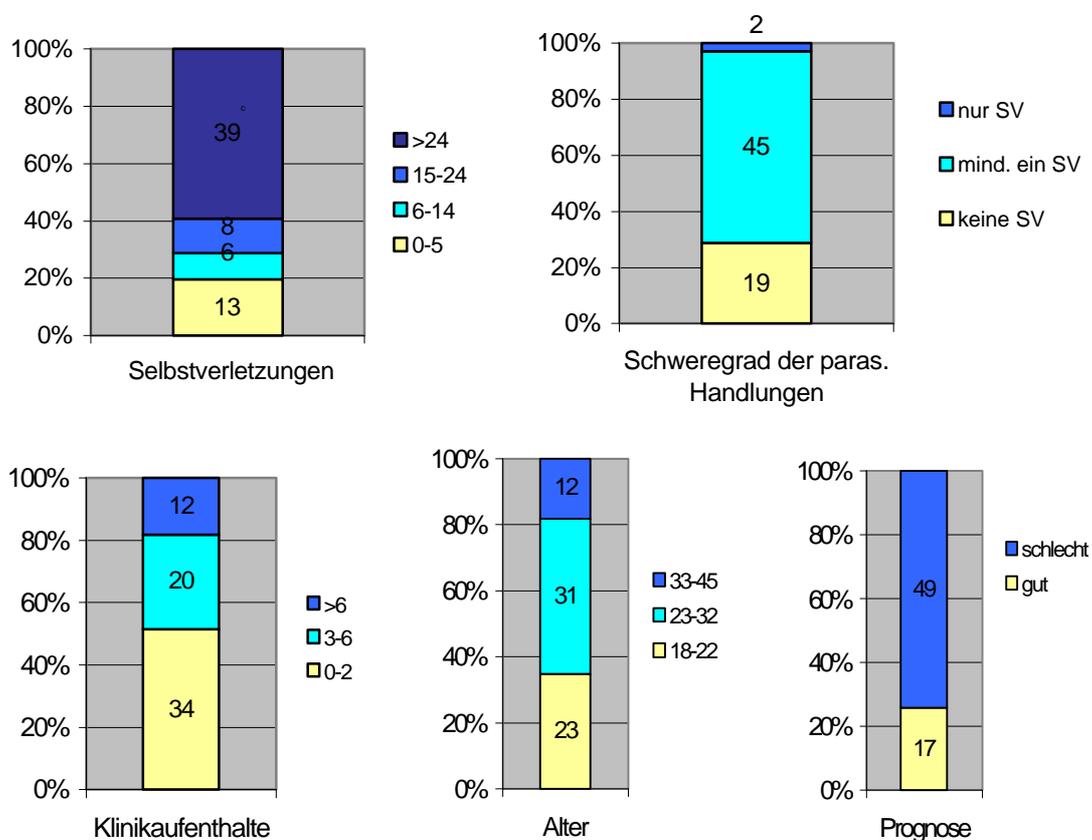
Zu Beginn der Behandlung waren 30,9% der Patientinnen antidepressiv mediziert und 23,2% neuroleptisch, auch hier waren keine Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar.

Keine der Patientinnen war zu Beginn der Behandlung mit Naloxon (Nemexin©) mediziert, einem Psychopharmakon, das zuerst bei der Behandlung von posttraumatischen Symptomen von Vietnamveteranen eingesetzt wurde. Dieses Medikament wurde im Lauf des zweijährigen Forschungsprojektes bei einigen Patientinnen eingesetzt, die unter starken dissoziativen Symptomen litten.

5.6. Beschreibung der Matching-Variablen

Von allen Patientinnen wurden vor Therapiebeginn die Matching-Variablen erhoben, um bei der Zufallszuteilung zu den Gruppen das Ausmaß der die Therapieziele beeinflussenden Variablen durch Minimierung ungefähr gleich halten zu können (siehe Abschnitt 4.1.5). Alle Variablen sind in Levels eingeteilt, die eine schweregradmäßige Anordnung darstellen. Abbildung 5-1 zeigt die Häufigkeiten, mit der die Gesamtstichprobe die einzelnen Levels der Matching-Variablen belegt.

Abbildung 5-1 Häufigkeiten für die Levels der Matching-Variablen, n=66



Die Gesamtstichprobe weist ein hohes Ausmaß an parasuizidalem Verhalten auf, über die Hälfte der Patientinnen gehören in die Kategorie mit den häufigsten Selbstverletzungen (59,1%) und weisen neben selbstverletzenden Handlungen auch Sui-

zidversuche auf (68,2%). Dagegen ist die Häufigkeit von Klinikaufenthalten eher niedrig ausgeprägt, 51,5% der Patientinnen haben in der Vergangenheit nur null bis zwei Klinikaufenthalte. Die Prognose in Bezug auf depressive Symptomatik (BDI) und die soziale Anpassung (GAF) ist für $\frac{3}{4}$ der Patientinnen schlecht.

5.7. Bewertung der Stichprobe

Die Ergebnisse von DIB-R und DSM-IV weisen einige Unterschiede auf. Im DIB-R fallen in die höchste Kategorie fast die Hälfte der Patientinnen, im DSM-IV ist die häufigst belegte Kategorie die niedrigste, in die knapp unter ein Drittel der Patientinnen fallen. Die Korrelation beider Instrumente ist mit einer gemeinsamen Varianz von 10.9% nicht besonders hoch. Die Zahlen weisen darauf hin, dass im DIB-R die Punkte eher „großzügig“ vergeben werden. Zum einen lässt sich das auf den befragten Zeitraum zurückführen, der DIB-R fragt nach den Erfahrungen der letzten zwei Jahre, der DSM-IV verlangt das Vorhandensein der Kriterien für mindestens fünf Jahre. Außerdem verlangt die Diagnosenstellung nach DSM-IV bei Bejahung einer Frage immer mehrere Beispiele seitens der Patientin. Weiterhin besteht im DIB-R das Risiko Punkte zu vergeben, wenn komorbide depressive Störungen oder Angststörungen vorliegen. Im DSM-IV werden für das Vorhandensein von depressiven oder dysphorischen Stimmungen oder von Ängsten allein keine Kriterien erfüllt. Daneben enthält der DIB-R einige Fragen zu psychoanalytischen Konzepten wie Regression oder Übertragungsphänomenen, die schwer erfragbar und einschätzbar sind. Was ebenfalls zusätzliche Punkte bringen könnte und was eigentlich einen Vorteil des DIB-R darstellt, sind Fragen zu verzerrten Kognitionen oder Wahrnehmungen, die im DSM-IV nur in sehr spezifischer Form als Dissoziation oder Misstrauen unter Stress im letzten Kriterium auftauchen. Dies alles kann die Unterschiede gut erklären, heisst aber letztendlich, dass der DIB-R wahrscheinlich ein höheres Risiko birgt, falsch positive Diagnosen zu vergeben. Außerdem ist er als Variable für Zusammenhangsuntersuchungen nicht so gut geeignet aufgrund seiner geringen Varianz.

In dieser Studie wurde das Erfüllen der Punkte bzw. Kriterien beider Instrumente verlangt, so dass das Risiko von falsch positiven Befunden reduziert wurde. Problematisch bei dem in dieser Studie angewandten Vorgehen ist allerdings, dass beide Diagnoseinstrumente in einer Sitzung und von der gleichen Person eingesetzt wurden, die damit leicht einem Bias unterliegen konnte. Wenn ein Diagnoseinstrument als Kontrolle für ein anderes eingesetzt wird, sollte dies günstigerweise durch zwei Personen geschehen. In dieser Studie scheinen die DSM-IV-Kriterien die geeigneteren zu sein zur Einschätzung der Patientinnen in Bezug auf die Störungskriterien.

In Bezug auf Komorbidität mit Depressiven Störungen fällt die Stichprobe nicht aus den in der Literatur vorfindbaren angegebenen Häufigkeiten heraus, die Angaben für die Koexistenz einer Major Depression schwanken zwischen 31% und 86%, (Fava et al 1996; McGlashan et al 2000; Skodol et al 1999; Zanarini et al 1998; Zimmermann & Mattia 1999). Die Häufigkeit von Angststörungen und Essstörungen lassen sich in

dieser Höhe in den oben zitierten Studien zur Achse-I-Komorbidität bei Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht finden. Für Angststörungen liegen sie zwischen 16 und 56% und für Essstörungen zwischen 7 und 26%. Das bedeutet, dass es sich bei der Untersuchungsgruppe entweder um stärker gestörte Patientinnen handelt oder dass in der Diagnostik ein falsch-positiver Bias am Wirken war. Eine Erklärung für die erste Hypothese könnte sein, dass eine neue Therapieform gerade Patientinnen aus dem stärker gestörten Spektrum (im Sinne von mehreren koexistierenden psychischen Erkrankungen) und deren Behandlern besonders anziehend und hoffnungsversprechend erscheint. Möglicherweise wirkt sich auch die Möglichkeit der Teilnahme an einem Forschungsprojekt als Teilnahme-motivierender Faktor gerade auf diese Patientinnen aus. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit liegt in der relativen Unerfahrenheit der DiagnostikerInnen zu Beginn des Projektes. Da allerdings in den letzten drei Jahren des Einschlusses die SKID-Diagnostik immer von der gleichen Person durchgeführt wurde und die Höhe der Häufigkeiten sich über die Zeit nicht veränderten, scheint dies weniger wahrscheinlich. Wenig wahrscheinlich scheint auch, dass eine primäre Angst- oder Essstörung als Borderline-Persönlichkeitsstörung fehldiagnostiziert wurde. Die Wahrscheinlichkeit ist bei einer Major depressiven Episode größer, weil die Anzahl von Symptomen, die denen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gleichen, höher ist als bei Angst- oder Essstörungen. Eine klare Einschränkung ist hier für die PTSD zu machen, wo die Überlappung der Kriterien so deutlich ist, dass Borderline-Persönlichkeitsstörung als chronische Form von PTSD diskutiert wurde. (Gunderson, 2001). Das heisst, im Fall einer chronischen, durch Kindheitstraumata verursachten PTSD kann es durchaus vorkommen, dass die falsch positive Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt wird.

Für die Variablen „sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend“ bzw. „Familiäre Gewalt in Kindheit und Jugend“ sind die Prozentangaben relativ niedrig. Beispielsweise berichten Paris und Zweig-Frank von einer Rate von 70.5% Borderline-Patientinnen mit sexuellem Missbrauch und 73.1% mit körperlichem Missbrauch (Paris & Zweig-Frank, 1997). Es zeigte sich im Lauf der Behandlung, dass einige Patientinnen zu Beginn aus Scham oder Misstrauen falsche Angaben gemacht hatten. Die demografischen Daten wurden zum Zeitpunkt „Matching“ untersucht, also noch vor Beginn der Behandlung. In einer Untersuchung zum Körperkonzept von Borderline-Patientinnen, die im Rahmen des Forschungsprojektes durchgeführt wurde (Haaf et al, 2001) wurden Daten zum sexuellen Missbrauch erhoben bei Patientinnen, die sich seit mindestens zwei bis drei Monaten in Therapie befanden. Dabei gaben 34 von 47 Patientinnen (72.3%) sexuelle Missbrauchserlebnisse in Kindheit oder Jugend an. Es kann also davon ausgegangen werden, dass den hier angegebenen Daten eine wesentlich höhere „Dunkelziffer“ zugrunde liegt.

Insgesamt zeigt sich nur in einer einzigen Variable ein Unterschied in der Häufigkeit zwischen beiden Untersuchungsgruppen. Dabei lässt sich das höhere Ausmaß an „psychischer Belastung in den letzten vier Wochen“ in der stationären Gruppe kaum in Zusammenhang bringen mit der Gruppenzuteilung, da die Randomisierung erst nach dem Matching-Termin erfolgte, bei dem diese Daten erhoben wurden. Aufgrund der hohen Anzahl an durchgeführten Signifikanztests für die Überprüfung der Unter-

chiedlichkeiten beider Gruppen ist dieses Ergebnis wahrscheinlich als Zufallsbefund zu werten.

Die Tatsache, dass sich die Patientinnen sonst in keiner der untersuchten Variablen unterscheiden, ist ein Anzeichen für ein erfolgreiches Matching-Prozedere, im Laufe dessen sich diese Kontrollvariablen gleichmäßig über die Stichprobe bzw. über die Gruppen verteilt haben.

TEIL III: ERGEBNISSE

KAPITEL 6

ERGEBNISSE DER HAUPTKOMPONENTENANALYSEN

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Variablenreduktion anhand der Hauptkomponentenanalyse beschrieben. Sie erfolgt getrennt für die Variablen des Symptombereiches und die interpersonellen Variablen.

6.1. Hauptkomponentenanalyse der Symptomatik

6.1.1. Verteilungseigenschaften der Variablen

Für die Hauptkomponentenanalyse der Symptomatik wurden wie in Kapitel 4 beschrieben, folgende Variablen der Prämessung herangezogen: BDI (Depression Selbstrating), HAMD (Depression Fremdrating), HAMA (Angst Fremdrating), STAI (Angst Selbstrating), DES (Dissoziation), Anzahl Selbstverletzungen in den letzten vier Wochen und die neun Subskalen des SCL-90-R. Es zeigte sich, dass die standardisierten Werte der Variablen, für die Normwerte vorliegen, nicht der Normalverteilung folgen. Relativ viele Patientinnen weisen sehr hohe Rohwerte auf, die bei der t-Standardisierung alle mit dem gleichen Wert, nämlich 80, standardisiert werden. Dadurch kommt es zu Deckeneffekten, was die Verteilungsform ungünstig beeinflusst.

Deshalb wurden für den STAI und für die SCL-Subskalen die Rohwerte verwendet, die wesentlich günstigere Verteilungen aufwiesen – Normalverteilung und keine Deckeneffekte – als die t-Werte. Diese Variablen werden mit einem zusätzlichen „R“ im Kürzel gekennzeichnet. Da es sich hier um Intra-Gruppen-Vergleiche bzw. –Verläufe handelt, ist die Vergleichbarkeit auch ohne Standardisierung gegeben.

Weiterhin wurden sowohl die Dissoziationswerte als auch die Häufigkeiten der Selbstverletzungen einer Wurzel- bzw. logarithmischen Transformation unterzogen, da die Werte beider Variablen einen Verteilungstypus aufwiesen mit eher dichter Verteilung im unteren Bereich und vereinzelt Werten im oberen Bereich.

6.1.2. Hauptkomponentenanalyse

Für die Variablen der Symptomebene wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit dem Eigenwertkriterium ($EW > 1.0$) durchgeführt. Der MSA-Wert (measure of sampling adequacy) beträgt 0.81, d.h. die Variablen eignen sich gut für die Faktorenanalyse. Nach dem Eigenwertkriterium ergaben sich vier Faktoren, die 68,6% gemeinsame Varianz aufweisen. Die unrotierte Analyse legt eine Einfaktorenlösung nahe (Eigenwert 6,0, entsprechend 40,6% Varianzaufklärung). Um der besseren Eindeutigkeit (Thurstone-Kriterium) willen und um die Varianz möglichst gleichmäßig aufzu-

teilen, wurde nach Varimax rotiert. Tabelle 6-1 zeigt die rotierten Faktorladungen (es werden nur Ladungen $>.300$ angegeben).

Tabelle 6-1 Faktorladungen der Symptomvariablen

Variablen	Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
SCL5/R, Ängstlichkeit	.777			
SCL2/R, Zwanghaftigkeit	.754	.352		
SCL6/R, Aggressivität	.737			
SCL1/R, Somatisierung	.693		.463	
SCL7/R, Phobische Angst	.691		.331	
SCL8/R, Paranoides Denken	.668	.340		
SCL3/R, Soz. Unsicherheit	.653	.503		
SCL9/R, Psychotizismus	.349			
SCL4/R, Depressivität	.631	.567		
STAI/R, Angst		.847		
BDI, Depressivität		.718	.372	
HAMA, Angst – Fremdrating			.891	
HAMD Depression –Fremdrating		.380	.790	
SEVE, Selbstverletzungen				.828
DES, Dissoziation				.698
Varianzaufklärung (%)	30.2	15.6	13.8	9.0

Faktor 1 umfasst die Symptomatik, wie sie der SCL-90 mit seinen Subskalen erfasst⁹. Sie stehen für das Ausmaß an Belastung durch psychopathologische Symptome. Obwohl er alle Subskalen erfasst, wird Faktor 1 im folgenden als „SCL-90-Pathologie“ bezeichnet, um deutlich zu machen, dass es sich hier nicht um die drei globalen Belastungswerte des SCL-90-R handelt, wie sie normalerweise anhand der Subskalen berechnet werden.

Auf dem zweiten Faktor - vom Ladungsmuster her am schlechtesten getrennt von den anderen Faktoren - laden als Hauptvariablen STAI und BDI (Selbstratings für Angst und Depression). Die Depressions-Subskala des SCL-90-R lädt ebenfalls substantiell, daneben mit kleinerer Ladung der HAMD als Fremdrating für Depression. Soziale Unsicherheit (SCL-90-R) lässt sich als mit Depressivität zusammenhängendes Konstrukt interpretieren, ebenso lassen sich paranoides Denken (SCL-90-R) und Zwanghaftigkeit (SCL-90-R) als schwere Symptome mit Depression assoziieren. Faktor 2 wird daher im folgenden mit „Depressivität“ bezeichnet.

Der dritte Faktor ist in seinen Hauptladungen bestimmt durch die zwei Fremdratinginstrumente für Depression und Angst und trägt zwei Nebenladungen für Selbstbeschreibung von Angst, Depression und Somatisierung. Obwohl auf Faktor 2 und 3

¹ Da die drei Gesamtskalen des SCL-90-R an sich schon akkumulierte Werte darstellen, zeigten sie für die Faktorenanalyse ungünstige Eigenschaften (MSA-Werte <0.4).

inhaltlich ähnliche Variablen laden – Depression, Angst – weisen doch der HAMD und der HAMA offensichtlich noch so viel unabhängige Varianz auf, dass sie einen eigenen Faktor bilden. Der Hauptunterschied scheint hier der Erfassungsmodus zu sein. Faktor 3 wird daher im folgenden kurz als „Fremdrating“ bezeichnet.

Faktor 4 stellt einen unabhängigen und eigenständigen Faktor im Symptommuster dar und enthält dissoziative Symptome in der Selbstbeschreibung und die Anzahl von selbstverletzenden Handlungen in den vergangenen vier Wochen. Klinisch passen beide Variablen gut zusammen, da Patientinnen, die häufig und ausgeprägt dissoziieren, Selbstverletzungen oft als Mittel nutzen, um sich aus solchen Zuständen wieder zu befreien. Dieser Faktor wird daher als „Selbstverletzung/Dissoziation“ bezeichnet.

Für alle Faktoren gilt, dass hohe Ladungen mit einem hohen Ausmaß an Variablenausprägung einhergeht, das heißt mit hoher Symptombelastung.

6.2. Hauptkomponentenanalyse der interpersonellen Variablen

6.2.1. Verteilungseigenschaften der Variablen

Zu den interpersonellen Variablen wurden, wie in Kapitel 4 beschrieben, folgende Variablen gerechnet: STAXI (Ärger), GAF (soz. Funktionsniveau), ZUF (Zufriedenheit mit sozialen Bereichen des eigenen Lebens) und alle Subskalen des IIP (Inventar für interpersonelle Probleme, acht Subskalen: PA, BC, DE, FG, HI, JK, LM, NO). Die Rohwerte des STAXI wiesen in Bezug auf die Normalverteilung günstigere Eigenschaften auf als die Stanine-Werte, daher fanden für die Auswertung die Rohwerte Verwendung.

Beim IIP ist zu bedenken, dass bei der Normierung des IIP die Rohwerte ipsatiert werden, das heißt, der IIP-Gesamtwert (Summe aller Skalenrohwerte, dividiert durch die Anzahl der Skalen=8) einer Person wird vom Skalenrohwert abgezogen und dann erst normiert. Damit addiert sich die Summe der ipsatierten Einzelskalen einer Person immer auf 0 und der Skalenwert ist ein Ausdruck der individuellen Abweichung einer Person von 0. Ein relativ hoher Skalenrohwert kann so im Normbereich (Stanine 4 bis 6) liegen, wenn der Gesamtwert auch hoch ist. Die Ipsatierung zeigt letztendlich nur die Abweichung eines Individuums von seinem eigenen – möglicherweise pathologischen – Gesamtwert an, genauso wie die Stanine-Normierung nur anzeigt, ob eine Person mehr oder weniger als andere Personen von ihrem eigenen Gesamtwert abweicht. Das macht sowohl die Stanine-Werte als auch die ipsativen Werte für eine Auftrennung der beschriebenen Art ungeeignet.

Daher werden für die Analyse der Subskalen des IIP die Rohwerte verwendet, was gleichzeitig eine Aussage über die „absolute“ Höhe der Werte in Relation zu einer Normalpopulation ermöglicht. Daneben weisen auch hier die Rohwerte die günstig-

sten Verteilungseigenschaften auf. Für die Kennzeichnung als Rohwertskalen des IIP wurde ebenfalls ein „R“ an den Namen der Skala angehängt.

Die GAF und die Zufriedenheit wurden umgepolt, damit bei allen Variablen hohe Ausprägungen ungünstigen Werten entsprechen. Die umgepoltten Variablen werden mit einem „U“ gekennzeichnet.

6.2.2. Hauptkomponentenanalyse

Für die Variablen des interpersonellen Bereiches wurde ebenfalls eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die Subskala NO (expressiv/aufdringlich) so ungünstige Eigenschaften aufwies (MSA < .4, gleich hohe Ladung auf allen Faktoren), dass sie nicht in die Auswertung mit einbezogen wurde. Danach betrug der Gesamt-MSA-Wert .71, also zufriedenstellende Eigenschaften der Variablen kennzeichnend.

Nach dem Eigenwertkriterium wurden drei Faktoren extrahiert, die insgesamt 69.3% Varianz aufklären. Die Ladungsmatrix nach Varimax-Rotation wird in Tabelle 6-2 dargestellt (gezeigt werden nur Ladungen > .300).

Tabelle 6-2 Faktorladungen der Variablen des interpersonellen Bereiches

Variablen	Faktor1	Faktor2	Faktor3
BC/R, Streitsüchtig	.871		
PA/R, Dominant	.832		
STAXI/R, Ärger	.776		
DE/R, Kalt, abweisend	.687		.460
HI/R, Unterwürfig		.874	
LM/R, Freundlich		.821	
JK/R, Nachgiebig, ausnutzbar	-.401	.764	
FG/R, Sozial vermeidend		.670	.411
GAF/U, Soziales Funktionieren			.797
ZUF/U, Zufriedenheit			.715
Varianzaufklärung	27.7%	25.6%	16.0%

Faktor 1 enthält die drei Subskalen des IIP, die im „nordwestlichen“ Quadranten des interpersonellen Zirkels liegen (s. Abschnitt 4.1.2.3.4) und die für eine abweisend/kalte, misstrauische und kontrollierende Art des erlebten interpersonellen Verhaltens stehen. Zu diesen Subskalen gehört noch der Trait-Ärger, wie er durch den STAXI ausgedrückt wird.

Personen, die sich im interpersonellen Kontakt häufig so verhalten, wie es diese Skalen beschreiben, lassen nicht leicht Nähe entstehen und werden eher als aggressiv wahrgenommen. Deswegen wird der Faktor im folgenden „Distanz“ genannt.

Personen mit hohen Werten in diesem Faktor beschreiben sich also als kontaktabweisend, distanziert, abgrenzend, Personen mit niedrigen Werten als wenig distanziert, als wenig in der Lage, sich anderen gegenüber abzugrenzen.

Faktor 2 wird durch den interpersonellen Gegenpol bestimmt, durch die Subskalen des IIP, die im interpersonellen Zirkel gegenüber liegen und die einen freundlich-unterwürfigen und ausnutzbaren zwischenmenschlichen Stil kennzeichnen. Dazu gehört noch die Subskala soziale Vermeidung, die zwischen „kalt“ und „unterwürfig“ liegt. Diese Charakteristika beschreiben Personen, die eine eher abhängige Persönlichkeitsstruktur aufweisen, dieser Faktor soll daher „Abhängigkeit“¹⁰ genannt werden.

Faktor 3 wird bestimmt durch die Hauptvariablen GAF und die Zufriedenheit mit sozialen Bereichen des Lebens. Daneben laden auch die IIP-Subskalen „sozial vermeidend“ und „kalt/abweisend“ relativ hoch auf ihm. Durch die Umpolung der GAF und der Zufriedenheit kommen hier inhaltlich eine geringe/hohe soziale Funktionsfähigkeit, eine geringe/hohe soziale Zufriedenheit mit hoher/niedriger sozialer Vermeidung und hoher/niedriger interpersoneller Kälte zusammen. Das Zusammenspiel aus gutem sozialem Funktionieren und der Zufriedenheit darüber wird im folgenden „soziale Einbindung“ genannt.

¹⁰ An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich hier nicht um manifestes Verhalten handelt, sondern um Erlebens- und Verhaltensweisen, die von den Patientinnen subjektiv so eingeschätzt werden. Beispielsweise kann eine Borderline-Patientin eine Verhaltensweise von sich selbst als zu kalt und streitsüchtig einschätzen, die von Menschen ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als sozial kompetentes Verhalten angesehen wird.

KAPITEL 7

DROP-OUT-ANALYSE

In diesem Kapitel wird die Drop-out-Analyse der Stichprobe beschrieben. Sie soll feststellen, ob zwischen den Patientinnen mit Therapieabbruch und ohne Therapieabbruch schon zu Beginn der Therapie ein Unterschied in den erhobenen Variablen bestand. Die Drop-out-Analyse erfolgt für das erste Jahr, da die Untersuchung der Verläufe der Patientinnen nur das erste Behandlungsjahr umfasst.

Als Drop-out wurden alle Patientinnen mit frühzeitiger Beendigung bezeichnet, unabhängig von den Gründen; frühzeitig bedeutet, dass das Therapieende gegen den Rat von TherapeutInnen und Supervisionsgruppe erfolgte. Zwei Patientinnen mussten berufsbedingt wegziehen, bei allen anderen lagen keine klar therapieunabhängigen Gründe vor. Die Gefahr des Therapieabbruches wurde bei praktisch allen Patientinnen vorher bemerkt und in Supervisionssitzungen behandelt. In vielen Fällen waren die Patientinnen nach dem Abbruch auch nicht mehr bereit, an den diagnostischen Sitzungen teilzunehmen, zumindest für eine gewisse Zeit. Dennoch liegen von neun dieser Patientinnen die Messungen aller Messzeitpunkte vor.

Insgesamt beträgt die Drop-out-Rate im ersten Behandlungsjahr 33,3%, das entspricht 22 Patientinnen, die vorzeitig die Therapie abgebrochen haben. Sie verteilen sich gleich auf die beiden Behandlungsgruppen (stationär 11 (47,7%) und ambulant 11 (52,3%)).

Die Drop-out-Patientinnen und die, die die Therapie fortgesetzt hatten, wurden in allen relevanten, stichprobenbeschreibenden Variablen miteinander verglichen (siehe Kapitel 5). In keiner dieser Variablen zeigte sich ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Das bedeutet, es liegen keine Hinweise vor, dass die Patientinnen, die abgebrochen haben, z.B. schwerer krank im Sinn von Komorbidität oder Schweregrad der Störung waren, oder dass sie in Bezug auf soziale Variablen andere Ausgangspositionen hatten als die Patientinnen, die die Therapie fortgeführt hatten. Es ließ sich auch kein chronologischer Einfluss feststellen, dass etwa zu Beginn des Forschungsprojektes oder drei Monate nach Beginn der Therapie, also zur Zeit des TherapeutInnenwechsels der stationären Patientinnen, mehr (oder weniger) Patientinnen abbrachen.

Wichtig ist die Drop-out-Analyse für die Faktorwerte zu Beginn der Behandlung. Diese stellen die Ausgangsbasis dar für die Untersuchung der Veränderungen von Symptomatik und interpersonellem Bereich. Die Hauptkomponentenanalyse erstellt Scores, die für jede Patientin für jeden Zeitpunkt die Faktorwerte berechnen lässt. Die Scores selbst werden anhand der Gesamtstichprobe von 66 Patientinnen ermittelt. Wenn sich die Drop-out-Patientinnen von den anderen zu Beginn substantiell unterscheiden, dann ist es nicht gerechtfertigt, die Scores der Gesamtgruppe zu verwenden und es müssten im Prinzip für die Gruppen eigene Hauptkomponentenanalysen durchgeführt werden. Ge-

nau so wenig könnten dann die Verläufe der Faktorenwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten von Drop-out-Gruppe und non-Drop-out-Gruppe miteinander verglichen werden. Daher wird zunächst in Tabelle 7-1 die Eingangsbelastung in den Faktoren der psychopathologischen Symptomatik und dem interpersonellen Bereich deskriptiv zusammengestellt.

Tabelle 7-1 Deskriptive Daten aller Faktoren zu Beginn der Therapie für die non-Drop-out-Gruppe (n=44) und die Drop-out-Gruppe (n=22)

Faktor	Gruppe	MW	SD
„SCL-90-Pathologie“	non-Drop-out	-0.062	0.98
	Drop-out	0.124	1.04
„Depressivität“	non-Drop-out	0.064	0.91
	Drop-out	-0.004	1.03
„Fremdrating“	non-Drop-out	0.008	1.0
	Drop-out	-0.113	0.90
„Selbstverletzung/Dissoziation“	non-Drop-out	0.225	1.17
	Drop-out	-0.067	0.97
„Distanz“	non-Drop-out	0.133	0.97
	Drop-out	0.133	1.06
„Abhängigkeit“	non-Drop-out	0.152	0.96
	Drop-out	-0.305	1.03
„Soziale Einbindung“	non-Drop-out	-0.062	1.01
	Drop-out	-0.123	0.99

Anhand der Tabelle lassen sich keine einheitlichen Tendenzen für eine Mehr- oder Minderbelastung einer Gruppe feststellen. Obwohl im Faktor „Abhängigkeit“ die Drop-out-Patientinnen zu Beginn der Therapie tendenziell niedrigere Werte aufweisen, ist der Unterschied nicht signifikant ($t=1.78$, $p=.080$).

Im Folgenden wird demnach davon ausgegangen, dass die Patientinnen, die das erste Behandlungsjahr regulär beendet haben, eine repräsentative Stichprobe der Gesamtstichprobe darstellen, deren Werte separat analysiert und miteinander verglichen werden können.

KAPITEL 8

ERGEBNISSE DER VERLAUFSMESSUNG

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Prä-Post-Verläufe von einem Jahr für die Patientinnen ohne Therapieabbruch vorgestellt. Von zwei von diesen 44 Patientinnen liegen keine Messungen nach einem Jahr Therapie vor, so dass die Stichprobengröße $n=42$ beträgt. Die Ergebnisse beziehen sich auf den Zeitraum der ersten vier Monate Therapie und der darauffolgenden acht Monate und werden zunächst für den Symptombereich dargestellt, anschließend für den zwischenmenschlichen Bereich. Am Ende des Kapitels folgen die Ergebnisse für explorative Fragestellungen, die untersuchen, ob bestimmte interpersonelle Stile zusammenhängen mit unterschiedlichen Veränderungen im Symptom- bzw. im interpersonellen Bereich.

8.1. Vorgehen

Für die Fragestellung der Veränderung von Symptomatik und interpersonellem Bereich wurden alle Faktoren der beiden Hauptkomponentenanalysen in die Berechnungen mit einbezogen. Aus diesen beiden Analysen stammen auch die Koeffizienten, die für jede Patientin und jeden Zeitpunkt die Faktorwerte aus den zugrundeliegenden Variablen berechnen.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Interpretierbarkeit werden alle in die Analyse mit eingehenden Variablen deskriptiv dargestellt.

Für die Interpretierbarkeit der Faktorwerte sei darauf hingewiesen, dass durch den Prozess des Scorens anhand von Faktorscores eine eigene Skala mit Mittelwert 0 und Standardabweichung 1.0 hergestellt wird. Das bedeutet, dass hohe Werte der Originalvariablen auch hohen (positiven) Werten in den Faktorscores entsprechen, so wie niedrige Werte in den Originalvariablen niedrigen (negativen) Werten in den Faktorscores. Dass die Mittelwerte der Prä-Werte der einzelnen Faktoren nicht genau 0.0 sind, kommt daher, dass die Scores aus der Gesamtstichprobe von $n=66$ berechnet wurden, während in die Überprüfung des Verlaufs an dieser Stelle nur die Patientinnen, die ohne Abbruch das erste Behandlungsjahr hinter sich gebracht hatten, eingesetzt wurden.

Bei der Einschätzung von (nicht) signifikanten Ergebnissen muss berücksichtigt werden, dass die Darstellung von Veränderung anhand von aus mehreren Variablen entstandenen Faktoren konservativ ist, weil Faktoren nur das den Variablen Gemeinsame abbilden und einzelne herausragende Ergebnisse ignorieren. Aus diesem Grund sind auch die Bonferroni-Korrekturen mit Vorsicht zu betrachten, weil sie zwar eine notwendige statistische Korrektur darstellen, um die Häufung von Signifikanz-Tests auszugleichen, aber andererseits die Power der Tests noch weiter reduzieren, vorhandene Effekte auch zu finden.

Was die vorliegenden Auswertungen also nicht darstellen können, ist die Veränderung in ganz spezifischen Symptomen oder einzelnen Fragebögen. Was sie dagegen leisten ist eine Einschätzung der Veränderung auf einer breiten Symptombasis.

8.2. Veränderung der psychopathologischen Symptomatik

Die Verläufe werden im Folgenden für jeden der vier Symptomfaktoren einzeln aufgeführt.

8.2.1. „SCL-90-Pathologie“

Tabelle 8-1 zeigt die deskriptiven Daten der Variablen, deren Hauptladungen den ersten Faktor ausmachen. Aufgeführt werden jeweils der Mittelwert, die Standardabweichung und Minimum und Maximum der Werte.

Tabelle 8-1 Deskriptive Daten der „SCL-90-Pathologie“-Variablen zu drei Messzeitpunkten, n=42

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
SCL5/R, Ängstlichkeit					
	Prä	1.78	0.74	0.20	3.50
	Post1	1.54	0.83	0.30	3.70
	Post2	1.59	0.93	0.00	3.30
SCL2/R, Zwanghaftigkeit					
	Prä	2.02	0.74	0.70	3.90
	Post1	1.73	0.83	0.30	3.40
	Post2	1.62	0.87	0.00	3.56
SCL6/R, Aggressivität					
	Prä	1.70	0.92	0.17	4.00
	Post1	1.28	0.86	0.00	3.83
	Post2	1.10	0.75	0.00	3.00
SCL1/R, Somatisierung					
	Prä	1.28	0.81	0.17	3.33
	Post1	1.25	0.83	0.17	3.58
	Post2	1.24	0.98	0.00	3.58
SCL7/R, Phobische Angst					
	Prä	1.32	0.95	0.00	3.71
	Post1	1.22	0.95	0.00	3.83
	Post2	1.31	1.03	0.00	3.71

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
SCL8/R, Paranoides Denken					
	Prä	1.47	0.69	0.33	2.83
	Post1	1.42	0.75	0.17	3.83
	Post2	1.42	0.76	0.00	3.17
SCL3/R, Soziale Unsicherheit					
	Prä	2.24	0.86	0.00	4.00
	Post1	1.89	0.79	0.33	3.56
	Post2	1.76	0.87	0.11	4.00
SCL9/R, Psychotizismus					
	Prä	1.15	0.57	0.00	2.80
	Post1	0.94	0.55	0.20	2.80
	Post2	1.02	0.75	0.00	2.40
SCL4/R, Depressivität					
	Prä	2.42	0.75	0.46	3.54
	Post1	2.13	0.71	0.62	3.85
	Post2	1.85	1.07	0.00	3.64

In allen Subskalen des SCL-90-R zeigen sich Reduktionen der Werte innerhalb der ersten vier Monate, im darauffolgenden Zeitraum schwanken die Werte in unterschiedliche Richtungen.

Für die Frage nach der Veränderung über die Zeit wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Gesamtgruppe über die drei Zeitpunkte hinweg durchgeführt. Als abhängige Variablen dienten die Scores des ersten Faktors zu den drei Messzeitpunkten. Tabelle 8-2 zeigt die Faktorscores.

Tabelle 8-2 Faktorscores der „SCL-90-Pathologie“ zu drei Messzeitpunkten, n=42

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„SCL-90-Pathologie“					
	Prä	-0.07	1.0	-2.59	3.01
	Post1	-0.37	0.90	-2.09	2.61
	Post2	-0.28	1.11	-1.94	2.47

Die Analyse zeigte für das Gesamtmodell keine Signifikanz ($F_{2,82}=2.31$, $p=.111$). Das heisst, die Nullhypothese, dass für die Gesamtgruppe keine Veränderung über das erste Behandlungsjahr stattgefunden hat, konnte nicht widerlegt werden. Der Faktorscore von Post1 zeigt zwar einen niedrigeren Mittelwert, aber zum Post2-Zeitpunkt wird dieser eher wieder höher. Die Originalmittelwerte der SCL-90-Subskalen bei der Post1-Messung weisen auch genau diese Richtung auf. Vier Monate nach Beginn ist die Symptombelastung geringer als zu Beginn. Dieser allgemeine Trend löst sich zum nächsten Messzeitpunkt wieder auf, da einige Variablen niedrigere, andere höhere Werte aufweisen als zum Post1-Zeitpunkt. Kontrastanalysen zeigen eine signifi-

kante Reduktion von Faktor 1 für den Prä-Post1-Verlauf ($F_{1,41}=4.58$, $p=.038$), von Post1 zu Post2 lässt sich keine signifikante Veränderung mehr nachweisen.

Die Standardabweichung wird zunächst kleiner und der Range wird enger, d.h. die Werte der Patientinnen werden homogener, die Werte-Verteilung schmaler und höher. Dies bedeutet, dass sich die Gesamtverteilung in eine verbesserte Richtung verschiebt, wobei einige Patientinnen, die zu Beginn niedrige Symptombelastung hatten, zu Post1 höhere, also ungünstigere, Werte aufweisen. Das lässt sich auch daran erkennen, dass das Minimum der Werte im Lauf der Zeit größer wird.

Im Post1-Post2-Abschnitt wird die Standardabweichung größer, wobei der Range eher noch enger wird. Die Kurtosis verändert sich von 1.74 bei Post1 zu -0.10 bei Post2, das heisst, ein größerer Anteil an Patientinnen als bei Post1 sammelt sich um den Mittelwert herum mit Ausreißern eher aus dem pathologischen Bereich (Schiefe= 0.65)¹¹. Inhaltlich bedeutet das, dass sich die meisten Patientinnen bei Post2 in den Werten der „SCL-90-Pathologie“ um einen Wert von -0.28 herum stabilisiert haben, tendenziell schlechter als zu Post1, aber besser als zu Beginn der Therapie und einige Ausreisser weisen schlechtere Werte zu Post2 auf.

Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich bei der allgemeinen Symptomatik, wie sie den neun Subskalen des SCL-90-R gemeinsam ist, dass Veränderungen – wie erwartet - im ersten Vier-Monatszeitraum der Therapie stattfinden, danach nimmt die Symptombelastung nicht weiter ab. Die meisten Werte sammeln sich nach einem Jahr um einen günstigeren Wert als zu Beginn der Therapie. Die dem SCL-90-R gemeinsame Symptomatik wird also von den Patientinnen zwar in den ersten vier Monaten, nicht aber am Ende des ersten Behandlungsjahres als substantiell verbessert beschrieben.

8.2.2. „Depressivität“

In Tabelle 8-3 werden die deskriptiven Daten der Variablen, die hoch auf Faktor 2 laden, dargestellt.

Tabelle 8-3 Deskriptive Daten der „Depressivitäts“-Variablen zu 3 Messzeitpunkten, n=42

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
STAI/R	Prä	63.5	7.2	47	77
	Post1	61.0	7.5	45	77
	Post2	59.0	9.3	37	78
BDI	Prä	29.5	8.9	11	47
	Post1	27.6	10.0	7	48
	Post2	24.7	14.2	2	50

¹¹ Kurtosis <0 bedeutet breitgipflige Verteilung, Schiefe>0 linkssteile Verteilung

Hier zeigen beide Hauptvariablen eine Reduktion der Werte über die drei Messzeitpunkte an.

Auch für diesen Faktor wurden die Faktorscores zu den drei Messzeitpunkten berechnet und varianzanalytisch untersucht. Tabelle 8-4 enthält die Factorscores.

Tabelle 8-4 Faktorscores des „Depressivitäts“-Faktors zu den drei Messzeitpunkten, n=42

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Depressivität“					
	Prä	0.04	0.95	-1.75	1.83
	Post1	-0.30	1.02	-2.24	2.33
	Post2	-0.64	1.25	-3.07	2.01

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab für diesen Faktor einen signifikanten F-Wert ($F_{2,82}=7.33$, $p=.001$) für die Messwiederholung. Die Inner-subjektkontraste ergaben für Prä-Post1 ($F_{1,41}=4.65$, $p=.037$) ebenfalls ein signifikantes Ergebnis, für Post1-Post2 ($F_{1,41}=3.19$, $p=.082$) keine signifikante Abweichung von der Nullhypothese. Dass es im zweiten Intervall zu keinem signifikanten Ergebnis kommt, liegt vor allem an der höheren Standardabweichung.

Faktor 2 stellt von seinen Ladungen die am wenigsten deutlich von den anderen getrennte Komponente aller vier Faktoren dar. Neben den Hauptvariablen laden auf ihm fünf Variablen, die Selbstbeschreibung von Angst und Depression darstellen, höher als 0.300. Das bedeutet, dass die signifikante Veränderung nicht alleine den zwei Hauptvariablen zugeschrieben werden kann. Nach der deskriptiven Darstellung tragen die Variablen soziale Unsicherheit, Zwanghaftigkeit und der HAMD zu diesem Ergebnis bei.

Die Ladungen des „Depressivitäts“-Faktors zeigen ein Auseinanderweichen der Minimal- und Maximalwerte sowie Vergrößerung der Standardabweichung zu den zwei Post-Messzeitpunkten. Die Verteilung zum Post2-Zeitpunkt ist leicht linkssteil (Schiefe=0.25), d.h. mehr als 50% der Patientinnen weisen zu diesem Zeitpunkt Werte besser als den Mittelwert von -0.64 auf.

Zusammenfassung

Insgesamt zeigt der Faktor „Depressivität“ eine signifikante Verbesserung für die Gesamtgruppe über den Behandlungszeitraum. Patientinnen beschreiben im ersten Vier-Monats-Intervall eine signifikante subjektive Besserung ihrer depressiven Symptomatik. Im zweiten Behandlungsabschnitt bis zum Ende des ersten Therapiejahres schwanken die individuellen Veränderungen der Patientinnen stärker als im ersten Abschnitt, so dass keine einheitliche Verbesserung mehr vorliegt und die – nach vier Monaten gleich hohe – Verbesserung des Mittelwertes von Post1 zu Post2 keine Signifikanz mehr aufweist.

8.2.3. „Fremdrating“

In Tabelle 8-5 werden die Prä- und Postwerte der zwei Fremdratinginstrumente vorgestellt, die am höchsten auf Faktor 3 laden.

Tabelle 8-5 Deskriptive Daten der „Fremdrating“-Variablen zu 3 Messzeitpunkten, n=42

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
HAMA					
	Prä	25.5	11.5	5	53
	Post1	24.7	11.5	7	53
	Post2	20.2	11.2	0	45
HAMD					
	Prä	17.2	6.3	4	29
	Post1	16.3	7.1	5	32
	Post2	13.4	7.2	0	28

Die beiden Variablen weisen gleichsinnige Veränderungen im zweiten Behandlungsabschnitt auf und kaum Veränderung im ersten. In Tabelle 8-6 werden die Faktorscores der drei Messzeitpunkte dargestellt.

Tabelle 8-6 Faktorscores des Faktors „Fremdrating“ zu drei Messzeitpunkten, n=42

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Fremdrating“					
	Prä	0.01	1.03	-2.15	1.97
	Post1	0.19	1.04	-1.56	2.21
	Post2	-0.08	0.96	-2.14	2.18

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab keinen signifikanten Gesamteffekt für diesen Faktor ($F_{2,82}=2.57$ $p=.082$). Die Werte werden im ersten Behandlungsintervall dem Augenschein nach eher schlechter, der Mittelwert und der Range rücken nach „oben“ in die schlechteren Wertebereiche. Dies ist, wie die deskriptiven Daten zeigen, eher auf die zusätzlich zu HAMA und HAMD ladenden Variablen zurückzuführen. Im Innersubjektkontrast lässt sich demzufolge die Nullhypothese für Prä-Post1 nicht zurückweisen, allerdings für das zweite Behandlungsintervall. Hier zeigt sich signifikante Veränderung (Post1-Post2: $F_{1,41}=4.57$, $p=.039$). Da das Minimum weit nach links in den günstigen Bereich gerutscht ist mit einer wieder niedrigeren Standardabweichung und die Verteilung eine leichte Linkssteilheit aufweist (0.18), heisst das, dass es tatsächlich zu einer Verbesserung der Mehrheit der Patientinnen gekommen ist, allerdings unterscheidet sich der Mittelwert kaum vom Wert zu Beginn der Therapie, so dass eher ein Ausgleich stattgefunden hat für das Ausschwenken bei Post1.

Zusammenfassung

Für den Faktor „Fremdrating“ zeigt sich in den ersten vier Monaten keine signifikante Verbesserung, allerdings im zweiten Behandlungszeitraum, wobei die erzielten Veränderungen eher von geringem Ausmaß für die Gesamtgruppe sind. Die Einschätzungen in Bezug auf depressive und Angstsymptomatik, die von den DiagnostikerInnen zu Beginn der Therapie vorgenommen wurden, zeigen also nach einem Jahr insgesamt nur geringe Veränderungen.

8.2.4. „Selbstverletzung/Dissoziation“

Der letzte Faktor enthält die Variablen Dissoziation und Selbstverletzung und ist deutlich getrennt von den anderen Faktoren, da keine andere Variable substantiell ($>.300$) auf ihm lädt. Tabelle 8-7 stellt die Daten beider Variablen zu den drei Messzeitpunkten dar.

Tabelle 8-7 Deskriptive Daten der „Selbstverletzung/Dissoziations“-Variablen zu 3 Messzeitpunkten, n=42

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Md	Min	Max
SEVE						
	Prä	15.0	20.6	7.5	0	94
	Post1	5.1	15.8	1.0	0	10
	Post2	1.8	3.1	0.0	0	13
DES						
	Prä	22.8	12.5		2.9	55
	Post1	21.6	15.6		2.5	60
	Post2	22.2	17.2		1.8	73

Die deskriptiven Daten für die Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten in den letzten vier Wochen müssen mit Zurückhaltung betrachtet werden, da die Werte dieser Variablen keiner Normalverteilung folgen. Erst durch Logarithmus-Transformation erfüllte sie die Voraussetzungen soweit, dass sie in das faktorenanalytische Modell eingehen konnte. Die Mittelwertsangaben von Tabelle 8-7 haben so relativ wenig Aussagekraft und sollten immer in Relation zum Median gesehen werden. In Kapitel 11 wird die Veränderung der Häufigkeit der Selbstverletzungen noch ausführlicher dargestellt. Im Rahmen dieser faktoren- und varianzanalytischen Bearbeitung soll sie als Teil der Gesamtsymptomatik von Borderline-Patientinnen eingehen.

Tabelle 8-8 zeigt die Faktorscores des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu den drei Messzeitpunkten.

Tabelle 8-8 Faktorscores des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu drei Messzeitpunkten, n=42

Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Selbstverletzung/Dissoziation“				
Prä	-0.15	0.89	-1.97	1.72
Post1	-0.67	0.82	-1.93	1.37
Post2	-0.75	0.75	-2.16	0.72

Der Mauchly-Test auf Sphärizität zeigte bei diese Varianzanalyse ein hochsignifikantes Ergebnis ($\chi^2=10.22$, $p=.006$). Nach der Epsilon-Korrektur nach Huynh-Feldt ergab sich für die Veränderung der Scores auf Faktor 4 ein hochsignifikanter Wert ($F_{2,82}=16.1$ $p<.0001$). Bei den Innersubjektkontrasten zeigte sich eine hochsignifikante Veränderung im ersten Behandlungsabschnitt (Prä-Post1: $F_{1,41}=17.1$, $p=.0002$) und keine Signifikanz im zweiten Abschnitt (Post1-Post2: $F_{1,41}=0.8$, $p=.374$).

Das hochsignifikante Ergebnis ist nach der deskriptiven Beschreibung der Variablen im wesentlichen auf die Veränderung der Selbstverletzungsraten zurückzuführen. Diese ist in den ersten vier Behandlungsmonaten so groß und reicht schon so weit an Null heran, dass eine weitere Reduktion, die Signifikanz erreichen würde, allein aufgrund der Selbstverletzungswerte praktisch nicht mehr möglich ist. Die Dissoziationswerte im Mittel zeigen deskriptiv keine deutliche Veränderung an, allerdings weisen sie zu allen drei Messzeitpunkten eine enorm hohe Spannbreite mit entsprechend großen Standardabweichungen auf.

Die Standardabweichung des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ wird deutlich geringer im Lauf der Zeit, das Minimum bleibt gleich, während der Maximalwert deutlich sinkt und der Mittelwert wandert ebenfalls nach links in die kleineren – und damit inhaltlich besseren – Wertebereiche.

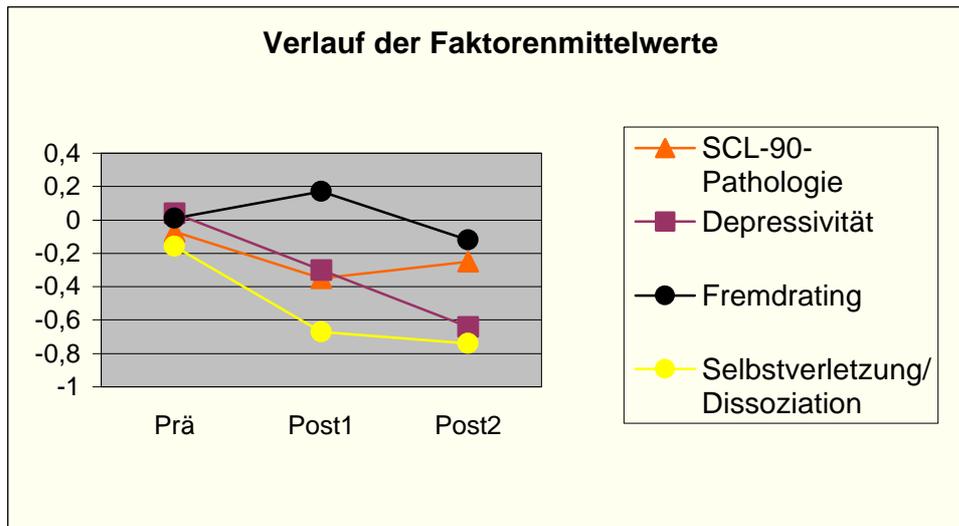
Zusammenfassung

Insgesamt ist im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ zwischen Beginn der Therapie und Post1 eine deutliche Verbesserung festzustellen, die vorwiegend auf die Verbesserung in den Selbstverletzungshäufigkeiten zurückzuführen ist. Patientinnen verletzen sich nach vier Monaten Therapie deutlich weniger als zu Beginn. Nach einem Jahr ist keine signifikante Veränderung mehr nachzuweisen, aber die meisten Patientinnen weisen sehr ähnlich niedrige Selbstverletzungshäufigkeiten auf.

8.2.5. Zusammenfassende Darstellung der varianzanalytischen Untersuchungen

Abbildung 8-1 zeigt die zusammenfassende grafische Darstellung der Verläufe aller vier Faktoren über drei Messzeitpunkte hinweg.

Abbildung 8-1 Verlauf der vier Faktoren der psychopathologischen Symptomatik über drei Messzeitpunkte, n=42



Hier zeigt sich noch einmal, dass, ausgehend von ähnlichen Ausgangswerten, der Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ zusammen mit „Depressivität“ die deutlichsten Veränderungen aufweist, ersterer mit Hauptveränderung im ersten Zeitintervall, zweiterer über das gesamte Behandlungsjahr hinweg. Die „SCL-90-Pathologie“ verbessert sich in den ersten vier Monaten, ist aber nach einem Jahr in ihren Werten schlechter als die beiden erstgenannten Faktoren, während der Faktor „Fremdrating“ über das Jahr hinweg praktisch keine Veränderung aufweist.

In Tabelle 8-9 sind noch einmal die Ergebnisse der vier Varianzanalysen mit Messwiederholung zusammengefasst.

Tabelle 8-9 Varianzanalytische Ergebnisse der vier Faktoren der psychopathologischen Symptomatik, n=42

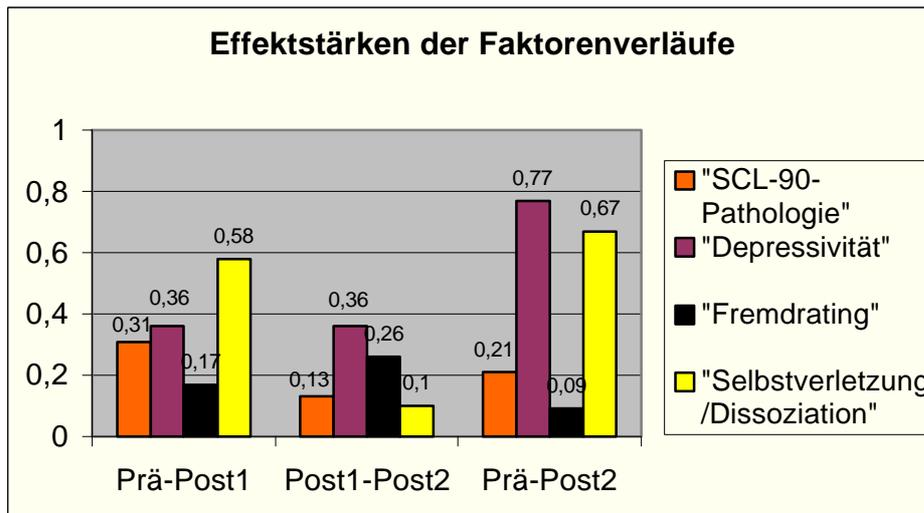
Faktor	Gesamtmodell	Prä-Post1	Post1-Post2
„SCL-90-Pathologie“	n.s.	$F_{1,41}=4.58, p=.038$	n.s.
„Depressivität“	$F_{2,82}=7.33, p=.001$	$F_{1,41}=4.65, p=.037$	n.s.
„Fremdrating“	n.s.	n.s.	$F_{1,41}=4.57, p=.039$
„Selbstverletzung/Dissoziation“	$F_{2,82}=16.1, p<.0001$	$F_{1,41}=17.1, p=.0002$	n.s.

Die Ergebnisse spiegeln die in Abbildung 5-1 gezeigten Verläufe wieder und zeigen, dass die Hauptveränderung der psychopathologischen Symptomatik tatsächlich hypothesenkonform im ersten Behandlungsabschnitt stattfand. Bei Durchführung der Bonferroni-Korrektur für die vier Varianzanalysen würde die Grenze für Signifikanz bei $p=.0125$ liegen. Das heisst, dass die Veränderungen der Gesamtmodelle für „Depressivität“ und „Selbstverletzung/Dissoziation“ signifikant bleiben, ebenso die Prä-Post-Veränderung in letzterem Faktor. Alle anderen fallen dann in den Bereich der Tendenzen für ein substantielles Ergebnis. Allerdings muss an dieser Stelle noch

einmal darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der Rechnung mit Faktoren nur Verbesserungen gewertet werden, die alle beteiligten Variablen gemeinsam haben. Dies stellt an sich schon ein konservatives Vorgehen dar.

Für die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche wurden Effektstärken berechnet. Abbildung 8-2 stellt die Effektstärken d grafisch dar.

Abbildung 8-2 Effektstärken d der vier Faktoren der psychopathologischen Symptomatik über drei Messzeitpunkte, $n=42$



Äquivalent zu obigen Ergebnissen werden die höchsten Effektstärken in den Faktoren „Selbstverletzung/Dissoziation“ und „Depressivität“ gefunden. Der Effekt der Verbesserung vom Beginn der Therapie bis zum Ende des ersten Behandlungsjahres grenzt für die „Depressivität“ an einen hohen Effekt mit $d=.77$, verteilt auf beide Behandlungsabschnitte. Für die „Selbstverletzung/Dissoziation“ ist der Effekt für die ersten vier Monate mit $d=.58$ mittelgroß, für ein Jahr mit $d=.67$ mittel bis hoch. Für die beiden anderen Faktoren bleibt aufgrund der Schwankung über die drei Messzeitpunkte ein Gesamteffekt von $d=.21$ für die „SCL-90-Pathologie“ und von $d=.09$ für das „Fremdrating“.

8.3. Veränderung des interpersonellen Bereichs

8.3.1. Exkurs bipolare Skalen

In die Faktorenanalyse gehen acht bipolare Skalen ein (sieben Subskalen des IIP und der STAXI-Wert). Die Normierungen dieser Skalen erfolgen nach Stanine-Aufteilung, wo sich – anders als bei unipolaren Skalen – auch Werte im zu niedrigen Bereich befinden. Eine Patientin kann beispielsweise in der Trait-Variable Ärger ein zu geringes Ausmaß an Ärger einschätzen, was im Sinne von unterdrücktem Ärger interpretiert werden kann. Wenn sich in der Stichprobe die Werte der Patientinnen auf den gesamten Stanine-Bereich verteilen, dann ist es problematisch, eventuelle Veränderungen durch Mittelwertsdifferenzen zu ermitteln, da sich Veränderungen

„von unten nach oben“ mit denen „von oben nach unten“ ausmitteln. Diese Bipolarität spiegelt sich natürlich in den Faktorscores der Patientinnen wieder, da diese ja letztendlich den gemeinsamen Ausprägungsgrad der jeweiligen Variablen repräsentieren. Das heisst, hier gilt nicht, wie bei den Faktoren aus den unipolaren Skalen, dass hohe Faktorwerte hohe Symptombelastung darstellen und niedrige Faktorwerte niedrige Symptombelastung, und somit durch einfache Differenzbildung Veränderungen identifiziert werden können.

Um dem Mittelungseffekt zu entgehen, wurde eine Aufteilung der Stichprobe vorgenommen. Diese Aufteilung sollte so vorgenommen werden, dass eine Gruppe entsteht, deren Werte im oberen Normbereich und oberhalb liegen und eine mit Werten im unteren Normbereich und unterhalb. Da für die drei Faktorwerte natürlich keine Normalwerte existieren, muss auf die den Faktoren zugrundeliegenden Variablen zurückgegriffen werden. Der Cut-off-Wert sollte ein „typischer“ Normalwert sein. Dieser Wert entspricht bei bipolaren Skalen dem Mittelwert der gesunden Normalpopulation und liegt genau im Zentrum des Stanine-Wertes 5. Für die Variablen der ersten beiden Faktoren, auf denen die acht bipolaren Skalen ihre Hauptladungen haben, lässt sich also relativ leicht ein Trennwert festlegen.

In der Praxis sind Faktoren nie ideal getrennt, eine Struktur, bei der die Variablen hoch auf einem Faktor laden und auf sonst keinem anderen Faktor lässt sich nicht erwarten. In die Berechnung von Faktorwerten gehen immer, wenn auch im zumindest geringem Maße, die dem Faktor nicht zugehörigen Variablen ein. Das heisst, dass auch bei der Berechnung des dritten zwischenmenschlichen Faktors, der im wesentlichen durch zwei unipolare Skalen bestimmt wird, bipolare Skalen mit einfließen. Es ist zwar nicht zu erwarten, dass der Einfluss dieser Skalen stark genug ist, dass ein bipolarer Faktor entsteht, es sollte aber sicherheitshalber auch für den dritten Faktor eine quasi-Auftrennung vorgenommen werden. Für unipolare Skalen wie die GAF und die ZUF gibt es keinen „typischen“ Normwert im Sinne einer Aufteilung in zu hohe und zu niedrige Werte am Ende des Wertebereiches. Für die GAF wird daher der (höchstmögliche) Wert von 100 angenommen und für die Zufriedenheit in sozialen Bereichen der (höchstmögliche) Wert 5.

Mit diesen „typischen“ Normwerten für alle Variablen, die in die Hauptkomponentenanalyse eingehen, wurde eine fiktive Person in einem Datensatz erzeugt und der gleichen Skalierungsprozedur unterzogen wie die untersuchten Stichproben. Auf diese Weise wurde ein „typischer“ Faktorwert für alle drei Faktoren berechnet, anhand dessen die Stichprobe aufgeteilt werden konnte. Diese Grenzwerte betragen für den Faktor „Distanz“ -0.218 und für den Faktor „Abhängigkeit“ -0.953 .

Die Trennung verläuft also innerhalb der Stichprobe relativ zur Mitte einer gesunden Population. Damit wird erreicht, dass mit „hohen“ und „niedrigen“ Werten tatsächlich so weit wie möglich ein „oberhalb“ bzw. „unterhalb“ der Norm widergespiegelt wird.

8.3.2. Ergebnisse der Aufteilung der Faktoren des interpersonellen Bereiches

Tabelle 8-10 zeigt die Häufigkeiten, wie sie sich nach der Stichprobenaufteilung für die Faktoren der interpersonellen Variablen ergaben.

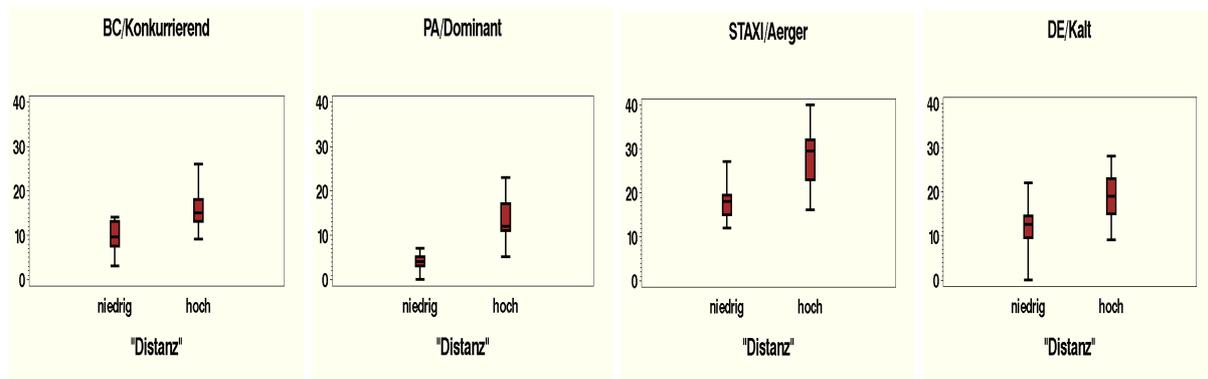
Tabelle 8-10 Aufteilung der Stichprobe in interpersonelle Faktoren, n=42

Faktor	Einteilung	n (%)
„Distanz“	Niedrig	20 (47.6)
	Hoch	22 (52.4)
„Abhängigkeit“	Niedrig	5 (11.9)
	Hoch	37 (88.1)
„Soziale Einbindung“		42 (100)

Die Aufteilung ist unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit zum ambulanten oder stationären Untersuchungsarm ($\chi^2=0.350$, $p=.554$; Fisher's Exact Test, $p=.664$).

Um sich ein Bild machen zu können von der Trennung und Verteilung der hohen und niedrigen Werte in den Faktoren sind in Abbildung 8-3 und Abbildung 8-4 die Boxplots der zu den ersten beiden Faktoren gehörigen Skalen des Prä-Zeitpunktes dargestellt.

Abbildung 8-3 Boxplots der Variablen nach Aufteilung des Faktors „Distanz“, $n_{\text{niedrig}}=20$, $n_{\text{hoch}}=22$

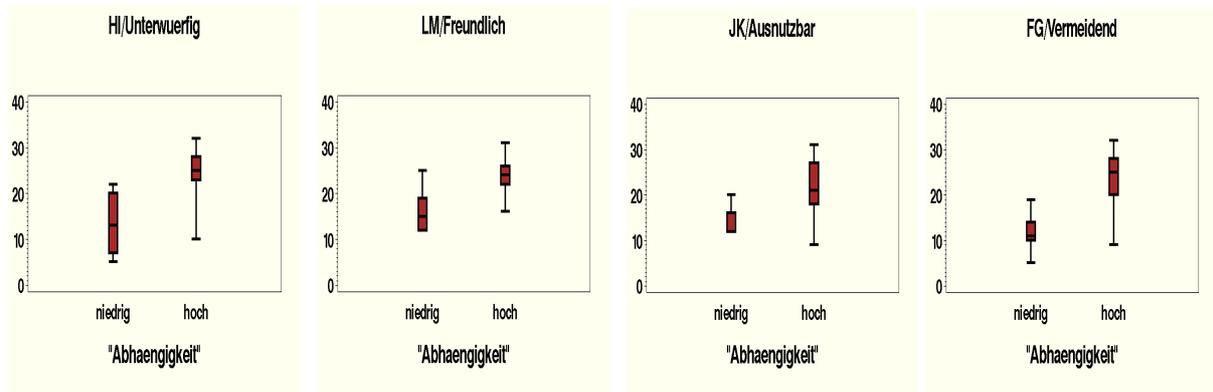


Da die Auftrennung der Stichprobe anhand eines „typischen“ Faktorwertes erfolgte, kann es bei den einzelnen Variablen durchaus zu Überlappungen kommen, da der Faktorwert ja die Hintergrundvariable darstellt für mehrere Variablen.

Im ersten Faktor ergibt die Auftrennung zwei circa gleich große Gruppen. Die Rohwerte aller Skalen können minimal 0 und maximal 40 Punkte annehmen. Wie die Abbildung zeigt, ist die Auftrennung um den Mittelwert der Normpopulation (8.3) in der Skala „Dominanz“ gut, etwas mehr Überlappung zeigt sich in der Skala „Streitsüchtig“ mit Mittelwert 9.7. In den Selbsteinschätzungen für die Skala „Kalt“ ist die Überlappung gering, allerdings liegen beide Gruppen eher über dem Mittelwert der gesunden Population von 10.4. Die Trait-Werte für Ärger sind wiederum gut geteilt mit deutlich hohen Werten für die Gruppe „hoch“ (Mittelwert Normpopulation=17.0).

Insgesamt scheint die Auftrennung gut gelungen, wobei die Repräsentation der hohen Werte besser ist als die der niedrigen, die zum Teil schon höher sind als die Mittelwerte der Normpopulation.

Abbildung 8-4 Boxplots der Variablen nach Aufteilung des Faktors „Abhängigkeit“, $n_{\text{niedrig}}=5$, $n_{\text{hoch}}=37$



Im zweiten Faktor teilt sich die Stichprobe so, dass sich im unteren Bereich nur fünf Patientinnen finden (11.9%). Wie die Boxplots zeigen, liegt der größte Teil der Stichprobe ($n=37$, 88.1%) im oberen Teil des Faktors „Abhängigkeit“ und weist auch höhere absolute Rohwerte auf als im ersten Faktor „Distanz“. Die Aufteilung lässt sich daher aufgrund der geringen Größe der „niedrigen“ Gruppe auch eigentlich nur für die „hohe“ Gruppe beurteilen.

In der Skala „Unterwürfig“ liegt die hohe Gruppe deutlich über dem Mittelwert der Normalpopulation von 13.6, das gleiche gilt für die Skala „Vermeidend“ (12.8) und „Freundlich“ (13.7). „Ausnutzbar“ liegt ebenfalls oberhalb, aber nicht so deutlich (Mittelwert=14.0). Insgesamt scheint die Aufteilung gut im Sinne einer Repräsentanz von übermäßigen Werten im unterwürfig-freundlichen Bereich des interpersonellen Zirkels.

Für den dritten Faktor „Soziale Einbindung“ ergab sich keine Aufteilung, da – erwartungsgemäß – alle 42 Patientinnen in einen Bereich unterhalb des „Ideal“-Wertes fallen, wie dies bei unipolaren Skalen normal ist.

8.3.3. Ein-Jahres-Verläufe der interpersonellen Faktoren

Um den Verlauf der drei Faktoren über ein Jahr Behandlung hinweg zu überprüfen, wurden, wie für den Symptombereich, Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt, und zwar getrennt nach hohen und niedrigen Gruppen. Im zweiten Faktor, dessen niedrige Gruppe nur ein n von 5 beinhaltet, entfällt diese Analyse. Wie die Darstellung der Boxplots gezeigt hat, stellen die Faktoren, vor allem die jeweils hohen Bereiche der Faktoren relativ gute Repräsentanten der zugrundeliegenden Variablen dar.

8.3.4. „Distanz“

Für den Faktor „Distanz“ werden zunächst die deskriptiven Daten der zugrundeliegenden interpersonellen Variablen in Tabelle 8-11 dargestellt. Diese Aufstellung erfolgt getrennt nach der Aufteilung in niedrige und hohe Werte im diesem Faktor.

Tabelle 8-11 Deskriptive Daten der „Distanz“-Variablen zu drei Messzeitpunkten

Variable	Zeitpunkt	Einteilung	n	MW	SD	Min	Max
BC, Konkurrierend, streitsüchtig							
Prä		Niedrig	20	9.65	3.28	3	14
		Hoch	22	15.6	3.93	9	26
Post1		Niedrig	20	9.05	3.46	2	16
		Hoch	22	14.8	6.28	4	29
Post2		Niedrig	20	10.8	3.46	3	17
		Hoch	22	14.6	5.75	6	26
PA, Dominant							
Prä		Niedrig	20	3.60	1.88	0	7
		Hoch	22	13.2	4.54	5	23
Post1		Niedrig	20	5.65	3.05	1	11
		Hoch	22	11.7	6.27	1	26
Post2		Niedrig	20	6.60	3.72	0	14
		Hoch	22	12.0	5.18	2	25
STAXI, Ärger							
Prä		Niedrig	20	17.9	3.92	12	27
		Hoch	22	28.3	6.49	16	40
Post1		Niedrig	20	18.7	4.38	11	32
		Hoch	22	25.7	6.35	16	40
Post2		Niedrig	20	19.0	4.90	11	32
		Hoch	22	25.6	5.59	13	35
DE, Kalt, abweisend							
Prä		Niedrig	20	12.8	5.25	0	22
		Hoch	22	19.3	5.05	9	28
Post1		Niedrig	20	13.9	5.38	2	24
		Hoch	22	19.1	6.18	7	31
Post2		Niedrig	20	14.3	4.53	4	21
		Hoch	22	18.3	6.23	5	27

Auf deskriptiver Ebene zeigt sich für die niedrigen Werte im Faktor eine Verbesserung der Werte. Im niedrigen Bereich bedeutet dies ein Anwachsen der Werte. Für die hohen Werte findet sich nur tendenziell eine Abnahme der Variablenwerte.

Tabelle 8-12 zeigt die Faktorscores des Faktors „Distanz“ zu den drei Messzeitpunkten, getrennt nach hoher und niedriger Gruppe.

Tabelle 8-12 Faktorscores des Faktors „Distanz“ zu drei Messzeitpunkten, n=42

Zeitpunkt		n	MW	SD	Min	Max
„Distanz“						
Prä	Niedrig	20	-0.87	0.42	-1.84	-0.27
	Hoch	22	0.73	0.64	-0.08	2.11
Post1	Niedrig	20	-0.74	0.6	-2.27	0.23
	Hoch	22	0.53	1.0	-1.45	2.71
Post2	Niedrig	20	-0.46	0.63	-2.13	0.68
	Hoch	22	0.57	0.91	-1.68	2.41

Die Varianzanalyse erbrachte ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Zeit zu drei Messzeitpunkten ($F_{2,38}=6.21$, $p=.006$) für die niedrige Gruppe. Der Kontrast für den Prä- Post1-Zeitraum zeigte keine Signifikanz, der zweite Behandlungszeitraum war mit $F_{1,19}=7.15$, $p=.015$ signifikant. Erwartungsgemäß steigen die Werte für diese Gruppe, verändern sich also vom zu niedrigen in Richtung normalen Bereich. Der „typische Wert“ für eine gesunde Person würde bei -0.218 liegen, an diesen Wert kommt die niedrige Gruppe bei Post2 innerhalb des 1-S-Bereichs heran.

In der Gruppe mit den höheren Werten zeigte die Analyse in keinem Bereich ein signifikantes Ergebnis. Innerhalb des ersten Behandlungszeitraumes findet zwar eine Verbesserung statt, aber nicht ausreichend für ein signifikantes Ergebnis. Mit einem Post2-Faktorwert von $.57$ sind die Patientinnen der hohen Gruppe auch noch relativ weit weg von dem „typischen Wert“ von -0.218 .

Zusammenfassung

Die Patientinnen, die sich zu Beginn der Therapie als zu wenig konkurrierend und dominant einschätzen, beschreiben nach dem zweiten Behandlungsabschnitt eine Verbesserung dieser Werte in Richtung Normalbereich. Patientinnen, die die entgegengesetzten Einstellungen beschreiben, schätzen sich auch nach einem Jahr Behandlung noch als hoch ausgeprägt in diesen kontaktabweisenden interpersonellen Verhaltensweisen ein.

8.3.5. „Abhängigkeit“

Auch für den Faktor „Abhängigkeit“ werden zunächst die Variablen, die auf diesem Faktor laden, deskriptiv dargestellt. Da sich für die niedrige Einteilung nur eine Gruppengröße von fünf Patientinnen ergab und die Varianzanalyse nur für die hohe Gruppe durchgeführt werden kann, werden in Tabelle 8-13 auch nur die Werte der hohen Einteilung vorgestellt.

Tabelle 8-13 Deskriptive Daten der „Abhängigkeits“-Variablen zu drei Messzeitpunkten, n=37

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
HI, Unterwürfig					
	Prä	24.5	4.91	10	32
	Post1	24.5	4.78	12	32
	Post2	23.0	5.45	12	32
LM, Freundlich, fürsorglich					
	Prä	24.0	3.83	16	31
	Post1	22.9	4.00	15	30
	Post2	22.9	4.54	11	31
JK, Ausnutzbar, nachgiebig					
	Prä	21.4	5.70	9	31
	Post1	21.1	4.99	12	29
	Post2	20.2	5.63	8	29
FG, Sozial vermeidend					
	Prä	24.0	5.37	9	32
	Post1	22.2	5.62	9	32
	Post2	21.9	5.74	9	31

Die deskriptiven Daten weisen kaum Veränderungen auf zwischen den drei Messzeitpunkten, eine leichte Tendenz zur Verbesserung ist in den ersten vier Behandlungsmonaten feststellbar. Die einzige Skala, auf der sich das Minimum von Prä nach Post2 deutlich nach unten, also in Richtung Verbesserung, verschoben hat, ist LM (freundlich, fürsorglich). Der Mittelwert hat sich aber kaum verändert, was bedeutet, dass es sich nur um einzelne Patientinnen gehandelt hat.

Tabelle 8-14 zeigt die Faktorscores des Faktors „Abhängigkeit“ zu den drei Messzeitpunkten, getrennt nach hoher und niedriger Gruppe.

Tabelle 8-14 Faktorscores des Faktors „Abhängigkeit“ zu drei Messzeitpunkten, n=42

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Abhängigkeit“					
	Prä	0.40	0.69	-0.81	2.06
	Post1	0.27	0.74	-1.35	1.64
	Post2	0.22	0.90	-1.71	1.73

Die Varianzanalyse erbrachte für die hohe Gruppe zu keinem Zeitraum eine signifikante Veränderung. Die Faktorenmittelwerte zeigen, dass zwar von Prä zu Post1 eine Veränderung stattgefunden hat, allerdings nicht in ausreichendem Maß, um signifikant zu werden. Der „typische Wert“ einer gesunden Person liegt bei -0.953 , von diesem Wert ist die Gruppe mit den hohen Werten im Faktor „Abhängigkeit“ weit entfernt.

Zusammenfassung

Patientinnen, die sich selbst als stark ausgeprägt in dependenten interpersonellen Einstellungen beschreiben, weisen zu keinem Zeitpunkt eine substantielle Veränderung in diesen Werten auf und bleiben zu jedem Messzeitpunkt weit entfernt von einem „gesunden Mittelmaß“.

8.3.6. „Soziale Einbindung“

Da die gesamte Stichprobe von n=42 Patientinnen in eine Gruppe fällt, sollen hier die deskriptiven Daten der beiden zugrundeliegenden Variablen, das soziale Funktionsniveau und die Zufriedenheit mit sozialen Bereichen des eigenen Lebens dargestellt werden. Tabelle 8-15 zeigt die univariate Statistik.

Tabelle 8-15 Deskriptive Daten des Faktors „Soziale Einbindung“ zu 3 Messzeitpunkten, n=42

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
GAF, Soziales Funktionsniveau					
	Prä	52.9	8.5	30	70
	Post1	55.8	7.6	41	75
	Post2	59.3	10.4	40	80
ZUF, Zufriedenheit mit sozialen Bereichen des Lebens					
	Prä	2.48	0.63	1	4
	Post1	2.69	0.64	1	4
	Post2	3.00	0.73	2	4

Beide Variablen zeigen deskriptiv einen Anstieg, das heisst eine Verbesserung der Werte. Die Standardabweichungen werden höher, es gibt also mehr Extremwerte zu Post2. In beiden Variablen zentrieren sich eine größere Zahl an Patientinnen als bei einer Normalverteilung um den Mittelwert (Schiefe_{Zuf}=0, Kurtosis_{Zuf}=-1.08, Schiefe_{GAF}=0.08, Kurtosis_{GAF}=-0.66).

Tabelle 8-16 zeigt die Faktorscores des Faktors „Soziale Einbindung“ zu den drei Messzeitpunkten

Tabelle 8-16 Faktorscores des Faktors „Soziale Einbindung“ zu drei Messzeitpunkten, n=42

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Soziale Einbindung“					
	Prä	-0.09	1.03	-2.21	1.73
	Post1	-0.41	0.88	-2.75	1.43
	Post2	-0.90	1.12	-2.90	1.37

Die Varianzanalyse erbrachte ein signifikantes Gesamtergebnis ($F_{2,82}=11.97$, $p<.0001$). Beide Kontraste waren ebenfalls signifikant, von Prä nach Post1 mit

$F_{1,41}=5.12$, $p=.029$ und für die Zeit von vier Monaten bis ein Jahr nach Behandlungsbeginn $F_{1,41}=7.98$, $p=.007$. Hier werden die Werte wieder erwartungsgemäß kleiner, d.h. die Patientinnen verändern sich in Richtung günstige Werte, im zweiten Behandlungsabschnitt deutlicher als im ersten.

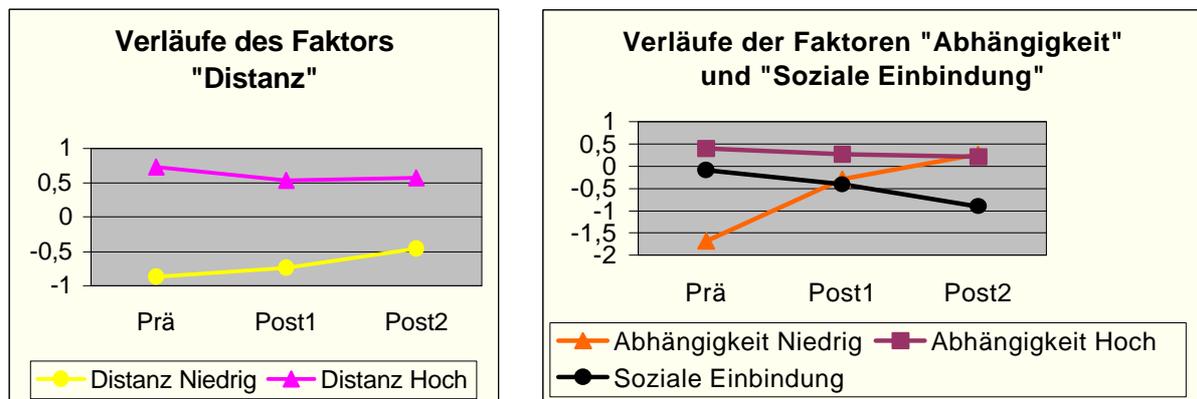
Zusammenfassung

In den ersten vier Monaten Therapie lässt sich eine substantielle Verbesserung finden in den Einschätzungen, die für soziales Funktionieren und für die Zufriedenheit mit sozialen Bereichen des Lebens stehen. Der zweite Behandlungsabschnitt zeigt noch deutlicher günstige Einschätzungen in den Bereichen Arbeit, Familie, Freundschaften und Freizeit.

8.3.7. Zusammenfassung der varianzanalytischen Untersuchungen

Abbildung 8-5 zeigt die grafische Darstellung der Verläufe der drei Faktoren. Obwohl die Gruppe „niedrige Abhängigkeit“ nur ein n von fünf Patientinnen umfasst, wurde sie hier der Vollständigkeit halber auch dargestellt.

Abbildung 8-5 Verlauf der drei Faktoren des interpersonellen Bereichs über drei Messzeitpunkte, n=42



Wie schon unter den einzelnen Faktoren beschrieben, verbessern die niedrigen Werte in „Distanz“-niedrig. Die Patientinnen mit niedrigen Einschätzungen im Faktor „Abhängigkeit“ weisen starke Veränderungen auf, was aber mit Vorsicht betrachtet werden muss, weil es sich nur um fünf Patientinnen handelt. Deutliche Verbesserung weist die „Soziale Einbindung“ auf. Für die hohen Werte der Faktoren ist dagegen kaum eine Veränderung sichtbar.

In Tabelle 8-17 sind noch einmal die Ergebnisse der 4 Varianzanalysen mit Messwiederholung zusammengefasst.

Tabelle 8-17 Varianzanalytische Ergebnisse der drei Faktoren des interpersonellen Bereichs, n=42

Faktor	Gesamtmodell	Prä-Post1	Post1-Post2
„Distanz“ niedrig	$F_{2,38}=6.21, p=.006$	n.s.	$F_{1,19}=7.15, p=.015$
„Distanz“ hoch	n.s.	n.s.	n.s.
„Abhängigkeit“ hoch	n.s.	n.s.	n.s.
„Soziale Einbindung“	$F_{2,38}=12.0, p<.0001$	$F_{1,41}=5.12, p=.029$	$F_{1,41}=7.98, p=.007$

Bei Durchführung der Bonferroni-Korrektur für die vier Varianzanalysen bleiben die Gesamtmodelle mit einem $p<.0125$ signifikant, ebenso der Post1-Post2-Verlauf der „Sozialen Einbindung“. Die Hypothese einer Veränderung der interpersonellen Variablen nach einem Jahr Behandlung lässt sich mit den Ergebnissen nur teilweise stützen. Auch hier sei noch einmal auf die konservative Vorgehensweise durch der Faktorwerte hingewiesen, die nur eine Veränderung dessen anzeigt, was den Variablen gemeinsam ist.

Über ein Jahr Therapie hinweg zeigt der Faktor „Soziale Einbindung“ die deutlichste Veränderung, sie entspricht einer Effektstärke d von .79, aufgeteilt in ein Ausmaß an Verbesserung von $d=.31$ von Prä zu Post1 und von $d=.56$ von Post1 zu Post2. Die Verbesserung in einem Jahr Behandlung in der Gruppe der niedrig Distanten entspricht einer Effektstärke von $d=.98$. Für die Verbesserung von Post1 nach Post2 beträgt die Effektstärke $d=.47$.

8.4. Explorative Untersuchungen zu differentiellen Veränderungen

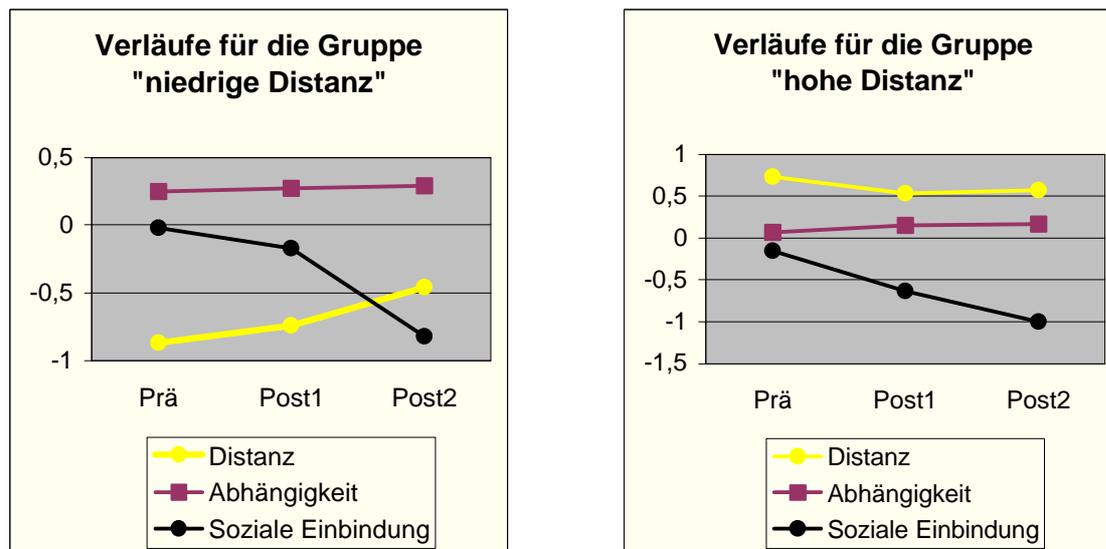
Den explorativen Untersuchungen liegt die Frage zugrunde, inwieweit verschiedene interpersonelle Stile für unterschiedliche Verläufe entweder in den interpersonellen Faktoren selbst oder auch in der psychopathologischen Symptomatik verantwortlich sein können. Da es sich bei den interpersonellen Faktoren zwar um unabhängige Einheiten handelt, jede Patientin aber Anteile an jedem Faktor aufweist, stellt sich die Frage, ob es bestimmte Kombinationen an interpersonellen Stilen gibt, die günstiger oder ungünstiger für die Ergebnisse nach einem Jahr Therapie sind. Alle diese Fragen werden hier in einem heuristischen Sinne vorgestellt.

8.4.1. Differentielle Verläufe von interpersonellen Faktoren

In diesem Abschnitt soll kurz auf die Frage eingegangen werden, ob Patientinnen mit niedrigen Ausprägungen im Faktor „Distanz“ sich in den anderen beiden interpersonellen Faktoren anders verändern als die Patientinnen mit hohen Ausprägungen im

Faktor „Distanz“¹². Da sich die Konstrukte „Distanz“ und „Abhängigkeit“ im interpersonellen Zirkel gegenüberliegen, könnte man erwarten, dass sich hier vielleicht gegenläufige Bewegungen zeigen¹³. Möglicherweise zeigen sie auch unterschiedliche Verläufe in der sozialen Einbindung. Abbildung 8-6 zeigt die Darstellung der Verläufe für die Gruppen mit niedrigen und hohen „Distanz“-Werten (die ausführlichen deskriptiven Daten sind im Anhang unter „Anhang A“ beigefügt).

Abbildung 8-6 Verlauf der drei Faktoren des interpersonellen Bereichs für niedrige (n=20) und hohe (n=22) „Distanz“-Werte über drei Messzeitpunkte



Die Gruppe mit den niedrigen „Distanz“-Werten wies in der Varianzanalyse eine signifikante Verbesserung ihrer „Distanz“-Werte über die Zeit auf. Die Werte im Faktor „Abhängigkeit“ bleiben dagegen weitgehend stabil im höheren Bereich. Die soz. Einbindung verbessert sich substantiell, vor allem im zweiten Zeitintervall. In der Gruppe mit hohen „Distanz“-Werten, die keine signifikante Änderung in der Varianzanalyse für „Distanz“ aufwies, scheinen die Werte für den Abhängigkeitsfaktor ebenfalls weitgehend stabil und zwar auf sehr ähnlichem Niveau wie bei der Gruppe mit den niedrigen „Distanz“-Werten. Auch hier verbessert sich die „Soziale Einbindung“ deutlich. Anfangs- und Endwerte von „Abhängigkeit“ und „Sozialer Einbindung“ sind in beiden Gruppen fast gleich. Die Verläufe deuten also an, dass die Konstrukte „Distanz“ und „Abhängigkeit“ in dieser Stichprobe eher unabhängig voneinander verlaufen und nicht, wie es der interpersonelle Zirkel vorschlägt, gegenläufig.

Zusammenfassung

Ausgehend von dem Ergebnis, dass Personen mit niedrigen Einschätzungen in „Distanz“ sich verbessern, Personen mit hohen Werten dagegen nicht, wurden diese Patientinnen auch in ihren anderen interpersonellen Einstellungen untersucht. Dabei

¹² Die gleiche Frage könnte auch auf die Gruppen der niedrig und hoch Abhängigen angewandt werden, da aber in der Stichprobe 88.1% der Patientinnen hohe Abhängigkeitswerte aufweisen und nur fünf Patientinnen niedrige, würde eine solche Untersuchung wenig zusätzliche Information erbringen.

¹³ Für die Stichprobe als ganzes sind die Faktoren natürlich unabhängig voneinander, da sie ja unter dieser Bedingung in einer Hauptkomponentenanalyse entstanden sind

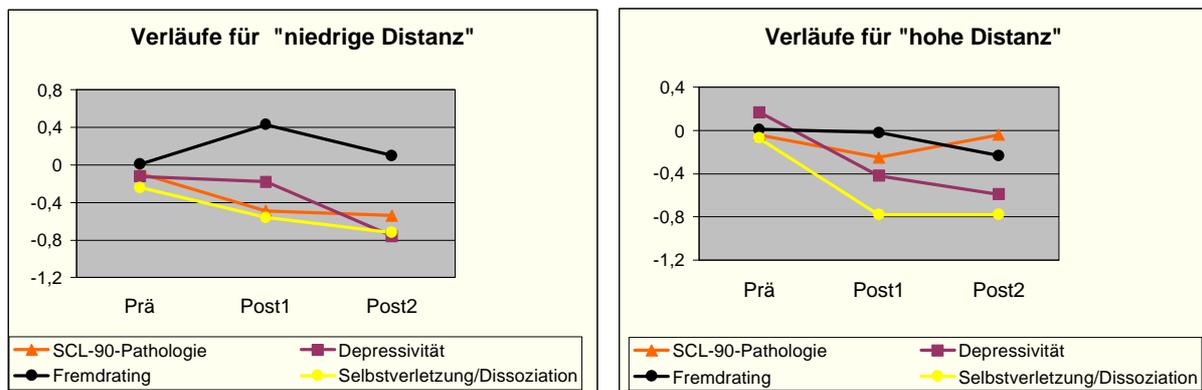
fanden sich keine weiteren Unterschiede. Patientinnen, die sich als zu wenig dominant und abgrenzend anderen gegenüber beschreiben, weisen nach einem Jahr sehr ähnliche Einstellungen in ihren abhängig-vermeidenden interpersonellen Einschätzungen anderen gegenüber auf wie die Patientinnen, die sich als übermäßig kontaktabweisend einschätzen. Ebenso verbessern sich die Einschätzungen der Zufriedenheit und des Funktionierens in sozialen Bereichen unabhängig davon, ob Patientinnen sich sehr abweisend oder zu wenig abweisend wahrnehmen.

8.4.2. Differentielle Verläufe von Symptomfaktoren in Abhängigkeit der interpersonellen Faktoren

In Weiterführung der explorativen Untersuchung der differentiellen Verläufe von interpersonellen Faktoren, wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, sollen hier deskriptiv die Verläufe der Symptomfaktoren innerhalb dieser Gruppen¹⁴ dargestellt werden, was einen direkten Vergleich zwischen diesen interpersonellen Stilen ermöglicht.

Dabei ist zu beachten, dass die Gruppe der niedrig Abhängigen mit $n=5$ extrem klein ist, weswegen für diese Gruppe keine Verallgemeinerungen vorgenommen werden sollten. Abbildung 8-7 zeigt die grafische Darstellung der Verläufe für die Symptomfaktoren für die Gruppen der niedrig und hoch Distanten (die Tabellen mit den ausführlichen deskriptiven Daten sind im Anhang unter Anhang B zu finden).

Abbildung 8-7 Verläufe der vier Faktoren der psychopathologischen Symptomatik für niedrige ($n=20$) und hohe ($n=22$) „Distanz“-Werte



In der Gruppe der niedrig Distanten verbessert sich die „SCL-Pathologie“ von Prä nach Post1 und bleibt weitgehend gleich zum Post2-Zeitpunkt, während in der Gruppe der hoch Distanten sich eine geringere Verbesserung zum Post1-Zeitpunkt zeigt, die nach einem Jahr wieder auf das Ausgangsniveau zurückgegangen ist.

¹⁴ Wenn hier und im folgenden von der „Gruppe der...“ die Rede ist, dann ist zu beachten, dass es sich nicht um Gruppen von Personen im Sinne einer clusteranalytischen Auftrennung handelt, bei der Personen Gruppen zugeordnet werden. Jede Patientin lädt auf jedem der Faktoren, Gruppe bezeichnet hier sozusagen die Gruppe der niedrigen bzw. hohen Werte auf einem Faktor.

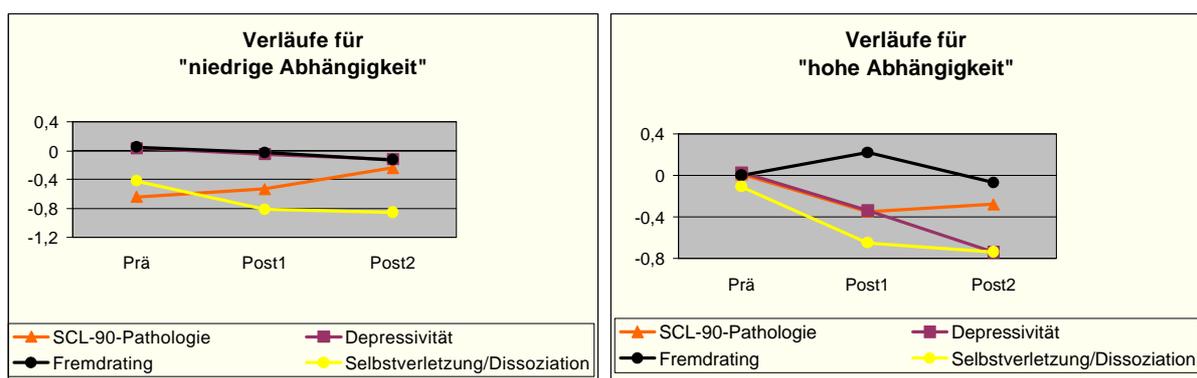
Im Faktor „Depressivität“ beginnt die Gruppe der niedrig Distanten mit einer geringeren Symptombelastung und zeigt eine leicht günstigere Verbesserung über die Zeit als die Gruppe der hoch Distanten.

Im Faktor „Fremdrating“ zeigt sich in beiden Gruppen keine substantielle Verbesserung, die niedrig Distanten werden zu Post1 eher schlechter eingeschätzt, die hoch Distanten weisen eine geringfügige Verbesserung auf zum Ende des ersten Behandlungsjahres.

Im letzten Faktor Selbstverletzung/Dissoziation weisen beide Gruppen deutliche Verbesserungen auf, die niedrig Distanten kontinuierlich über ein Jahr hinweg, die hoch Distanten in den ersten vier Behandlungsmonaten.

Abbildung 8-8 zeigt die grafische Darstellung der Symptomverläufe für die Gruppen der niedrig und hoch Abhängigen (die Tabellen mit den ausführlichen deskriptiven Daten sind im Anhang zu finden).

Abbildung 8-8 Verlauf der vier Faktoren der psychopathologischen Symptomatik für niedrige (n=5) und hohe (n=37) „Abhängigkeits“-Werte



In der Gruppe der niedrig Abhängigen, die mit n=5 sehr klein ist, zeigt sich für die SCL-90-Pathologie eine Verschlechterung der Werte von Prä nach Post2, wobei diese Gruppe mit relativ günstigen Werten beginnt. In der Gruppe der hoch Abhängigen zeigt sich eine leichte Verbesserung von Prä nach Post1, die zu Post2 wieder eher zurückgeht.

Der Faktor „Depressivität“ weist für die wenigen Patientinnen mit niedrigen „Abhängigkeits“-Werten praktisch keine Veränderung auf im Verlauf, wohingegen die Patientinnen mit hohen „Abhängigkeits“-Werten deutliche Verbesserungen zeigen.

Im Faktor „Fremdrating“ zeigt sich in beiden Gruppen keine substantielle Veränderung.

Im letzten Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ weisen alle Gruppen deutliche Verbesserungen auf mit dem besten Endwert in der kleinsten Gruppe der fünf niedrig Abhängigen. Da diese Gruppe aber schon mit einer relativ niedrigen Symptombela-

stung die Therapie beginnt, ist das Ausmaß der Verbesserung in der Gruppe der hoch Abhängigen besser. „Selbstverletzung/Dissoziation“ scheint sich relativ unabhängig von der interpersonellen Einteilung gut zu verbessern.

Um einen Überblick über die Verläufe in den Gruppierungen zu geben, zeigt Tabelle 8-18 die Effektstärken der Veränderungen von Prä nach Post2 für die vier Symptomfaktoren und die interpersonellen Gruppen. Da in der „Sozialen Einbindung“ alle Patientinnen in eine Gruppe fallen, werden die Effektstärken für die Gesamtgruppe auch aufgeführt. Die Werte für die Gruppe „Abhängigkeit“ – niedrig sind nur der Anschauung wegen aufgeführt, bei einem n von fünf ist die Berechnung von Effektstärken für Tests auf Intervallniveau eigentlich nicht zulässig und sie erscheinen deshalb in Klammern.

Tabelle 8-18 Effektstärken d für die Symptomfaktoren innerhalb der einzelnen interpersonellen Gruppen

Symptomfaktor	„Distanz“	„Distanz“	„Abhängigkeit“	„Abhängigkeit“	Alle
	niedrig	hoch	niedrig	hoch	
„SCL-90-Pathologie“	0.58	0.0	(0.63)	0.28	0.21
„Depressivität“	0.70	0.83	(0.17)	0.83	0.77
„Fremdrating“	0.11	0.22	(0.18)	0.07	0.09
„Selbstverletzung/ Dissoziation“	0.60	0.71	(0.46)	0.85	0.67

Die Gruppierung mit niedrigen Werten im Faktor „Distanz“ weisen in drei Symptomfaktoren mittlere Effektstärken auf. Alle anderen Gruppierungen sind sich sehr ähnlich in den Effektstärken, die mittel bis hoch in der depressiven Symptomatik und in den Selbstverletzungen sind.

Hier muss wieder bedacht werden, dass „Distanz“ und „Abhängigkeit“ keine unabhängigen Gruppen darstellen, da es sich hier um eine Faktorenaufteilung von Variablen und nicht von Personen handelt. Im nächsten Abschnitt wird die Frage behandelt, ob es eine Kombination von interpersonellen Faktoren gibt, die gutes Profitieren von Therapie bedeutet.

Zusammenfassung

Für den direkten Vergleich der interpersonellen Gruppierungen im Hinblick auf die Verläufe der Symptomatik lässt sich zusammenfassen, dass Patientinnen mit niedrigen Werten im Faktor „Distanz“ das beste Ergebnismuster im Vergleich mit den anderen zeigen. Anders als bei den interpersonellen Variablen zeigen hier also Patientinnen, die sich zu Beginn als wenig „dominant“ und „abweisend“ einschätzen, ein breiteres Ausmaß an Verbesserung in der psychopathologischen Symptomatik. Die nach hohen Werten im Faktor „Distanz“ oder „Abhängigkeit“ zusammengefassten Patientinnen und auch die Gesamtgruppe der Patientinnen – die ja allein aufgrund der Stichprobengröße der Gruppe der hoch Abhängigen am ähnlichsten ist – unter-

scheiden sich nur wenig voneinander. Alle weisen gute Verbesserungen in ihren depressiven Werten und in der Selbstverletzungsfrequenz auf und geringe bis keine Verbesserungen in den SCL-90-Subskalen und den Fremdeinschätzungen für Angst und Depression.

8.4.3. Differentielle Verläufe von Symptombfaktoren in Abhängigkeit von Kombinationen von interpersonellen Faktoren

Für diese Frage wurde nach interpersonellen Faktoren als Prädiktoren für Ergebnisse der Symptombfaktoren gesucht. Die Suche nach Prädiktoren bedeutet, über multiple Korrelationen genauere interpersonelle Profile der Patientinnen auf allen Faktoren – so vorhanden – erstellen zu können. Der Vorteil bei diesem Verfahren ist, dass mehrere interpersonelle Faktoren als Prädiktoren Ergebnisse in der psychopathologischen Symptomatik erklären können.

Zur Untersuchung dieser Frage wurden deshalb zunächst die Korrelationen zwischen den Symptombfaktoren zum Post1- und Post2-Zeitpunkt mit den Prä-Werten der interpersonellen Faktoren untersucht. Danach wurden die Symptombfaktoren als lineares Modell dargestellt in Abhängigkeit von ihren Prä-Werten und den mit ihnen korrelierenden interpersonellen Prä-Werten. Aufgrund der unter Abschnitt 8.3.1 beschriebenen Bipolarität der Skalen des interpersonellen Bereiches schien es sinnvoll, auch hier die Trennung nach hohen und niedrigen Ausprägungen vorzunehmen, da es gut vorstellbar ist, dass Personen mit niedrigen Ausprägungen in einem bestimmten interpersonellen Stil andere Zusammenhänge mit Symptomatik (und Veränderung von Symptomatik) aufweisen als solche mit hohen Ausprägungen.

Die folgende Darstellung orientiert sich demgemäß an der Aufgliederung der interpersonellen Faktoren. Alle Regressionsgleichungen sind im Anhang unter Anhang C aufgeführt.

8.4.3.1. „Distanz“ - niedrig

Für die Gruppe von $n=20$ Patientinnen, die in den Skalen „streitsüchtig“, „dominant“, „kalt“ und im STAXI insgesamt eher niedrige Ausprägungen aufweisen, findet sich für die vier Symptombfaktoren nur ein signifikantes lineares Modell für den Faktor „Depressivität“.

- Die Werte zum Post1-Zeitpunkt lassen sich hier ausschließlich durch den Prä-Wert im interpersonellen Faktor „Soziale Einbindung“ erklären ($R^2_{\text{post1}}=.273$), nach Einschluss dieses Faktors spielt auch der Prä-Wert von „Depressivität“ keine Rolle mehr für die Varianzerklärung. Das bedeutet, dass ein hohes Ausmaß an sozialer Einbindung günstige Werte im Faktor „Depressivität“ zum Zeitpunkt Post1 prädiziert bzw. umgekehrt ein niedriges Ausmaß an Einbindung ungünstige Werte.

Wie Abbildung 8-5 im Abschnitt 8.3.7 zeigt, findet in dieser Gruppe von Prä zu Post1 keine große Veränderung statt (im Gegensatz zur Gesamtstichprobe, wo dieser Zeitraum signifikant wird). Die Faktorscores von Post1 und Post2 korrelieren

ren nicht substantiell miteinander ($r=.277$, $p=.237$), das bedeutet, dass für diese Gruppe von Patientinnen mit niedriger „Distanz“ die „Soziale Einbindung“ nur für den Post1-Wert nach vier Monaten eine Rolle spielt, nicht aber für den Wert nach einem Jahr Behandlung, auch nicht indirekt über die Korrelation zwischen Post1- und Post2-Werten.

Für den Post2-Werte des Depressivitätsfaktors lässt sich kein Prädiktor feststellen. Da für die Gruppe von niedrigen „Distanz“-Werten der Post2-Wert im Gegensatz zum Post1-Wert eine Verbesserung aufweist, spielt der Faktor „Soziale Einbindung“ für die Verbesserung der „Depressivitäts“-Werte über ein Jahr keine Rolle.

Insgesamt gibt es also in dieser Gruppe mit niedrigen Einschätzungen im Faktor „Distanz“ keine interpersonellen Faktoren, die Symptomwerte zum Ende eines Behandlungsjahres prädictieren können.

8.4.3.2. „Distanz“ – hoch

Für die Gruppe von $n=22$ Patientinnen mit hohen Werten in den unter „Distanz“ beschriebenen Skalen zeigen sich zwei signifikante lineare Modelle.

- Das erste beinhaltet ebenfalls den Prä-Wert des Faktors „Soziale Einbindung“ als Prädiktor. Dieser Faktor erklärt 43.0% der Varianz des Symptomfaktors „Depressivität“ zum Post2-Zeitpunkt. Das heisst, mit einem positiven Regressionskoeffizienten von $.453$ prädiziert eine gute „Soziale Einbindung“ günstige Werte im Depressivitätsfaktor ein Jahr nach Beginn der Behandlung und umgekehrt.
- Das zweite lineare Modell erklärt die Post1-Werte des Faktors „SCL-90-Pathologie“, 9.7% der Varianz durch die Prä-Werte im Faktor und zusätzliche 49.7% durch den Ausgangswert im Faktor „Distanz“. Das bedeutet, dass der (geringfügig bessere) Post1-Wert in dieser Gruppe sehr gut durch die Prä-Werte im Faktor „Distanz“ vorhergesagt werden können, und zwar so, dass niedrige „Distanz“-Werte niedrige Symptombelastung vorhersagen. Das heisst auch, dass innerhalb der Gruppe der hoch Distanten für die SCL-Pathologie der gleiche Zusammenhang besteht wie im Vergleich zwischen den interpersonellen Gruppen wie unter Abschnitt 8.4.2 beschrieben, dass nämlich die niedrig Distanten bessere Werte aufweisen als die hoch Distanten.

In der Gruppe der hoch Distanten kommt es zu einer Verschlechterung von Post1 nach Post2, dabei korrelieren die Post1-Werte sehr hoch mit den Post2-Werten ($r=.754$, $p<.0001$). Indirekt sagen also die „Distanz“-Werte zu Beginn der Therapie auch die Post2-Werte vorher: hohe „Distanz“-Werte sagen hohe Post1-Werte in der „SCL-90-Pathologie“ vorher und hohe Post1-Werte in der „SCL-90-Pathologie“ sagen hohe Werte zum Post2-Zeitpunkt vorher.

Insgesamt gilt für die Gruppe der hoch Distanten, dass eine gute „Soziale Einbindung“ günstige „Depressivitäts“-Wert vorhersagt und niedrige „Distanz“-Werte sind eher günstig für die Werte in der „SCL-90-Pathologie“.

8.4.3.3. „Abhängigkeit“ - hoch

Für diese Gruppe fanden sich drei signifikante lineare Modelle.

- Für den Faktor „SCL-90-Pathologie“ finden sich drei Prädiktoren für den Post1-Wert. Den höchsten Anteil an Varianz erklärt der Prä-Wert mit 28.8% der Varianz, gefolgt vom Ausgangswert im Faktor „Distanz“ mit 15% und dem Ausgangswert im Faktor „Abhängigkeit“ mit 9.8% Varianzaufklärung zusätzlich. Die SCL-Pathologie zum Post1-Zeitpunkt wird in erster Linie erklärt durch ihre Prä-Werte (29.7%), gefolgt vom Ausmaß an „Distanz“ zum Prä-Zeitpunkt (15.0%) und vom Ausmaß an „Abhängigkeit“ zum Prä-Zeitpunkt (9.6%). Die Vorzeichen sind so, dass hohes Ausmaß an Prä-Werten hohe Post1-Werte prädizieren und hohe Werte im Faktor „Distanz“ zum Prä-Zeitpunkt ebenfalls hohe Werte in der SCL-Pathologie zum Post1-Zeitpunkt. Für die „Abhängigkeit“ besteht ein negativer Zusammenhang, das heisst, niedrige „Abhängigkeits“-Werte prädizieren hohe SCL-Werte zu Post1. Zusammengefasst heisst dies, dass zum einen niedrige „Distanz“-Werte mit günstigen SCL-Werten einhergehen und zum anderen hohe „Abhängigkeits“-Werte mit günstigen SCL-Werten. Es gilt also, dass auch innerhalb der Gruppe der hoch Abhängigen – wie in der Gruppe der hoch Distanten – niedrigere „Distanz“-Werte mit günstigeren Werten in der „SCL-90-Pathologie“ einhergehen. Die Post1-Werte in der „SCL-90-Pathologie“ korrelieren in dieser Gruppe ebenfalls sehr hoch mit den Post2-Werten ($r=.702$, $p<.0001$), obwohl sich vom Verlauf her gesehen (siehe Abbildung 8-8) nicht mehr viel ändert. Das bedeutet, dass es wie in der Gruppe der hoch Distanten einen indirekten Zusammenhang gibt: die Prä-Werte von „SCL-90-Pathologie“, die „Distanz“- und die „Abhängigkeits“-Werte sagen die Post1-Werte vorher und die Post1-Werte prädizieren die Post2-Werte der „SCL-90-Pathologie“.
- Für den Faktor „Depressivität“ findet sich ein Modell, bei dem die „Soziale Einbindung“ zum Prä-Zeitpunkt mit einem Varianzanteil von 25.9% Werte zum Post2-Zeitpunkt vorhersagt, dabei gilt ein positiver Zusammenhang - der gleiche wie in der Gruppe der hoch Distanten.
- Als drittes Modell findet sich eine Abhängigkeit für die Post1-Werte des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“, wobei in erster Linie die Prä-Werte dieses Faktors 35.5% der Varianz erklären. Daneben trägt noch der Faktor „Abhängigkeit“ zum Prä-Zeitpunkt 9.8% der Varianz bei. Hier sind die Zusammenhänge negativ, das heisst, hohe „Abhängigkeits“-Werte prädizieren günstigere Werte im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ zum Post1-Zeitpunkt. Da auch hier die Post1-Werte hoch mit den Post2-Werten korrelieren und von Post1 nach Post2 anscheinend kaum mehr eine Veränderung stattfindet (siehe Abbildung 8-8) gilt auch hier wieder der indirekte Zusammenhang zwischen den Prä-Werten des Faktors selbst und der „Abhängigkeit“ und dem Post2-Zeitpunkt.

Insgesamt gilt in der Gruppe der hoch Abhängigen, dass niedrige „Distanz“-Werte gute Werte im Faktor „Depressivität“ vorhersagen, ausserdem prädizieren sie in Zusammenhang mit hohen „Abhängigkeits“-Werten gute Werte in der „SCL-90-

Pathologie. Daneben gilt, dass hohe „Abhängigkeit“ auch günstige Werte im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ prädizieren.

8.4.3.4. Gesamtgruppe

Da es für den Faktor „Soziale Einbindung“ keine Auftrennung gibt, wurde auch in der Gesamtgruppe nach substantiellen Korrelationen gesucht.

Ein signifikantes Modell ergab sich für das Post2-Ergebnis des Faktors „Depressivität“, bei dem die Prä-Werte des Faktors „Soziale Einbindung“ als Prädiktoren 24.6% der Varianz erklären. Für die Post1-Werte des Faktors „SCL-90-Pathologie“ findet sich der gleiche Zusammenhang wie in der Gruppe der hoch Distanten: hohe Prä-Werte dieses Faktors und hohe „Distanz“-Werte prädizieren hohe (und damit ungünstige) SCL-Werte zu Post1, die Post1-Werte korrelieren zu $r=.722$ ($p<.0001$) mit den Post2-Werten, so dass auch für die Gesamtgruppe indirekt gilt, dass niedrige Prä- und niedrige „Distanz“-Werte günstigere SCL-Werte zu Post2 prädizieren.

Insgesamt finden sich hier wieder ähnliche Zusammenhänge wie in den Gruppen der hoch Distanten und der hoch Abhängigen: gute „Soziale Einbindung“ prädiziert günstige „Depressivitäts“-Werte und niedrige „Distanz“-Werte prädizieren günstige Werte in der „SCL-90-Pathologie“.

8.4.3.5. Zusammenfassung

Patientinnen, die schon zu Beginn der Therapie über gute soziale Einbindung und Zufriedenheit darüber verfügen, haben höhere Chancen auf eine Reduktion der depressiven Symptomatik nach einem Jahr. Dies gilt für alle Patientinnen mit Ausnahme derjenigen, die sich zu Beginn als wenig abgrenzend anderen gegenüber beschrieben hatten. Diese Patientinnen erreichen gute Verbesserungen unabhängig von ihrer sozialen Einbindung.

Die Einschätzungen, die das Gemeinsame der niedrigen „Distanz“ ausmachen, also ein geringes Ausmaß an Dominanz, Ärger, Konkurrenz und zwischenmenschlicher Kälte, stellen einen Vorteil dar für die Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik, wie sie im SCL-90-R erfasst wird. Das heisst, auch Patientinnen, die sich als hoch abhängig oder abweisend oder als sozial schlecht eingebunden beschreiben, haben eine Chance auf Verbesserung im SCL-90-R, wenn sie sich gleichzeitig zu Beginn der Therapie als wenig abgrenzend beschreiben.

Weiterhin gilt, dass Patientinnen, die sich zu Beginn als sehr ausgeprägt in den abhängigen interpersonellen Einstellungen beschreiben, nach einem Jahr stärkere Reduktionen ihres selbstverletzenden Verhaltens zeigen.

KAPITEL 9

DIFFERENTIELLE BEHANDLUNGSERGEBNISSE

In diesem Kapitel erfolgt eine Beschreibung der Ergebnisse für die Frage nach einem Unterschied in den Behandlungsergebnissen zwischen der stationären und der ambulanten Gruppe bzw. nach Unterschieden in den Behandlungsergebnissen zwischen verschiedenen Schweregraden der Störung. Schweregrad steht hier für das Ausmaß an lebensbedrohlichem Verhalten vor Therapiebeginn, wie es sich in suizidalem und selbstverletzendem Verhalten manifestiert sowie in häufigen Klinikaufenthalten (siehe Abschnitt 4.2.2.2). Zunächst werden diese Ergebnisse für die Symptomatik, danach für die interpersonellen Variablen beschrieben. Jeder Teil besteht aus den Ergebnissen der multiplen Regressionen und einem deskriptivem Teil mit grafischen Darstellungen der Verläufe in Relation zur Gruppenzugehörigkeit.

9.1. Vorgehen

Die Frage nach Unterschieden zwischen der stationären und der ambulanten Gruppe bzw. zwischen verschiedenen Schweregraden in den Symptomwerten am Ende eines Behandlungsjahres lässt sich statistisch mit Hilfe einer multiplen Regression lösen. Dabei stellen die Gruppenzugehörigkeit und der Schweregrad potentielle Einflussgrößen auf das Zustandekommen der Werte dar.

Weiterhin interessiert hier die Frage, inwieweit die Werte zu Beginn der Therapie bzw. nach dem ersten Behandlungsabschnitt die Werte nach einem Jahr schon vorhersagen können. Zunächst muss allerdings die Frage nach der potentiellen Kontrollvariable „Einnahme von Psychopharmaka“ geklärt werden.

9.1.1. Die Kontrollvariable „Einnahme von Psychopharmaka“

Zu Beginn der Behandlung nahmen insgesamt elf Patientinnen Antidepressiva ein. Diese Patientinnen wiesen eine deutliche höhere Ausprägung ihrer Prä-Werte im Faktor „Depressivität“ auf. Das gleiche gilt für die neun Patientinnen, die zu Beginn Neuroleptika angesetzt hatten (sechs dieser Patientinnen hatten beide Medikamente angesetzt). Die Werte im Faktor „Depressivität“ nach einem Jahr Behandlung korrelierten nicht mit der Einnahme von Antidepressiva zu Beginn der Behandlung ($r_s = -.015$) und der Einnahme von Neuroleptika zu Beginn ($r_s = .008$). Tabelle 9-1 stellt die entsprechenden Prä- und Post2-Werte dieser Patientinnen zusammen.

Tabelle 9-1 Prä- und Post2-Werte von „Depressivität“, mit und ohne Antidepressiva, n=39¹⁵

	„Depressivität“, Prä		Depressivität“, Post2	
	MW	SD	MW	SD
Antidepressiva zu Beginn				
Zutreffend	0.689	0.76	-0.769	1.18
Nicht zutreffend	-0.158	0.88	-0.607	1.28
Neuroleptika zu Beginn				
Zutreffend	0.789	0.81	-0.739	1.75
Nicht zutreffend	-0.131	0.89	-0.648	1.07

Wenn die Einnahme von Antidepressiva oder Neuroleptika zum Post2-Zeitpunkt mit den Faktorwerten von „Depressivität“ zum Post2-Zeitpunkt korreliert werden, ergeben sich ebenfalls nur geringe Korrelationen (Antidepressiva, Post2: $r_s=.199$, Neuroleptika Post2: $r_s=.029$). Das gleiche gilt, wenn die Patientinnen überprüft werden, die zu Post2 Antidepressiva einnehmen, die zu Prä oder Post1 noch keine Einnahmen (Antidepressiva, Post2: $r_s=.045$)¹⁶.

Ähnliches wurde für die Patientinnen überprüft, die im Lauf der Behandlung Naloxon als Medikament gegen dissoziative Zustände verschrieben bekamen. Auch hier zeigte sich kein Zusammenhang mit den Post2-Werten des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ ($r_s= .031$).

Mit den anderen Symptomfaktoren zeigte keines der Medikamente zu keinem Zeitpunkt einen nur annähernd substantiellen Zusammenhang.

Insgesamt bedeutet dies, dass auf das Zustandekommen der Post2-Werte weder die Einnahme noch die Neuverschreibung von Psychopharmaka einen Einfluss hat, Patientinnen erreichen eine Symptomreduktion unabhängig von der Einnahme von Psychopharmaka. Da bei einem n von 42 nicht mehr als vier bis fünf Variablen als Prädiktoren eingesetzt werden sollten, wurde daher im folgenden darauf verzichtet, Medikamente als Kontrollvariable mit zu führen.

9.1.2. Variablen der multiplen Regression

Erklärende Variablen:

- Gruppenzugehörigkeit: sie wird als Dummy-Variable codiert
- Schweregrad: geht als Summenwert ein
- Prä- und Post1-Werte der jeweiligen Faktoren
- Interaktionsvariable Gruppe*Schweregrad

Bei Durchführung einer Varianzanalyse wird automatisch eine Wechselwirkung zwischen Unabhängigen Variablen überprüft. Dies ist bei Regressionsrechnungen nicht der Fall. Wenn vermutet wird, dass es eine solche Wechselwirkung geben könnte,

¹⁵ Von drei Patientinnen fehlen die Angaben über Medikamenteneinnahme

¹⁶ Auf die Korrelation mit Neuroleptika wurde verzichtet, da es sich hier nur um zwei Patientinnen handelt, auf die die Bedingung „Neuroleptikum zu Post2, aber nicht zu Prä oder Post1“ zutrifft.

muss diese gesondert in Form eines berechneten Terms als potentieller Prädiktor angeboten werden (Aiken & West, 1991).

Abhängige Variablen:

- Post2-Werte der vier Symptombfaktoren bzw. der Faktoren für die interpersonellen Variablen

Als Zielvariablen wurden die Symptomwerte nach einem Jahr Behandlung gewählt. Wenn nach vier Monaten eine Gruppe in ihrer Symptomatik der anderen überlegen sein sollte, dann sollte sich diese Überlegenheit auch noch bei Post2 zeigen. Damit ließe sich ein nachhaltiger Einfluss eines vorgeschobenen stationären Moduls belegen.

Vorgehen

Es interessiert nicht so sehr die Frage, wieviel Varianz der Abhängigen Variablen durch ein Gesamtmodell mit allen untersuchten Prädiktoren erklärt wird, sondern die Frage welche der Prädiktoren relevant das Zustandekommen der Post-Werte beeinflussen. Als rechnerisches Vorgehen wird daher eine stepwise-Analyse gewählt mit den Ein- und Ausgangswahrscheinlichkeiten von jeweils .15.

9.1.3. Voraussetzungen für das Durchführen einer multiplen Regression

Alle Regressionsgleichungen zeigten adäquate Gütekriterien für die Voraussetzungen der Durchführung einer multiplen Regression. Die Residuen weisen Normalverteilung auf, das lineare Modell zeigt sich gut angepasst, was sich anhand des Plots der vorhergesagten Werte gegen die Residuen überprüfen lässt. Weder der Kollinearitätsindex noch die Toleranz weisen auf Multikollinearität, das heisst auf Abhängigkeit der Prädiktoren untereinander, hin (Graf & Ortseifen, 1995).

9.2. Differenzielle Ergebnisse zur Symptomatik

Für jeden der vier Symptombfaktoren wurde eine multiple Regression mit dem Post2-Wert des jeweiligen Faktors und den fünf Prädiktoren durchgeführt. Die Ergebnisse dazu werden Tabelle 9-2 dargestellt. Eingetragen sind bei signifikanten Ergebnissen jeweils der Varianzzuwachs durch den Prädiktor, der Regressionskoeffizient, sowie der zugehörige t-Wert mit der Wahrscheinlichkeit für $H_0: b=0$.

Tabelle 9-2 Multiple Regressionen der vier Symptombfaktoren, n=42

Faktor – Post2	Prädiktor	R ² -Zuwachs	b	t	p
„SCL-90-Pathologie“	Post1-Werte	52.2%	0.886	6.60	<.0001
„Depressivität“	Prä-Werte	16.5%	0.550	2.81	.0076
„Fremdrating“	Prä-Werte	54.1%	0.484	3.71	.0006
	Post1-Werte	5.0%	0.283	2.19	.0347
„Selbstverletzung/Dissoziation“	Post1-Werte	57.5%	0.695	7.35	<.0001

Bei keinem der vier Regressionen zeigt sich ein signifikanter Einfluss von Gruppenzugehörigkeit oder Schweregrad auf die Varianz der Abhängigen Variablen. Auch bei probeweiser Entfernung von Ausreißern aus den Modellen zeigt sich kein signifikanter Einfluss von Gruppe oder Schweregrad. Damit ließ sich die Hypothese einer Überlegenheit der stationären Gruppe zumindest im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ nicht belegen. Ebenso wenig zeigte sich ein Einfluss des Schweregrades auf das Ausmaß an Veränderung in diesem Faktor.

9.2.1. Grafische Prä-Post-Darstellung in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit

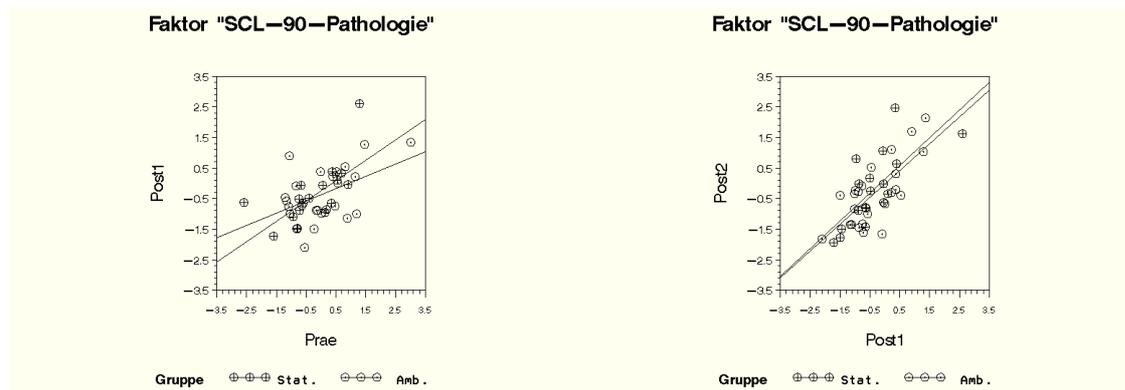
Da Signifikanztests im Grunde nur ein „Entweder- Oder“ darstellen, sollen hier für die vier Symptombfaktoren die Regressionslinien, getrennt nach Gruppen, dargestellt werden, um grafisch sowohl das Ausmaß an Veränderung als auch Tendenzen der Gruppenzugehörigkeit darzustellen. Da die Prä- mit den Post1-, diese wiederum mit den Post2-Werten korrelieren, werden hier die Zusammenhänge zwischen den jeweiligen zwei Messzeitpunkten gezeigt. Nachdem die Gruppenzugehörigkeit keinen signifikanten Effekt darstellt, bilden die Grafiken im wesentlichen die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung ab. Wenn im folgenden von „Verbesserung“ oder „Verschlechterung“ gesprochen wird, dann gilt das immer im deskriptiven Sinn¹⁷.

9.2.1.1. „SCL-90-Pathologie“

Abbildung 9-1 zeigt den Scatterplot mit den zugehörigen Regressionslinien für den Verlauf Prä-Post1 und Post1-Post2. Unten stehen die Regressionsgleichungen für die stationäre und die ambulante Gruppe.

¹⁷ An dieser Stelle sei auch noch einmal daran erinnert, dass bei den Symptombfaktoren niedrige (negative) Faktorenwerte günstigen Variablenwerten entsprechen, dies gilt auch für die „hohen“ Gruppen der interpersonellen Faktoren. Bei den niedrigen interpersonellen Gruppen verhält es sich umgekehrt.

Abbildung 9-1 Scatterplots für den Faktor „SCL-90-Pathologie“, n=42



Stat.: $\text{fac1po1} = -0,236 + 0,667 * \text{fac1pr}$

Stat.: $\text{fac1po2} = +0,129 + 0,906 * \text{fac1po1}$

Amb.: $\text{fac1po1} = -0,365 + 0,402 * \text{fac1pr}$

Amb.: $\text{fac1po2} = -0,021 + 0,875 * \text{fac1po1}$

Legende: fac1 ="SCL-90-Pathologie", pr =Prä, po1 =Post1, po2 =Post2

Die Regressionsgeraden mit ihren Gleichungen sind folgendermaßen zu lesen: Aufgetragen sind jeweils die Prä- gegen die Post1-Werte bzw. die Post1-Werte gegen die Post2-Werte. Eine Geradengleichung mit einer Konstanten von 0 und einer Steigung von 1 entspräche einer Linie, die im 45°-Winkel durch den Punkt (0,0) geht. Inhaltlich würde dies bedeuten, dass die Prä-Werte genau gleich den Post-Werten wären, also keine Veränderung stattgefunden hätte und zwar unabhängig davon, ob die Prä-Werte hoch oder niedrig sind (auch in den Grafiken stehen positive Werte für hohe Symptombelastung, negative Werte für günstige Symptomwerte). Die Konstante bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß sich die Linie parallel verschoben hat, das heißt inhaltlich eine Gesamt-Veränderung der Werte in positive oder negative Richtung, quasi ein Haupteffekt. Die Steigung der Gerade zeigt an, in welchem Ausmaß die Korrelation zwischen Prä- und Post1- bzw. Post1- und Post2-Werten von 1 abweicht. Sie sagt etwas darüber aus, ob beispielsweise hohe Werte zu Beginn am Ende immer noch hoch sind, oder ob sie vielleicht stärker gesunken sind als die anfänglich niedrigen. Ein Extremfall wäre beispielsweise eine liegende Gerade, sie würde bedeuten, dass alle Patientinnen zum Post-Zeitpunkt gleiche Werte aufweisen, unabhängig von ihren Prä-Werten ($r=0,0$). Die eingekreisten Symbole + und - stehen für die einzelnen Patientinnen, je enger sie um die Gerade herum liegen, um so enger ist der Zusammenhang.

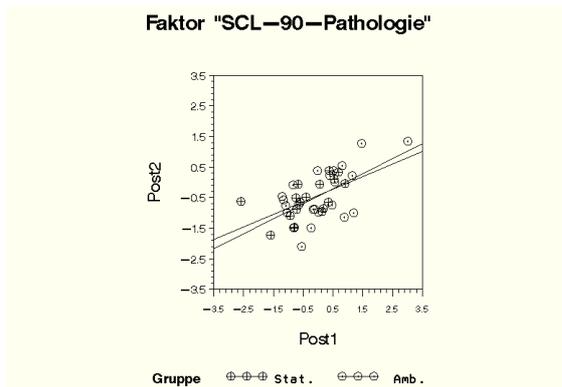
Bei Grafik 1 der Abbildung 9-1 lässt sich folgendes ablesen: Beide Gruppen weisen zum Post1-Zeitpunkt eine Verbesserung der Werte auf (negative Konstante), diese Verbesserung ist auch in der Varianzanalyse mit Messwiederholung signifikant. Die Gerade der ambulanten Gruppe ist etwas mehr ins Horizontale gekippt, d.h. sie hat eine stärkere Tendenz zu höheren Verbesserungen im höheren Symptombereich, die allerdings einhergeht mit wenig Veränderung im mittleren und Verschlechterungen im unteren Bereich.

Im zweiten Behandlungsabschnitt findet sich in der stationären Gruppe eine leichte Verschlechterung der Gesamtwerte (Konstante= $+0,129$), die Werte bleiben weitest-

gehend stabil (Steigung=0,906). Die ambulante Gruppe weist keine Veränderung auf (Konstante=-0,021).

Wenn man in die Grafik die jeweiligen Konfidenzintervalle für die individuellen Werte mit einzeichnet¹⁸, dann liegen bei Post1 zwei Werte ausserhalb, je ein Wert aus beiden Gruppen, stationär und ambulant. Wenn beide Patientinnen aus der Analyse herausgenommen werden, zeigt Abbildung 9-2 folgendes Bild:

Abbildung 9-2 Scatterplot für den Faktor „SCL-90-Pathologie“ nach Entfernung von Ausreißern, n=40



Stat.: $\text{fac1po1} = -0.439 + 0.412 * \text{fac1pr}$

Amb.: $\text{fac1po1} = -0.457 + 0.494 * \text{fac1pr}$

Legende: fac1 ="SCL-90-Pathologie", pr =Prä, po1 =Post1, po2 =Post2

Die Geraden beider Gruppen nähern sich deutlich an, sie weisen ähnliche (und höhere als vorher) Verbesserungen auf, ebenso ähnliche Steigungen.

Auch bei Post2 finden sich zwei Ausreißer, aus der stationären und der ambulanten Gruppe. Bei Entfernung dieser beiden aus dem Datensatz wird die Konstante der stationären Gruppe negativ (-0.032), die der ambulanten etwas niedriger (-0.057), so dass sich die Ergebnisse beider Gruppen ähneln. Beide Ausreißer haben hier keinen so deutlichen Einfluss wie die Ausreißer im ersten Behandlungsabschnitt.

Zusammenfassung

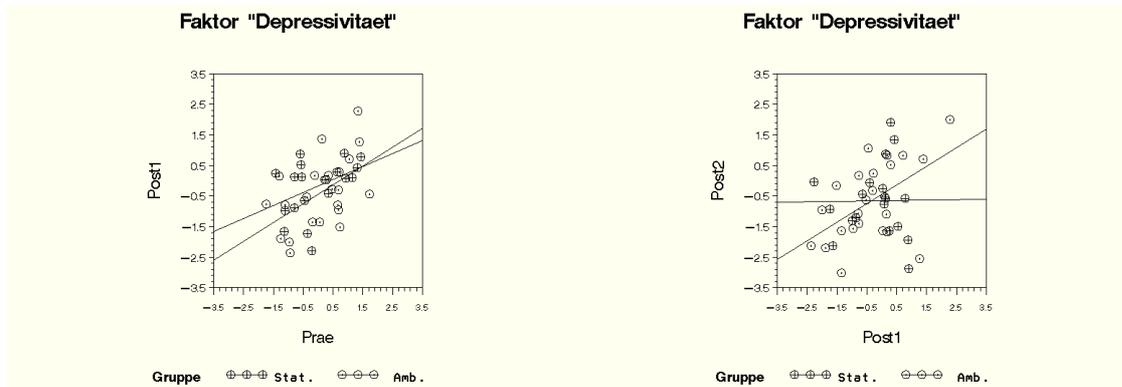
Insgesamt zeigt sich im ersten Behandlungsabschnitt, vor allem nach Entfernung zweier Ausreißerwerte, eine deutliche Gesamtverbesserung in beiden Gruppen in den Werten der „SCL-90-Pathologie“. Das heisst, die Symptomatik, die den neun Subskalen des SCL-90-R gemeinsam ist, wird niedriger. In der ambulanten Gruppe findet sich etwas mehr Verbesserung von Werten aus dem hohen Symptombereich als in der stationären Gruppe. Für beide Gruppen gibt es im zweiten Behandlungsabschnitt in der SCL-90-Pathologie kaum noch Veränderungen. Die Verläufe beider Gruppen sind sich sehr ähnlich.

¹⁸ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in der Darstellung darauf verzichtet

9.2.1.2. „Depressivität“

Abbildung 9-3 zeigt die beiden Scatterplots mit ihren Regressionslinien für den Faktor „Depressivität“ zu den 3 Messzeitpunkten.

Abbildung 9-3 Scatterplots für den Faktor „Depressivität“, n=42



Stat.: $\text{fac2po1} = -0,186 + 0,426 * \text{fac2pr}$

Stat.: $\text{fac2po2} = -0,645 + 0,014 * \text{fac2po1}$

Amb.: $\text{fac2po1} = -0,446 + 0,619 * \text{fac2pr}$

Amb.: $\text{fac2po2} = -0,442 + 0,612 * \text{fac2po1}$

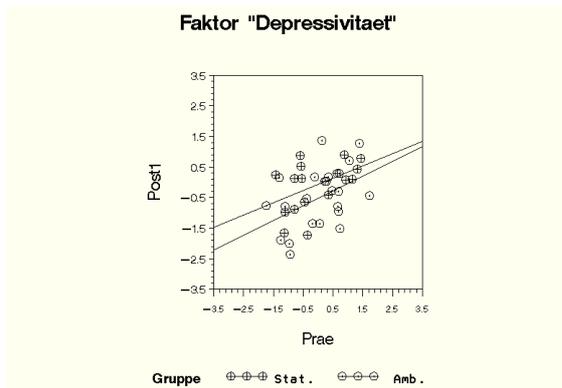
Legende: fac2=„Depressivität“, pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2

Im ersten Behandlungsabschnitt verbessern sich beide Gruppen. Diese Verbesserung ist in der Varianzanalyse mit Messwiederholung signifikant. Die ambulante Gruppe zeigt eine höhere Gesamtverbesserung als die stationäre. Die Geraden laufen weniger steil als bei der SCL-90-Pathologie. Inhaltlich bedeutet dies, dass hohe Symptomwerte gute Chancen haben, sich zu verbessern, mittlere Werte von vornherein eher gleichbleiben (ab einem Prä-Wert um die -1.5 herum beginnt der Bereich, in dem sich gute Werte verschlechtern würden, darin finden sich aber keine Patientinnen mehr).

Der zweite Behandlungsabschnitt verläuft für die stationäre Gruppe offensichtlich anders als für die ambulante Gruppe, ohne dass sich dies als signifikanter Effekt in der multiplen Regression niedergeschlagen hat. Die ambulante Gruppe verbessert sich insgesamt und hohe Symptomwerte werden besser als niedrige. Die stationäre Gruppe weist ebenfalls eine Gesamtverbesserung auf und zwar höher als die der ambulanten Gruppe. Da die stationäre Gruppe keinen Zusammenhang aufweist zwischen Post1 und Post2, die Patientinnen also eigentlich zufällig um die Gerade streuen, lassen sich die Post2-Werte aufgrund der Post1-Werte nicht vorhersagen, die Gruppe der stationären Patientinnen pendelt sich insgesamt auf einem Symptomwert ein, der für fast alle Patientinnen eine Verbesserung darstellt.

Wenn aus dem Post1-Datensatz zwei Ausreißerwerte (eine ambulante, eine stationäre Patientin) entfernt werden, dann zeigt Abbildung 9-4 folgendes Bild:

Abbildung 9-4 Scatterplot für den Faktor „Depressivität“ nach Entfernung von Ausreißern, n=40



Stat.: $\text{fac2po1} = -0.075 + 0.404 \cdot \text{fac2pr}$

Amb.: $\text{fac2po1} = -0.526 + 0.485 \cdot \text{fac2pr}$

Legende: fac2 ="Depressivität", pr =Prä, po1 =Post1, po2 =Post2

Die Konstante der stationären Gruppe wird kleiner (-0,075) und die der ambulanten Gruppe größer (-0,526). Inhaltlich bedeutet das, dass die ambulante Restgruppe sich insgesamt im ersten Behandlungsabschnitt deutlich und deutlich mehr als die stationäre Gruppe verbessert hat. In der stationären Gruppe dagegen haben sich Patientinnen aus dem höheren Wertebereich verbessert, solche aus dem niedrigen aber verschlechtert, so dass keine Gesamtveränderung resultiert.

Für Post2 ist die Suche nach Ausreißern nur für die ambulante Gruppe sinnvoll, da in der stationären Gruppe die Post1- und Post2-Werte um 0 korrelieren. Nach Entfernung einer ambulanten Patientin aus dem Datensatz zeigt sich, dass die Restgruppe eine geringere Verbesserung aufweist als zuvor (Konstante=-0,222) und die Gerade steiler wird, also eher in Richtung „hohe Werte bleiben hoch, niedrige bleiben niedrig“ geht.

Da sich bei diesem Faktor eine deutlichere Tendenz zu Gruppenunterschieden zeigt, soll dies anhand der Faktormittelwerte für die stationäre und die ambulante Gruppe veranschaulicht werden. Tabelle 9-3 stellt die deskriptiven Daten dar für beide Gruppen, nach Entfernung von zwei Extremwerten.

Tabelle 9-3 Mittelwerte des Faktors „Depressivität“ zu drei Messzeitpunkten nach Entfernung von zwei Ausreißern, $n_{\text{stat}}=18$, $n_{\text{amb}}=22$

Zeitpunkt	Stationär		Ambulant	
	MW	SD	MW	SD
„Depressivität“				
Prä	-0.043	0.92	0.050	0.93
Post1	-0.093	0.79	-0.502	1.00
Post2	-0.693	1.21	-0.798	1.21

Die Daten der Tabelle bestätigen die Ergebnisse noch einmal inhaltlich. Die stationäre Gruppe zeigt im Gegensatz zur ambulanten Gruppe im ersten Behandlungsab-

schnitt kaum Veränderung. Im zweiten Abschnitt ist die Verbesserung in der stationären Gruppe ausgeprägter als in der ambulanten, beide erreichen am Ende des Jahres gute Ergebnisse in der depressiven Symptombelastung.

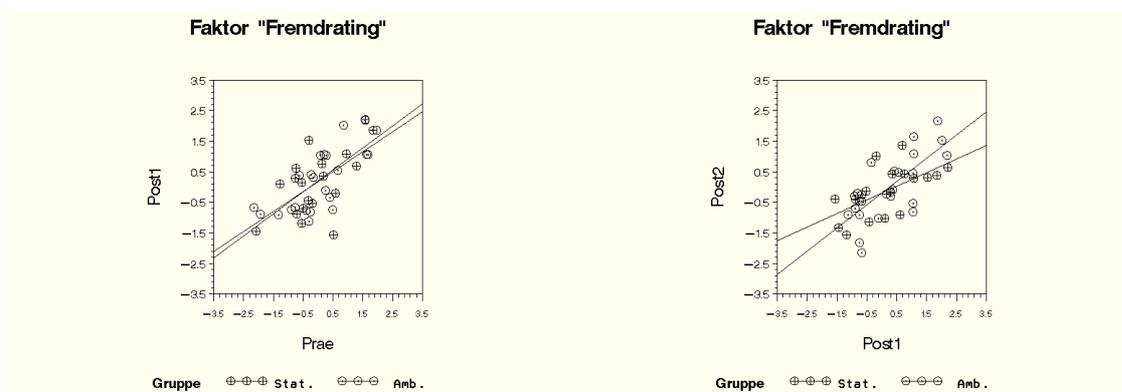
Zusammenfassung

Die Grafiken deuten an, dass im ersten Behandlungsabschnitt eine Verbesserung der depressiven Symptome stattgefunden hat, die – v.a. nach Entfernung zweier Ausreißer – deutlich auf die ambulante Gruppe zurückgeht. Im zweiten Behandlungsabschnitt zeigt die ambulante Gruppe auch noch Verbesserungen, aber die stationäre Gruppe weist in diesem Zeitraum höhere Reduktionen der depressiven Symptomatik auf, und zwar unabhängig von ihren Werten vier Monate nach Beginn der Therapie. am Ende der Behandlung sind für alle Patientinnen depressive Symptome, wie sie den „Depressivitäts“-Faktor kennzeichnen, verbessert.

9.2.1.3. „Fremdrating“

Abbildung 9-5 zeigt die beiden Grafiken zu den drei Messzeitpunkten für beide Gruppen.

Abbildung 9-5 Scatterplot für den Faktor „Fremdrating“, n=42



Stat.: $\text{fac3po1} = 0.177 + 0.655 * \text{fac3pr}$

Stat.: $\text{fac3po2} = -0.196 + 0.444 * \text{fac3po1}$

Amb.: $\text{fac3po1} = 0.198 + 0,719 * \text{fac3pr}$

Amb.: $\text{fac3po2} = -0.207 + 0.760 * \text{fac3po1}$

Legende: fac3="Fremdrating", pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2

Zum Post1-Zeitpunkt verlaufen die Geraden beider Gruppen fast identisch, beide weisen eine geringe Gesamt-Verschlechterung der Werte im ersten Behandlungsabschnitt auf, allerdings ist die Steigung nicht so hoch, d.h. im hohen Belastungsbereich findet eine Verbesserung statt, im niedrigen Bereich gibt es auch Verschlechterungen. Insgesamt ist die Verschlechterung nicht so ausgeprägt, dass sie in der Varianzanalyse signifikant wurde.

Im zweiten Behandlungsabschnitt zeigen beide Gruppen leichte Verbesserungen im Mittel. Allerdings findet sich in der ambulanten Gruppe eine deutlich höhere Stei-

ung, was bedeutet, dass in der stationären Gruppe eine Verbesserung im höheren Schweregrad stattgefunden hat, in der ambulanten Gruppe weniger.

Eine Ausreißerin bei Post1 aus dem stationären Bereich verändert die Gerade nur geringfügig, so dass beide Linien fast parallel und eng beieinander laufen, wobei die stationäre Gruppe dann eine höhere Verschlechterung zeigt als die ambulante (Konstante von 0.296 vs. 0.198).

Bei Post2 ergibt die Entfernung eines Ausreißerwertes aus der stationären Gruppe ebenfalls keine deutlichen Unterschiede, die stationäre Gruppe weist eine etwas höhere Verbesserung auf als vorher (Konstante=-.272).

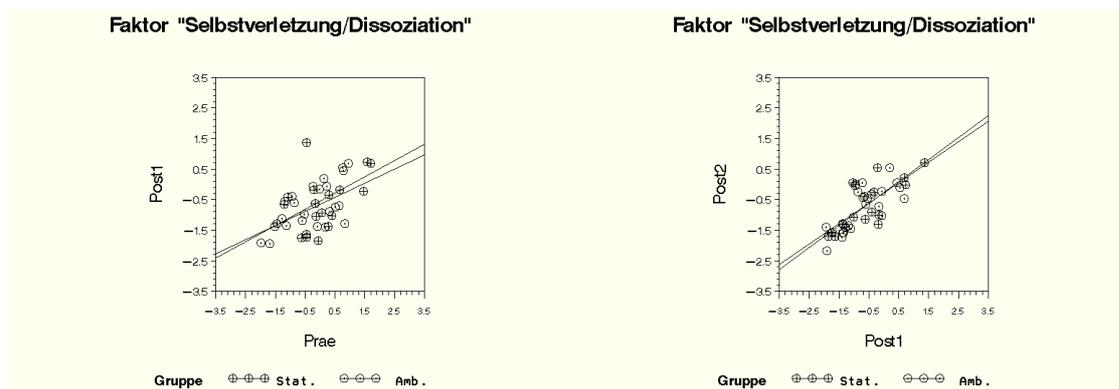
Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich im Faktor „Fremdrating“ für die stationäre und die ambulante Gruppe einzeln das gleiche Bild, das sich deskriptiv und in der Varianzanalyse für die Gesamtgruppe gezeigt hat. Zunächst findet für beide eine leichte Verschlechterung der fremdeingeschätzten Werte für depressive und ängstliche Symptomatik statt, danach verbessern sich beide etwas, die stationäre Gruppe deutlicher im hohen Belastungsbereich als die ambulante, aber insgesamt findet wenig Veränderung in dem, was die Fremdratinginstrumente gemeinsam haben, statt.

9.2.1.4. „Selbstverletzung/Dissoziation“

Abbildung 9-6 zeigt die beiden Grafiken der Regressionen zu den drei Messzeitpunkten für beide Gruppen.

Abbildung 9-6 Scatterplot für den Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“, n=42



Stat.: $\text{fac4po1} = -0.654 + 0.462 * \text{fac4pr}$

Stat.: $\text{fac4po2} = -0.284 + 0.671 * \text{fac4po1}$

Amb.: $\text{fac4po2} = -0.544 + 0.532 * \text{fac4pr}$

Amb.: $\text{fac4po2} = -0.273 + 0.721 * \text{fac4po1}$

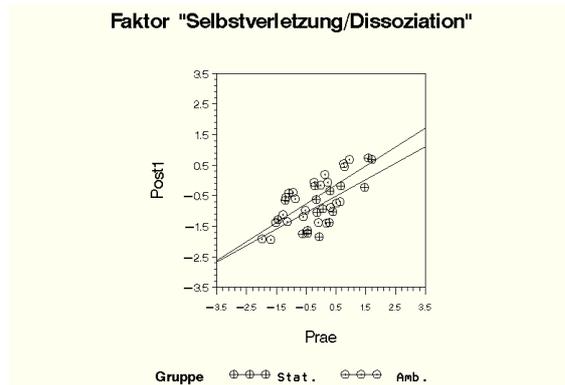
Legende: fac4=„Selbstverletzung/Dissoziation“, pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2

Beide Gruppen zeigen eine hohe Gesamt-Verbesserung der Werte im ersten Behandlungsabschnitt, die Steigung ist relativ niedrig, hohe Werte verbessern sich gut, niedrige Werte weniger.

Im zweiten Behandlungsabschnitt fallen die Geraden praktisch zusammen. Obwohl beide Gruppen noch Verbesserungen aufweisen, reicht dies für ein signifikantes Ergebnis in der Varianzanalyse nicht aus.

Bei Post1 zeigt Abbildung 9-7 nach Entfernung von zwei einflussreichen Daten (eine stationäre, eine ambulante Patientin) aus dem Datensatz ein etwas anderes Bild:

Abbildung 9-7 Scatterplot für den Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ nach Entfernung von Ausreißern, n=40



Stat.: $\text{fac4po1} = -0.781 + 0.538 \cdot \text{fac4pr}$

Amb.: $\text{fac4po1} = -0.460 + 0.620 \cdot \text{fac4pr}$

Legende: fac4=„Selbstverletzung/Dissoziation“, pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2

Die Steigungen werden in beiden Gruppen etwas höher, aber die Konstanten differieren stärker (stationär -0.781 und ambulant -0.460). Das bedeutet, dass jetzt die stationäre Gruppe eine höhere Gesamt-Verbesserung aufweist als die ambulante Gruppe. Auch diese Verhältnisse sollen anhand der Darstellung der Mittelwerte des Faktors für beide Gruppen in Tabelle 9-4 veranschaulicht werden.

Tabelle 9-4 Mittelwerte des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu drei Messzeitpunkten nach Entfernung von zwei Ausreißern, $n_{\text{stat}}=18$, $n_{\text{amb}}=22$

Zeitpunkt	Stationär		Ambulant	
	MW	SD	MW	SD
„Selbstverletzung/Dissoziation“				
Prä	0.038	0.90	-0.337	0.88
Post1	-0.760	0.78	-0.669	0.76
Post2	-0.799	0.74	-0.746	0.72

Die Tabelle zeigt, dass die stationäre Gruppe mit einer höheren Belastung im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ die Therapie beginnt und schon in den ersten vier Behandlungsmonaten eine sehr hohe Verbesserung aufweist. Die ambulante Gruppe beginnt mit einer geringeren Belastung, die sie zu Post1 und geringfügig zu Post2 verbessert. Obwohl am Ende des ersten Behandlungsjahres die Werte beider Grup-

pen fast gleich sind, ist das Ausmaß an Verbesserung in der stationären Gruppe doch deutlich höher.

Bei Post2 wird nach Entfernung eines einflussreichen Einzelwertes aus der stationären Gruppe die Konstante etwas niedriger (-0.324), die Veränderung ist nur gering.

Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich die Hauptverbesserung in Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ im ersten Behandlungsabschnitt, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Nach Entfernung von Ausreißern im ersten Therapieabschnitt zeigt allerdings die stationäre Gruppe eine deutlich höhere Verbesserung als die ambulante. Die Veränderungen in diesem Faktor sind im wesentlichen auf die Häufigkeit der Selbstverletzungen zurückzuführen, das bedeutet, dass die stationäre Gruppe in den ersten vier Monaten eine höhere Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens aufweist. Beide Gruppe zeigen mehr Verbesserung in den hohen Selbstverletzungsraten, geringe im niedrigen Bereich. Im zweiten Behandlungsabschnitt kommt es zu weiterer, aber nicht so ausgeprägter Verbesserung.

9.2.2. Die Ausreißerdaten

Bei den insgesamt 13 einflussreichen Ausreißerdaten handelt es sich um elf verschiedene Patientinnen, sieben aus der stationären Gruppe und vier aus der ambulanten Gruppe (in beiden Gruppen repräsentiert eine Patientin zweimal einen Extremwert). Die stationäre Gruppe scheint also unter den Ausreißern etwas überrepräsentiert mit 36.8% aus dieser Gruppe, gegenüber 17.4% aus der ambulanten Gruppe. Sechs der sieben stationären Patientinnen sind Ausreißer ins Pathologische, die ausgeprägte Verschlechterungen in ihren Werten aufweisen. Diese Patientinnen bewirken in den Analysen z.T. deutliche Verschlechterung zuungunsten der stationären Gruppe (z.B. SCL-90-Pathologie im ersten Behandlungsabschnitt oder Selbstverletzung/Dissoziation im ersten Behandlungsabschnitt). Unter den vier ambulanten Patientinnen gibt es nur eine mit ausgeprägter Verschlechterung, die anderen drei weisen ungewöhnlich hohe Verbesserungen auf.

9.2.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Ausmaß der Symptomatik am Ende des ersten Behandlungsjahres lässt sich vorwiegend erklären aus dem Ausmaß der Symptomatik zu Beginn der Therapie und vier Monate nach Beginn der Therapie. Patientinnen mit hoher symptomatischer Belastung zu Beginn weisen am Ende des Jahres auch eher hohe Belastung auf und umgekehrt. Ob Patientinnen zur stationären oder zur ambulanten Gruppe gehörten oder wie hoch das lebensbedrohliche Verhalten vor Therapiebeginn ausgeprägt war, spielt am Ende des Jahres für die Höhe der Symptomatik keine Rolle mehr.

In der deskriptiven Darstellung zeigen sich wenige Tendenzen für einen Gruppenunterschied. In der „SCL-90-Pathologie“ zeigen ambulante und stationäre Gruppe sehr ähnliche Verläufe in beiden Zeitintervallen. In Bezug auf die depressive Symptomatik zeigt die ambulante Gruppe eine durchgehende Verbesserung der depressiven Symptomatik in beiden Intervallen, die stationäre erst im zweiten Abschnitt. Für die Ergebnisse der fremdeingeschätzten depressiven und Angstsymptomatik gilt das Ergebnis der Varianzanalyse für beide Gruppen gleichermaßen: es zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Verläufen der beiden Gruppen. Beim letzten Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ zeigt sich im ersten Behandlungsabschnitt nach Entfernung von zwei Ausreißerwerten eine Überlegenheit der stationären Gruppe, stationäre Patientinnen reduzieren ihre Selbstverletzungen in den ersten vier Behandlungsmonaten im stärkeren Ausmaß als die ambulanten Patientinnen. Im zweiten Behandlungsabschnitt sind die Verläufe beider Gruppen fast identisch. In der deskriptiven Untersuchung der Prä-Post-Verläufe beider Gruppen konnten insgesamt also nur schwache Tendenzen zu Gruppenunterschieden in der Symptomatik ausgemacht werden.

9.3. Differentielle Ergebnisse zum interpersonellen Bereich

Für die Regressionsanalyse zur Untersuchung der potentiellen Einflussfaktoren Gruppenzugehörigkeit, Schweregrad und Werte zu früheren Zeitpunkten wird die Einteilung in hohe und niedrige Gruppen beibehalten. Das bedeutet, dass insgesamt vier Regressionsanalysen durchgeführt werden, zwei für die niedrigen und hohen Werte im Faktor „Distanz“, eine für die hohen Werte im Faktor „Abhängigkeit“ (die niedrige Gruppe hat ein n von nur fünf und wird nicht eigens berechnet) und eine für die Gesamtgruppe im Faktor „Soziale Einbindung“, bei der alle Patientinnen in eine Gruppe fallen.

Die Ergebnisse für die vier multiplen Regressionen werden in Tabelle 9-5 vorgestellt. Eingetragen sind bei signifikanten Ergebnissen jeweils der Varianzzuwachs durch den Prädiktor, die Regressionskoeffizienten b, sowie deren t-Wert und die Wahrscheinlichkeit für $H_0: b=0$.

Tabelle 9-5 Multiple Regressionen für die drei Interpersonellen Faktoren, n=42

Faktor – Post2	Prädiktor	R ² -Zuwachs	b	t	p
„Distanz“ niedrig	Post1-Werte	50.5%	0.744	4.29	.0004
„Distanz“ hoch	Post1-Werte	52.5%	0.664	4.70	.0001
„Abhängigkeit“ hoch	Post1-Werte	20.8%	0.553	3.03	.005
„Soz. Einbindung“	Prä-Werte	15.0%	0.422	2.66	.011

Für keine Analyse erbrachte die Gruppenzugehörigkeit oder der Schweregrad bzw. deren Interaktion einen signifikanten Erklärungszuwachs für die Post2-Werte. Prädiktionskraft haben die Werte vier Monate nach Behandlung bzw. zu Beginn der Be-

handlung. Damit ließ sich die Hypothese einer Überlegenheit der stationären Gruppe gegenüber der ambulanten, vor allem für den Faktor „Soziale Einbindung“ nicht belegen. Hoher Schweregrad der Störung steht ebenfalls in keinem Zusammenhang mit dem Ergebnis der „Sozialen Einbindung“ nach einem Jahr Behandlung.

Auch für die interpersonellen Regressionen wurde nach einflussreichen Ausreißern gesucht. Dabei ergab sich für den Faktor „Abhängigkeit“, auf dem der größte Teil der Stichprobe im hohen Bereich lädt, nach Entfernung von zwei Patientinnen aus dem Datensatz ein signifikanter Effekt für den Interaktionsprädiktor Gruppe*Schweregrad. In die Regressionsgleichung gehen zunächst der 4-Monats-Wert als Prädiktor ein ($b=0.660$, $t=4.5$, $p<.0001$), danach die Interaktion ($b=-0.056$, $t=-2.62$, $p=.013$). Dieses Ergebnis soll im folgenden Abschnitt näher untersucht werden.

9.3.1. Einfluss von Gruppe und Schweregrad auf die Ergebnisse bei hohen Werten im Faktor „Abhängigkeit“

Für die weitere Untersuchung und Interpretation des Einflusses von Gruppe und Schweregrad ist es zunächst wichtig festzuhalten, dass für die obige Regressionsanalyse die Dummy-Codierung der Gruppe so erfolgte, dass die stationäre Gruppe mit 0 und die ambulante Gruppe mit 1 kodiert wurde. Das bedeutet inhaltlich, dass die Ergebnisse interpretiert werden müssen mit Fokus auf die ambulante Gruppe in Relation zur stationären. Die Regressionsgleichung lautet:

Gleichung 9-1

$$\text{faci2po2} = 0.468 + 0.686 * \text{faci2po1} - 0.066 * (\text{Gruppe} * \text{SG})$$

Legende: faci2po2 =Post2-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, faci2po1 =Post1-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, SG=Schweregrad

Wenn in diese Gleichung die entsprechenden Gruppenkodierungen eingesetzt werden, resultiert für die ambulante Gruppe als Regressionsgleichung:

Gleichung 9-2

$$\text{faci2po2} = 0.468 + 0.686 * \text{faci2po1} - 0.066 * \text{SG}$$

Legende: faci2po2 =Post2-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, faci2po1 =Post1-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, SG=Schweregrad

Inhaltlich bedeutet dies nichts anderes, als dass in der ambulanten Gruppe das Zustandekommen der Post2-Werte zum einen durch einen den Term $0.686 * \text{fac2po1}$ (und dieser gilt für jeden Schweregrad) erklärt wird und durch einen variierenden Term, der unterschiedlich ist für verschiedene Schweregrade. Die Art des Einflusses auf die Post2-Werte wird allein durch den Term $0.468 - 0.066 * \text{Schweregrad}$ ausgedrückt. Durch Einsetzen der unterschiedlichen Schweregrade in die Gleichung lassen sich die Konstanten berechnen, die für Ausmaß und Richtung der Veränderung stehen. Auch hier gilt wieder, dass positive Faktorwerte für hohe Belastung in den inter-

personellen Variablen, die den Faktor „Abhängigkeit“ bilden, stehen. Verbesserung zeigt sich also an durch negative Werte.

In der ambulanten Gruppe variiert der Schweregrad von 6 bis 11, die zugehörigen Konstanten zeigt Tabelle 9-6.

Tabelle 9-6 Schweregrad und Konstanten der Regression für hohe Werte im Faktor „Abhängigkeit“, n=35

Schweregrad	6	7	8	9	10	11
Konstante	0.072	0.006	-0.06	-0.126	-0.192	-0.258

Der Einfluss des Schweregrades in der ambulanten Gruppe verläuft so, dass im niedrigen Schweregradbereich die Post2-Werte weitgehend konstant bleiben mit der Tendenz, in leichten Fällen sich eher zu verschlechtern. Im höheren Schweregradbereich findet sich eine Verbesserung, die mit zunehmenden Schweregrad ausgeprägter wird¹⁹. Patientinnen der ambulanten Gruppe erfahren also mit zunehmendem Schweregrad der Borderline-Störung, wie er in Abschnitt 4.2.2.2 definiert wurde, eine deutlichere Verbesserung ihrer hohen Abhängigkeitswerte. Insgesamt muss hier aber auch bedacht werden, dass der Einfluss der Post1-Werte auf die Post2-Werte größer ist als der Einfluss von Schweregrad und Gruppe.

Wenn man die Codierungen umdreht und der ambulanten Gruppe den Wert 0 zuteilt, um den Fokus auf die stationäre Gruppe zu erhalten, dann erhält man folgende Regressionsgleichung für die gesamte Gruppe der Patientinnen mit hohen Werten im Faktor „Abhängigkeit“, bereinigt von zwei Ausreißerwerten:

Gleichung 9-3

$$\text{faci2po2} = -0.109 + 0.709 \cdot \text{faci2po1} + 0.572 \cdot \text{Gruppe}$$

Legende: faci2po2=Post2-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, faci2po1=Post1-Werte im Faktor „Abhängigkeit“

Das heisst, für das Zustandekommen der Post2-Werte der stationären Gruppe spielt der Schweregrad keine Rolle mehr. Setzt man 1 ein für die stationäre Gruppe erhält man:

Gleichung 9-4

$$\text{faci2po2} = -0.109 + 0.709 \cdot \text{faci2po1} + 0.572 = 0.463 + 0.709 \cdot \text{fac2po1}$$

Legende: faci2po2=Post2-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, faci2po1=Post1-Werte im Faktor „Abhängigkeit“

Das heisst, dass Patientinnen der stationären Gruppe eine Verschlechterung ihrer hohen Abhängigkeitswerte zum Post2-Zeitpunkt erfahren haben, unabhängig vom Schweregrad.

¹⁹ Die Art des Anwachsens bzw. Abnehmens der Konstanten ist zwangsläufig linear, da es sich um eine lineare regressionsanalytische Gleichung handelt. Dass die Linearität den Verhältnissen in der Stichprobe entspricht, wird durch die Überprüfung der Voraussetzungen gewährleistet.

Wenn man für die ambulante Gruppe in Gleichung 9-3 den Wert 0 für Gruppe einträgt ergibt sich folgende Gleichung:

Gleichung 9-5

$$\text{faci2po2} = -0.109 + 0.709 * \text{faci2po1}$$

Legende: faci2po2 =Post2-Werte im Faktor „Abhängigkeit“, faci2po1 =Post1-Werte im Faktor „Abhängigkeit“

Das bedeutet inhaltlich, dass sich für die Verbesserung in der ambulanten Gruppe ein gemittelter Werte der Konstanten von -0.109 ergibt, in den der Einfluss des Schweregrades einfließt. Der Term $0.709 * \text{faci2po1}$ zeigt den zusätzlichen Einfluss an, den die Höhe der Werte zum Post1-Zeitpunkt ausüben.

Zusammenfassung

Die Ausprägung der Abhängigkeitswerte vier Monate nach Beginn der Therapie bestimmen am stärksten das Ausmaß der Werte nach einem Jahr. Daneben zeigt sich, dass Patientinnen der ambulanten Gruppe, die sich zu Beginn der Therapie in ihren interpersonellen Einstellungen anderen gegenüber als sehr abhängig beschreiben, am Ende des ersten Jahres insgesamt ihre Abhängigkeit als leicht reduziert einschätzen. Sie beschreiben sich um so weniger abhängig, je stärker vor Therapiebeginn der Schweregrad im Sinne von Parasuizidalität und Klinikaufenthalt ausgeprägt war.

Die stationären Patientinnen dagegen zeigen im Durchschnitt eine Verschlechterung, und zwar unabhängig vom Schweregrad. Ambulante Patientinnen im hohen Schweregrad weisen also die ausgeprägtesten Veränderungen auf in den interpersonellen Variablen, die für eine ausnutzbare, zu freundliche und dependente Einstellung stehen.

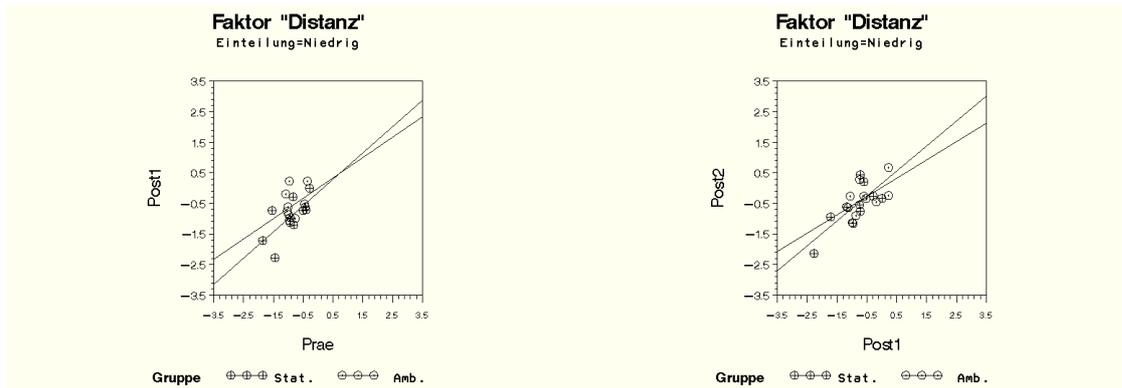
9.3.2. Grafische Prä-Post-Darstellung in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit

Für die interpersonellen Variablen bzw. Faktoren wurden Grafiken wie für den Symptombereich angefertigt. Sie ermöglichen es, tendenzielle Einflüsse durch die Gruppenzugehörigkeit anhand der Regressionslinien darzustellen. Die Grafiken wurden für die hohen und die niedrigen Werte im Faktor „Distanz“ erstellt, für die hohen Werte im Faktor „Abhängigkeit“ und für den Gesamtbereich des Faktors „Soziale Einbindung“.

9.3.2.1. „Distanz“ – niedrig

Abbildung 9-8 zeigt die Grafiken der Regressionen zu den drei Messzeitpunkten

Abbildung 9-8 Scatterplots für den Faktor „Distanz- niedrig“, n=42



Stat.: $\text{faci1po1} = -0.144 + 0.860 * \text{faci1pr}$

Stat.: $\text{faci1po2} = 0.153 + 0.818 * \text{faci1po1}$

Amb.: $\text{faci1po1} = 0.006 + 0.666 * \text{faci1pr}$

Amb.: $\text{faci1po2} = 0.019 + 0.599 * \text{faci1po1}$

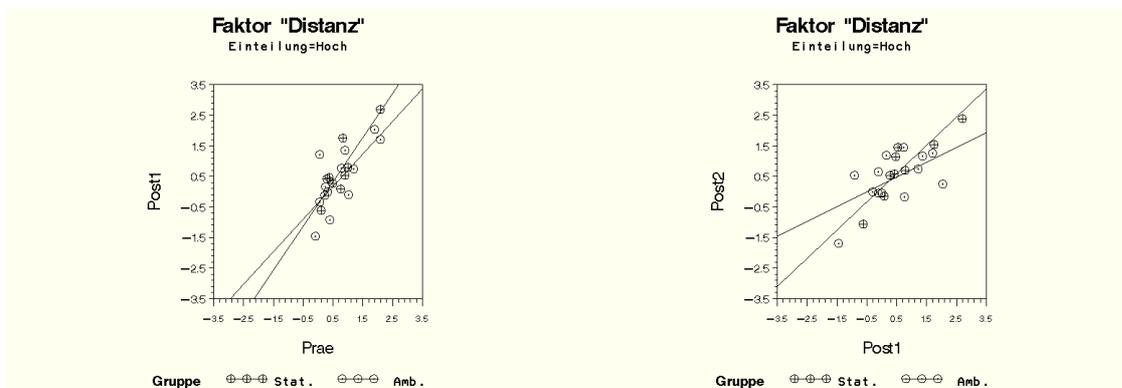
Legende: faci1 ="Distanz", pr =Prä, po1 =Post1, po2 =Post2

Die ambulante Gruppe zeigt keine Durchschnittsveränderung. Da eine negative Konstante bedeutet, dass die Regressionslinie in den niedrigeren Wertebereich verschoben ist, heisst das, dass die stationäre Gruppe eine leichte Verschlechterung zu Post1 aufweist (in der Einteilung „Distanz“ – niedrig ist eine Erhöhung der Werte wünschenswert). Auch im zweiten Behandlungsabschnitt weist die stationäre Gruppe eine geringe Verbesserung auf, während die Werte der ambulanten Gruppe im Durchschnitt unverändert bleiben. Beide Gruppen haben die Tendenz, sich im unteren Wertebereich zu verbessern.

9.3.2.2. „Distanz“ – hoch

Abbildung 9-9 zeigt die grafischen Darstellungen der Regressionen für die drei Messzeitpunkte

Abbildung 9-9 Scatterplots für den Faktor „Distanz – hoch“, n=42



Stat.: $\text{faci1po1} = -0.389 + 1.444 * \text{faci1pr}$

Stat.: $\text{faci1po2} = 0.138 + 0.924 * \text{faci1po1}$

Amb.: $\text{faci1po1} = -0.363 + 1.068 * \text{faci1pr}$

Amb.: $\text{faci1po2} = 0.225 + 0.486 * \text{faci1po1}$

Legende: $\text{faci1} = \text{„Distanz“}$, $\text{pr} = \text{Prä}$, $\text{po1} = \text{Post1}$, $\text{po2} = \text{Post2}$

Im ersten Behandlungsabschnitt zeigen beide, die ambulante und stationäre Gruppe, eine Verbesserung der Werte, wobei für die ambulante Gruppe eine Parallelverschiebung der Werte stattgefunden hat und für die stationäre Gruppe die Tendenz sichtbar ist, dass höhere Werte sich eher noch verschlechtert haben. In der Varianzanalyse waren diese Verbesserungen aber nicht ausreichend für ein signifikantes Ergebnis.

Zu Post2 zeigen beide Gruppen eine leichte Verschlechterung, wobei in der ambulanten Gruppe die hohen Werte sich mehr verbessert haben als in der stationären.

Zusammenfassung für den Faktor „Distanz“

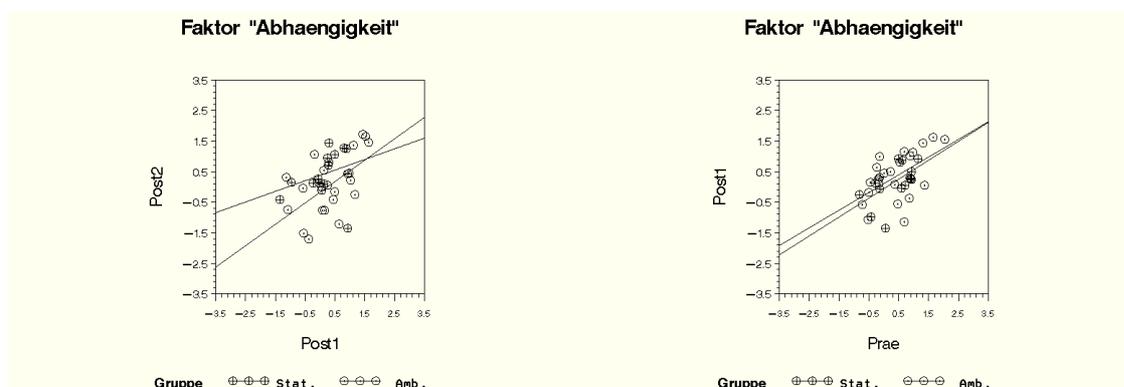
Stationäre Patientinnen, die sich zu Beginn der Therapie als zu wenig abgrenzend beschreiben, schätzen sich nach vier Monaten leicht ungünstiger ein als zu Beginn, am Ende des ersten Jahres nehmen sie sich aber als stärker abgrenzend anderen gegenüber wahr. Bei den ambulanten Patientinnen finden sich am Ende des Jahres kaum Veränderung in ihrer Einschätzung ihres interpersonelles Verhaltens.

Patientinnen, die sich zu Beginn eher als zu abweisend und kalt anderen gegenüber einschätzen, weisen weder in der ambulanten noch in der stationären Gruppe eine Verbesserung auf. Tendenziell beschreiben sich Patientinnen nach dem stationären Aufenthalt eher noch abweisender als zuvor. Insgesamt sind die Verläufe beider Gruppen sehr ähnlich.

9.3.2.3. „Abhängigkeit“ – hoch

Abbildung 9-10 zeigt die Grafiken für die Regressionen der drei Messzeitpunkte.

Abbildung 9-10 Scatterplots für den Faktor „Abhängigkeit – hoch“, n=42



Stat.: $\text{faci2po1} = -0.062 + 0.619 * \text{faci2pr}$

Stat.: $\text{faci2po2} = 0.372 + 0.346 * \text{faci2po1}$

Amb.: $\text{faci2po1} = 0.108 + 0.581 * \text{faci2pr}$

Amb.: $\text{faci2po2} = -0.180 + 0.701 * \text{faci2po1}$

Legende: $\text{faci2} = \text{„Abhängigkeit“}$, $\text{pr} = \text{Prä}$, $\text{po1} = \text{Post1}$, $\text{po2} = \text{Post2}$

Im ersten Behandlungszeitraum sind die Verläufe für die stationäre und die ambulante Gruppe praktisch identisch, es gibt kaum eine Gesamtveränderung, wobei diese Nicht-Veränderung teilweise dadurch zustande kommt, dass in beiden Gruppen im mittleren Bereich Verschlechterungen und im hohen Bereich Verbesserungen stattfinden.

Im zweiten Behandlungsabschnitt zeigen sich deutliche Unterschiede derart, dass die ambulante Gruppe eine leichte Verbesserung ihrer hohen Werte zeigt, die stationäre Gruppe dagegen eine Verschlechterung im Mittel. In der stationären Gruppe sind Post1- und Post2-Werte nur noch gering korreliert, das heisst, dass relativ unabhängig vom Post1-Wert die Patientinnen sich auf einen schlechteren Wert zu Post2 einpendeln. Die Grafiken stellen eine Bestätigung dar für die in Abschnitt 9.3.1 beschriebenen Ergebnisse, wo die ambulante Gruppe in Abhängigkeit vom Schweregrad eine Verbesserung ihrer Werte aufweisen und die stationäre Gruppe eine leichte Verschlechterung.

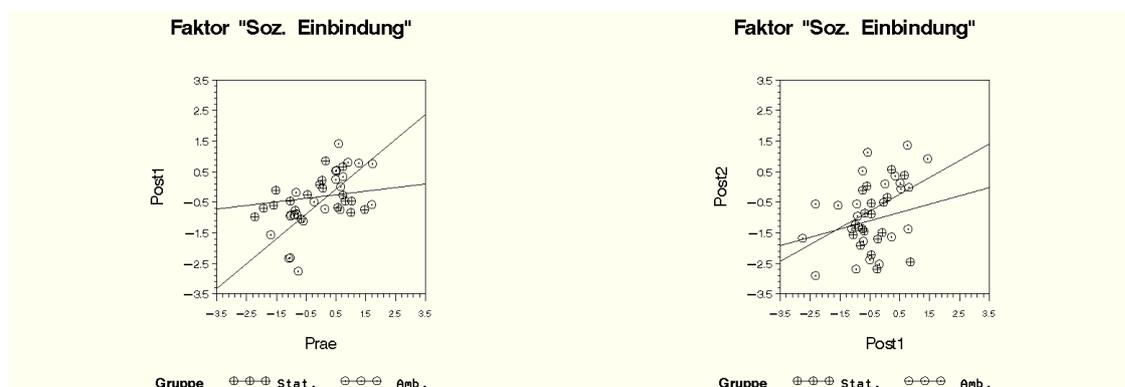
Zusammenfassung

Insgesamt findet sich im Faktor „Abhängigkeit“ – hoch im ersten Therapieabschnitt keine Gesamtveränderung für beide Gruppen. Im zweiten Intervall kommt es für die ambulante Gruppe zu einer leichten Verbesserung, für die stationäre Gruppe aber zu einer Verschlechterung der Werte. Patientinnen, die sich selbst als zu freundlich, nachgiebig und ausnutzbar einschätzen, beschreiben unter ambulanter Behandlung nach einem Jahr eine leichte Besserung in diesen Einschätzungen. Die stationären Patientinnen beschreiben sich zum Ende des Jahres dagegen eher als noch ausgeprägter in ihren abhängigen Einstellungen.

9.3.2.4. „Soziale Einbindung“

Abbildung 9-11 zeigt die Grafiken für die Regressionen der drei Messzeitpunkte.

Abbildung 9-11 Scatterplots für den Faktor „Soziale Einbindung“, n=42



$$\text{Stat.: } \text{faci3po1} = -0.316 + 0.120 * \text{faci3pr}$$

$$\text{Amb.: } \text{faci3po1} = -0.473 + 0.814 * \text{faci3pr}$$

$$\text{Stat.: } \text{faci3po2} = -0.971 + 0.269 * \text{faci3po1}$$

$$\text{amb.: } \text{faci3po2} = -0.511 + 0.550 * \text{faci3po1}$$

Legende: faci3=„Soziale Einbindung“, pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2

Im ersten Behandlungsabschnitt weisen beide Gruppen eine Verbesserung der Werte auf, die ambulante geringfügig mehr. Allerdings weist die Gerade der stationären Gruppe eine sehr geringe Steigung auf, d.h. im höher pathologischen Bereich findet eine deutlich größere Verbesserung statt als im mittleren und im niedrigen Bereich gibt es eine Tendenz zu Verschlechterung der Werte. Die „Soziale Einbindung“ verbessert sich für die meisten Patientinnen der stationären Gruppe unabhängig davon, mit welchen Werten sie die Therapie begannen. Die ambulante Gruppe dagegen zeigt eine eher konstante Verbesserung über den Gesamtbereich mit der Tendenz, dass vorher hohe Werte nachher immer noch im höheren Bereich liegen.

Im zweiten Behandlungsabschnitt zeigt sich die mittlere Verbesserung noch stärker, diesmal weist die stationäre Gruppe eine deutlich höhere allgemeine Verbesserung auf als die ambulante. Die Tendenz zu höheren Verbesserungen im pathologischen Bereich ist immer noch vorhanden, aber diesmal gibt es keine Werte innerhalb der stationären Gruppe, die in den Bereich fallen, wo gute (=niedrige) Post1-Werte eine Verschlechterung zu Post2 erfahren. Auch die ambulante Gruppe verbessert sich im Mittel, in ähnlichem Ausmaß wie im ersten Behandlungsabschnitt. Die Steigung wird geringer, d.h. auch hier gibt es jetzt eine Tendenz zu mehr Verbesserung im hohen Bereich, aber auch einige Werte, die zu Post1 gut waren und sich zu Post2 verschlechtert haben. Tabelle 9-7 zeigt die Mittelwerte des Faktors der beiden Gruppen.

Tabelle 9-7 Mittelwerte des Faktors „Soziale Einbindung“ zu drei Messzeitpunkten für die stationäre (n=19) und die ambulante (n=23) Gruppe

Zeitpunkt	Stationär		Ambulant	
	MW	SD	MW	SD
„Soziale Einbindung“				
Prä	-0.193	1.09	-0.00	0.98
Post1	-0.339	0.52	-0.475	1.10
Post2	-1.062	0.94	-0.772	1.25

Die deskriptiven Werte verdeutlichen noch einmal, dass beide Gruppen sich verbessern. Im ersten Behandlungsabschnitt gilt dies mehr für die ambulante Gruppe, im zweiten Abschnitt deutlich mehr für die stationäre Gruppe.

Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich beim Faktor „Soziale Einbindung“ im zweiten Behandlungsabschnitt eine deutlichere Verbesserung als im ersten und diese Verbesserung geht mehr auf die stationäre Gruppe zurück als auf die ambulante. Patientinnen mit stationärer Behandlung zu Beginn der Therapie weisen also am Ende des ersten Behandlungsjahres eine bessere soziale Funktionsfähigkeit und Zufriedenheit in den Bereichen Arbeit, Familie, Freizeit und Freundschaften auf als die Patientinnen mit rein ambulanter Behandlung. Daneben zeichnet es die stationäre Gruppe aus, dass unter den Patientinnen diejenigen mit besonders schlechter sozialer Einbindung zu Beginn sich besonders gut verbessern.

9.3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie bei den Symptombfaktoren finden sich bei den interpersonellen Faktoren keine teststatistisch signifikanten, sondern nur tendenzielle Unterschiede in den Verläufen der ambulanten und der stationären Gruppe. In den interpersonellen Einstellungen anderen gegenüber gibt es schwache Tendenzen, dass sich die stationären Patientinnen am Ende des ersten Behandlungsjahres ungünstiger einschätzen als zu Beginn. Dies gilt für Patientinnen, die entweder einen zu kontaktabweisenden oder einen zu wenig abgrenzenden interpersonellen Stil anderen gegenüber beschreiben. Dies wird allerdings nur durch leichte Tendenzen ausgedrückt.

In den abhängigen interpersonellen Einstellungen zeigt sich kein Unterschied im ersten Behandlungsabschnitt, im zweiten Teil der Behandlung kommt es für die ambulante Gruppe zu einer durchschnittlich leichten Verbesserung, für die stationäre Gruppe aber zu einer Verschlechterung der Werte. Ambulante Patientinnen beschreiben sich am Ende des ersten Jahres also als etwas weniger abhängig, im Sinne von zu ausnutzbar, zu freundlich oder zu submissiv, stationäre Patientinnen dagegen etwas mehr. Dabei zeigt sich für die ambulante Gruppe nach Entfernung von zwei Ausreißerwerten eine Abhängigkeit vom Schweregrad. Je höher das Ausmaß an Parasuizidalität und Klinikaufenthalt vor Therapiebeginn, um so ausgeprägter ist die Verbesserung der abhängigen Werte. Die stationäre Gruppe weist dagegen im Durchschnitt eine Verschlechterung der Werte, unabhängig vom Schweregrad auf.

KAPITEL 10

VERLÄUFE DER DROP-OUT-PATIENTINNEN

Kapitel 10 hat die Ergebnisse der Patientinnen, die die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben, zum Inhalt. Dabei werden zunächst die Ergebnisse der Drop-out-Patientinnen nach einem Jahr denen der Restgruppe mit regulärer Therapiefortsetzung gegenübergestellt. Dies erfolgt getrennt für die Ergebnisse des Symptomatik und des interpersonellen Bereichs. Am Ende des Kapitels wird unterschieden zwischen Drop-out-Patientinnen, die weiter für Diagnostik zur Verfügung standen und denen, die ganz oder zeitweise den Kontakt abbrachen und es wird der Vergleich der Eingangswerte dieser beiden Gruppen vorgestellt.

Von den insgesamt 22 (33.3%) Patientinnen, die die Behandlung im Verlauf des ersten Behandlungsjahres abbrachen, liegen von insgesamt neun sowohl die Post1- als auch die Post2-Messung vor. Da sich mit $n=9$ keine aufwendigen statistischen Verfahren rechnen lassen, wird hier vor allem der Verlauf deskriptiv dargestellt und zwar in Relation zu den Patientinnen, die das Jahr Behandlung komplett durchlaufen haben. Dabei muss bedacht werden, dass diese „Auswahl“ von neun Patientinnen gebiast ist, weil das Selektionskriterium nicht kontrollierbar ist, die Patientinnen, die bereit waren, auch weiterhin Diagnostik mitzumachen, stellen möglicherweise eine spezielle Auswahl aus der Gesamtgruppe der Drop-outs dar.

Die neun Patientinnen, die hier dargestellt werden, nahmen im Schnitt 200.4 Tage ($SD=92.3$) an der Therapie teil, der Range von Tagen, die bis zum Abbruch vergingen reicht von 66 bis 342.

10.1. Veränderung der psychopathologischen Symptomatik

Wenn in diesem Abschnitt die Rede ist von „Drop-out“, dann sind damit die neun Patientinnen gemeint, deren Daten zu drei Messzeitpunkten vorliegen, während die „non-Drop-out-Gruppe“ immer die Patientinnen bezeichnet, die ein Jahr Therapie ohne Abbruch durchlaufen haben. Die Darstellung erfolgt anhand der in der Hauptkomponentenanalyse ermittelten Faktoren.

10.1.1. „SCL-90-Pathologie“

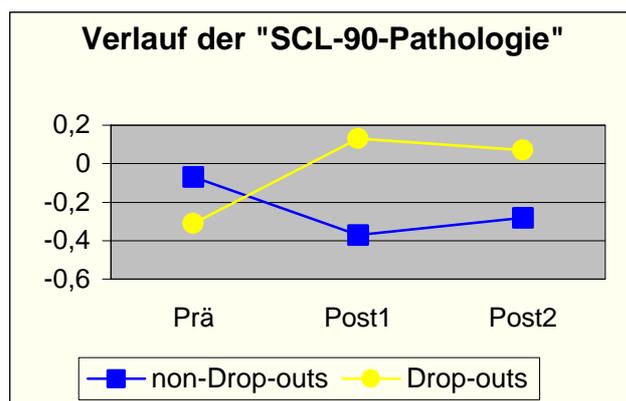
In Tabelle 10-1 werden die deskriptiven Werte dieses Faktors der Drop-out-Gruppe zu den drei Messzeitpunkten dargestellt.

Tabelle 10-1 Faktorscores der „SCL-90-Pathologie“ zu drei Messzeitpunkten, n=9

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„SCL-90-Pathologie“					
	Prä	-0.31	1.19	-2.55	1.54
	Post1	0.13	1.68	-1.15	3.10
	Post2	0.07	2.05	-1.81	4.39

Im deskriptiven Verlauf verschlechtern sich die Drop-out-Patientinnen vor allem im ersten Behandlungsabschnitt. Nach einem Jahr sind die Werte zwar etwas besser als zu Post1, aber schlechter als zu Beginn.

Abbildung 10-1 stellt die Verläufe der Drop-out- und der non-Drop-out-Gruppe gegenüber.

Abbildung 10-1 Verlauf des Faktors „SCL-90-Pathologie“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)

Beide Kurven verlaufen entgegengesetzt, wobei die neun Patientinnen der Drop-out-Gruppe „günstiger“ starten, mit einer niedrigeren Symptombelastung als die andere Gruppe. Dieser Unterschied wird nicht signifikant, bei der niedrigen Stichprobengröße von n=9 der Drop-out-Gruppe beträgt die Power, um einen signifikanten Effekt zu finden nur 9.8%. Innerhalb der ersten vier Monate verschlechtert sich die Symptomatik und bleibt bis zum Ende des ersten Jahres im wesentlichen unverändert, während die andere Gruppe sich in Richtung Verbesserung bewegt. Auffallend ist die anwachsende und am Ende sehr hohe Standardabweichung in der Drop-out-Gruppe, die fast ausschließlich auf Extremwerte im ungünstigen Bereich zurückzuführen ist. Es lässt sich kein Hinweis darauf finden, dass die Symptombelastung zu Beginn oder nach einem Jahr mit der Anzahl von Tagen in Therapie bis zum Abbruch zusammenhängt ($r_s = -0.167$ bei Prä und $r_s = 0.067$ bei Post2).

10.1.2. „Depressivität“

Tabelle 10-2 zeigt die Verläufe des Depressivitätsfaktors für die Gruppe von neun Drop-out-Patientinnen.

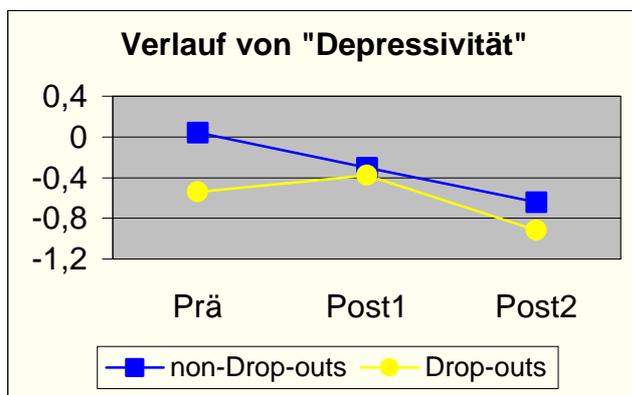
Tabelle 10-2 Faktorscores der „Depressivität“ zu drei Messzeitpunkten, n=9

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Depressivität“	Prä	-0.54	1.18	-2.03	1.33
	Post1	-0.38	0.99	-1.73	1.28
	Post2	-0.92	1.43	-3.10	1.09

Der deskriptive Verlauf zeigt eine deutliche Verbesserung der Werte an.

Abbildung 10-2 zeigt die Verläufe in diesem Faktor für die beiden Gruppen.

Abbildung 10-2 Verlauf des Faktors „Depressivität“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)



Auch in diesem Faktor beginnen die neun Patientinnen der Drop-out-Gruppe die Therapie im Mittel mit einer günstigeren Symptombelastung. Dieser Unterschied ist im T-Test für unabhängige Stichproben nicht signifikant, was sich auf die geringe Wahrscheinlichkeit von 25.9% bei einem Effekt von $d=.49$ für die Widerlegung der Nullhypothese zurückführen lässt. Die Drop-out-Patientinnen verschlechtern sich in den ersten vier Monaten und verbessern sich deutlich zum Post2-Zeitpunkt. Die non-Drop-out-Gruppe zeigt eine stetige Verbesserung, landet aber auf einem etwas weniger günstigen Endwert wie die Drop-outs. Die letzte Aussage lässt sich auch dadurch belegen, dass im Gegensatz zur SCL-90-Pathologie die Maximalwerte der Drop-out-Gruppe kleiner sind als die der Restgruppe (diese betragen für die non-Drop-outs für Post1 2.33 und für Post2 2.01).

Bei diesem Faktor zeigen sich eher Hinweise auf einen Zusammenhang mit dem Zeitpunkt des Abbruchs, r_s für Prä beträgt .467 und r_s für Post2=.550. Das bedeutet, dass Patientinnen mit höherer depressiver Belastung zu Beginn später abgebrochen haben als die mit geringerer Belastung. Gleichzeitig hängt ein früherer Abbruch mit günstigeren depressiven Werten nach einem Jahr zusammen.

10.1.3. „Fremdrating“

In Tabelle 10-3 werden die Faktorscores der drei Messzeitpunkte von n=9 Drop-outs dargestellt.

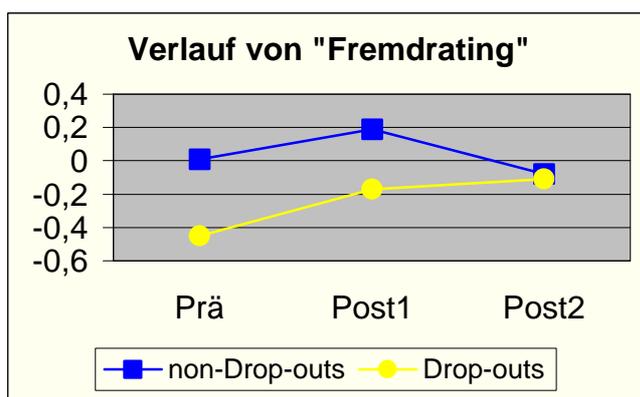
Tabelle 10-3 Faktorscores von „Fremdrating“ zu drei Messzeitpunkten, n=9

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Fremdrating“	Prä	-0.45	0.80	-1.50	0.81
	Post1	-0.17	0.97	-1.69	1.04
	Post2	-0.11	0.76	-1.55	0.74

Im Faktor „Fremdrating“ sieht man eine Verschlechterung der Werte im ersten Behandlungsabschnitt. Im anschließenden Zeitraum bleiben die Werte unverändert.

Abbildung 10-3 zeigt die Darstellung der Verläufe für beide Gruppen, die Drop-outs und die non-Drop-outs.

Abbildung 10-3 Verlauf des Faktors „Fremdrating“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)



Im Faktor „Fremdrating“ zeigt sich das gleiche Phänomen wie in den beiden ersten Faktoren, die Gruppe der Drop-outs beginnt zum Prä-Zeitpunkt mit günstigeren Symptomwerten als die andere Gruppe. Der T-Test weist bei einem relativ großen Unterschied mit einem Effekt von $d=.45$ eine zu geringe Power von 22.2% auf. Die Drop-outs verschlechtern sich zunehmend, während die non-Drop-outs sich zunächst

verschlechtern, danach verbessern, wenn auch kein Gesamtverbesserung über ein Jahr resultiert. Zum Post2-Zeitpunkt weisen beide fast identischen Werte auf. Auch hier gilt, dass die Maximalwerte der non-Drop-out-Gruppe deutlich höher (und damit ungünstiger) ausfallen als bei den Drop-outs (non-Drop-outs: Maximalwerte 2.21 bei Post1 und 2.18 bei Post2).

Hier finden sich Zusammenhänge zwischen Zeit bis zum Abbruch und Post1- bzw. Post2-Werten: r_s für Prä beträgt 0.117 und r_s für Post2= -0.567. Für die Verbesserung im Fremdrating gilt also der umgekehrte Zusammenhang wie beim Faktor „Depressivität“: je kürzer die Zeit bis zum Abbruch, um so ungünstiger die Werte zum Post2-Zeitpunkt.

10.1.4. „Selbstverletzung/Dissoziation“

Tabelle 10-4 zeigt die Faktorscores des Faktors Selbstverletzung/Dissoziation zu den drei Messzeitpunkten für die Drop-outs.

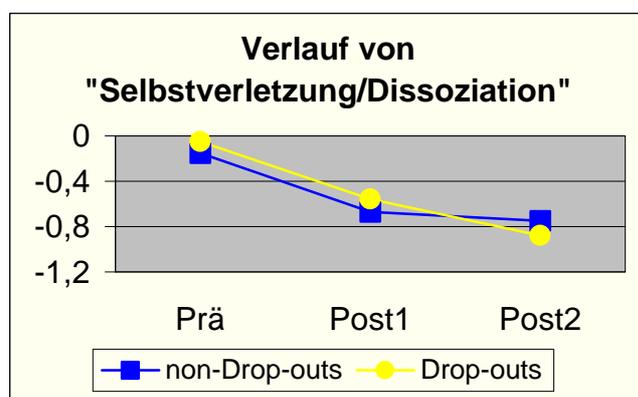
Tabelle 10-4 Faktorscores von „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu drei Messzeitpunkten, n=9

	Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Selbstverletzung/Dissoziation“					
	Prä	-0.05	1.14	-1.75	0.96
	Post1	-0.56	1.07	-1.50	1.77
	Post2	-0.88	1.06	-1.76	1.45

Im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ ist deskriptiv eine deutliche Verbesserung zu Post1 und Post2 festzustellen. Da das Minimum gleich bleibt, das Maximum aber schlechtere Werte zeigt, muss der größte Teil der Drop-out-Patientinnen sich verbessern, um den Mittelwert so deutlich in Richtung Verbesserung zu verschieben.

Abbildung 10-4 zeigt den grafischen Verlauf für beide Gruppen.

Abbildung 10-4 Verlauf des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)



Wie die Abbildung zeigt, ist praktisch kein Unterschied feststellbar im Verlauf beider Gruppen, dies ist der einzige Faktor, in dem die Drop-out-Gruppe nicht mit deutlich günstigerer Symptombelastung beginnt. Allerdings weisen hier die Drop-outs die Ausreißer in den ungünstigen Bereich auf, die Maximalwerte liegen über denen der non-Drop-outs (deren Maximalwerte sind bei Post1 1.37 und bei Post2 0.72), das heisst, die non-Drop-outs verbessern sich einheitlicher.

Hier ist auch kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Therapiezeit bis zum Abbruch und Symptomatik zu Beginn bzw. nach einem Jahr feststellbar (r_s für Prä=.083, r_s für Post2=.067).

10.1.5. Zusammenfassung

Patientinnen, die die Behandlung abbrechen, geben zu Beginn eine geringere Belastung an, was die depressiven Symptome angeht, die psychopathologischen Symptome, wie sie die Subskalen des SCL-90-R erfassen und die im Fremdrating erfassten Symptome von Angst und Depression. Das Ausmaß an selbstverletzendem und dissoziativem Verhalten zu Beginn ist dagegen gleich hoch wie bei den Patientinnen, die die Therapie regulär fortsetzen.

Im ersten Faktor „SCL-90-Pathologie“ zeigt sich eine deutlich schlechtere Symptombelastung zum Ende des Behandlungsjahres für die Patientinnen mit Therapieabbruch. Die durch die anderen Faktoren repräsentierte Symptomatik zeigt nach einem Jahr sehr ähnliche Endwerte wie die der Patientinnen, die die Therapie fortsetzen. Das bedeutet, dass Patientinnen, die die Therapie abbrechen, trotzdem, wie die Restgruppe, deutliche Verbesserungen in der depressiven Symptomatik und im selbstverletzenden Verhalten zeigen. In der durch Fremdrating eingeschätzten Angst- und Depressivitäts-Symptomatik verschlechtern sich die Drop-out-Patientinnen, so dass sie nach einem Jahr ungünstiger eingeschätzt werden als zu Beginn, aber dann auf gleichem Niveau liegen wie die non-Drop-out-Gruppe. Die Hypothese, dass die Patientinnen mit Therapieabbruch schlechtere Ergebnisse nach einem Jahr aufweisen als die Patientinnen, die die Therapie fortsetzten, lässt sich damit nicht aufrechterhalten.

Innerhalb der Drop-out-Gruppe gibt es für die „SCL-90-Pathologie“ und für „Selbstverletzung/Dissoziation“ keinen eindeutigen Zusammenhang zum Zeitpunkt des Abbruchs. Patientinnen, die früher abbrechen, geben nach einem Jahr weniger depressive Symptomatik an als solche, die später abbrechen.

10.2. Veränderung des interpersonellen Bereichs

10.2.1. „Distanz“

In Tabelle 10-5 werden die deskriptiven Werte der Drop-out-Gruppe zu den drei Messzeitpunkten dargestellt. Auch hier wird aufgrund der Bipolarität der Skalen die

Aufteilung in hohe und niedrige Gruppen vorgenommen (siehe Abschnitt 8.3.1). Da dies bei einem n von neun Patientinnen in sehr kleinen Gruppen resultiert, sind diese Ergebnisse nur als tendenzielle Hinweise interpretierbar.

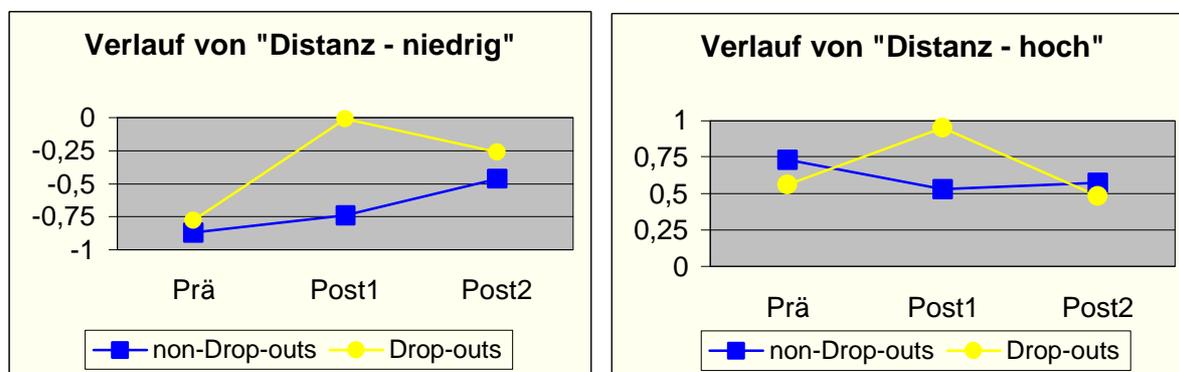
Tabelle 10-5 Faktorscores von „Distanz – niedrig“ (n=4) und „Distanz – hoch“ (n=5) zu drei Messzeitpunkten

Zeitpunkt		n	MW	SD	Min	Max
„Distanz“						
Prä	Niedrig	4	-0.78	0.43	-1.30	-0.25
	Hoch	5	0.56	0.61	-0.21	1.36
Post1	Niedrig	4	-0.01	0.43	-0.65	0.23
	Hoch	5	0.95	1.23	-0.11	3.07
Post2	Niedrig	4	-0.26	0.46	-0.74	0.16
	Hoch	5	0.48	0.52	-0.10	1.07

Der „typische“ Wert einer normalen Person von -0.218 im Faktor „Distanz“ wird von den 4 Patientinnen der niedrigen Gruppe zum Post2-Zeitpunkt erreicht. Die hohe Gruppe zeigt zunächst Verschlechterung, um dann wieder nahe beim Ausgangswert zu landen.

Abbildung 10-5 zeigt die Verläufe der Drop-out- und der non-Drop-out-Gruppe.

Abbildung 10-5 Verläufe des Faktors „Distanz - niedrig“ und „Distanz – hoch“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=20/22) und die Drop-out-Gruppe (n=4/5)



Sowohl in der niedrigen als auch in der hohen Gruppe beginnen Drop-outs und non-Drop-outs mit ähnlichen Ausgangswerten, unterscheiden sich zu Post1 und treffen sich bei ähnlichen Endwerten zu Post2 wieder. Beide Gruppen verbessern sich, die Drop-out-Gruppe stark im ersten Behandlungsabschnitt, um dann wieder bei Post2 zurück zu gehen nahe dem „idealen“ Wert einer Normalperson. In der hohen Gruppe liegen beide Endwerte über dem „Idealwert“ und wenig entfernt vom Ausgangswert. Die Zeitdauer bis zum Abbruch hängt sowohl mit dem Ausmaß an beschriebener interpersoneller Distanz zu Beginn der Therapie als auch nach einem Jahr zusammen (r_s für Prä= $.663$, r_s für Post2= $.567$). Je stärker kontaktabweisend sich Patientinnen zu Beginn einschätzen, um so mehr Zeit vergeht bis zum Therapieabbruch. Dieser Zu-

sammenhang bleibt auch nach einem Jahr erhalten, später Abbruch prädiziert eher hohe Werte im Ausmaß von interpersoneller Distanz.

10.2.2. „Abhängigkeit“

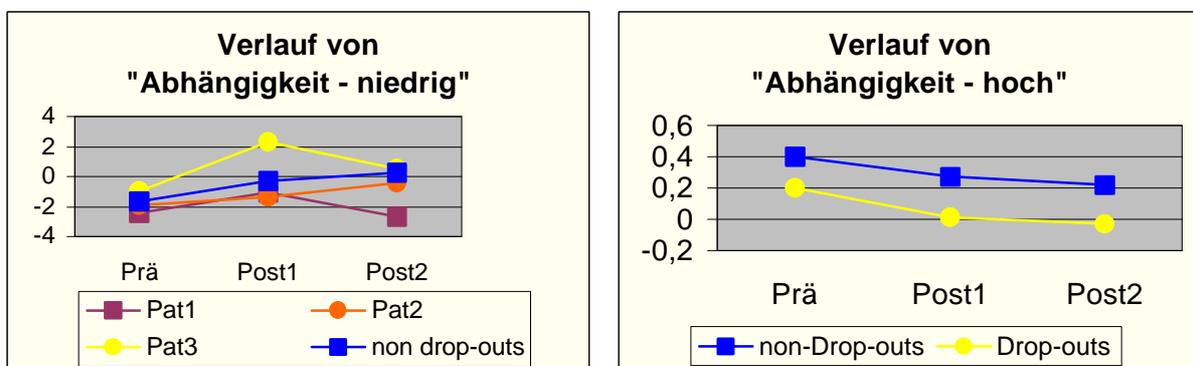
Auch für den Faktor „Abhängigkeit“ werden beide Gruppen dargestellt. Auch hier gilt wie oben, dass nur sehr kleine Gruppen resultieren, die bestenfalls Hinweise geben können. Tabelle 10-6 zeigt die Verlaufswerte beider Gruppen

Tabelle 10-6 Faktorscores von „Abhängigkeit – niedrig“ (n=3) und „Abhängigkeit – hoch“ (n=6) zu drei Messzeitpunkten

Zeitpunkt		n	MW	SD	Min	Max
„Abhängigkeit						
Prä	Niedrig	3	-1.76	0.73	-2.42	-0.97
	Hoch	6	0.20	0.88	-0.83	1.19
Post1	Niedrig	3	-0.03	2.02	-1.33	2.30
	Hoch	6	0.01	1.55	-2.82	1.34
Post2	Niedrig	3	-0.85	1.64	-2.67	0.51
	Hoch	6	-0.03	1.33	-2.55	1.08

Die Werte der niedrigen Gruppe sind kaum interpretierbar, v.a. zum Post1-Zeitpunkt ist die Standardabweichung so groß, dass der Mittelwert kaum einen einigermaßen vernünftigen Schätzer darstellt und zum Post2-Zeitpunkt reicht der Range von 0.51 bis -2.67, so dass für diese drei Patientinnen als Gruppe keine Aussage getroffen werden kann. Die 6 Patientinnen der hohen Gruppe weisen wenig Veränderungen über die Zeit auf. Abbildung 10-6 zeigt die Verläufe der non-Drop-out und der Drop-out-Gruppen.

Abbildung 10-6 Verläufe des Faktors „Abhängigkeit - niedrig“ und „Abhängigkeit – hoch“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=5/37) und die Drop-out-Gruppe (n=3/6)



In der Darstellung der niedrigen Gruppe sind die drei Patientinnen, die die Drop-out-Gruppe konstituieren, einzeln aufgezeichnet. Mit Ausnahme von Patientin 1 liegen

alle Post2-Werte höher als die Ausgangswerte, was ja für die niedrige Gruppe wünschenswert ist. In der hohen Gruppe verlaufen beide Gruppen parallel mit leichten Veränderungen in eine günstigere Richtung, wobei die Verteilung der Drop-out-Gruppe insgesamt nach unten in den günstigen Bereich verschoben ist, das heisst die Drop-outs beginnen mit einem geringfügig günstigeren Ausgangswert und beenden die Therapie genauso mit einem geringfügig günstigeren Endwert.

Für die „Abhängigkeit“ gelten die gleichen Zusammenhänge wie für den Faktor „Distanz“. Patientinnen mit einem hohen Ausmaß an dependenten Einstellungen brechen die Therapie zu einem späteren Zeitpunkt ab und eine lange Zeitdauer bis zum Abbruch hängt auch mit höheren abhängigen Werten nach einem Jahr zusammen.

10.2.3. „Soziale Einbindung“

Für den dritten interpersonellen Faktor „Soziale Einbindung“ gibt es nur eine Gruppe, da dieser Faktor durch die Bipolarität der auf ihm nebensächlich ladenden bipolaren Skalen kaum beeinflusst wird. Tabelle 10-7 zeigt die Verlaufswerte der Drop-out-Gruppe

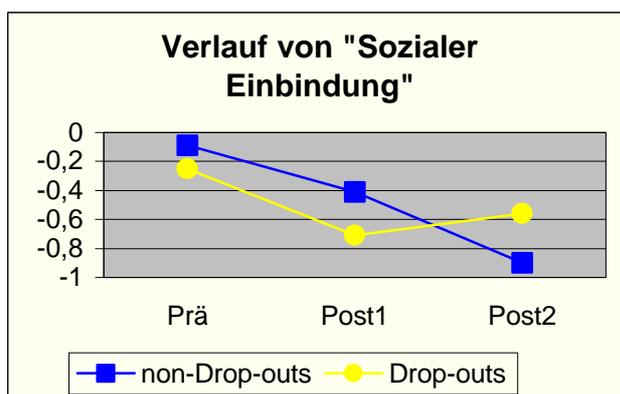
Tabelle 10-7 Faktorscores von „Sozialer Einbindung“ zu drei Messzeitpunkten, n=9

Zeitpunkt	MW	SD	Min	Max
„Soziale Einbindung“				
Prä	-0.25	1.11	-2.66	0.95
Post1	-0.71	0.96	-2.84	0.21
Post2	-0.56	1.28	-3.12	0.86

Die Gruppe zeigt eine deutliche Verbesserung zum Post1-Zeitpunkt und einen leichten Abfall zum Post2-Zeitpunkt, weist aber insgesamt eine Verbesserung von Prä nach Post2 auf.

Abbildung 10-7 zeigt den Verlauf für diesen Faktor für die non-Drop-out und die Drop-out-Gruppe.

Abbildung 10-7 Verlauf des Faktors „Soziale Einbindung“ für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)



Beide Gruppen beginnen mit ähnlichen Ausgangswerten und weisen eine Verbesserung zum Ende des ersten Behandlungsjahres auf, wobei die Drop-outs sich im zweiten Behandlungszeitraum verschlechtern und die andere Gruppe sich noch weiter verbessert.

Für die soziale Einbindung gelten die gleichen Zusammenhänge mit der Zeitdauer bis zum Therapieabbruch wie unter „Distanz“ und „Abhängigkeit“ beschrieben (r_s für Prä=.450, r_s für Post2=.350). Das bedeutet, dass die „Soziale Einbindung“ zum Prä-Zeitpunkt einen Prädiktor für den Zeitraum bis zum Abbruch darstellt, Patientinnen, die über eine gute Einbindung verfügen, brechen die Therapie früher ab und lange Zeit zum Abbruch prädiziert ungünstigere Einschätzungen in der sozialen Einbindung nach einem Jahr.

10.2.4. Zusammenfassung

Die subjektiv eingeschätzten Belastungen im interpersonellen Bereich vom Beginn der Therapie sind nicht unterschiedlich für die Drop-out- und die non-Drop-out-Patientinnen. Obwohl vier Monate nach Therapiebeginn die beiden Gruppen teilweise in unterschiedliche Richtungen tendieren, liegen die Endwerte doch wieder nahe beieinander. Im Bereich hohe Abhängigkeit schätzen sich Drop-out-Patientinnen zu Beginn etwas weniger belastet ein in Bezug auf zu freundlich-submissives Verhalten anderen gegenüber und bleiben dann in ihrem Verlauf parallel etwas unter dem der non-Drop-out-Patientinnen. Diese Ergebnisse sind mit Zurückhaltung zu betrachten, da die Anzahl Patientinnen, die die jeweiligen interpersonellen Ausprägungen repräsentieren, sehr klein ist.

Einzig in der „Sozialen Einbindung“ ist nach einem Jahr ein deutlicher Unterschied zwischen der non-Drop-out- und der Drop-out-Gruppe sichtbar. Patientinnen, die die Behandlung abbrechen, werden als weniger gut in ihren Fähigkeiten in Beruf, Familie, Freizeit und freundschaftlichen Beziehungen zu funktionieren eingeschätzt. Das heisst, dass die Hypothese eines schlechteren Abschneidens nach Therapieabbruch nur für die „Soziale Einbindung“ eine Unterstützung erhält.

Für alle interpersonellen Faktoren gilt, dass ein hohes Ausmaß des jeweiligen interpersonellen Stils zu Beginn der Therapie mit längeren Zeiten bis zum Therapieabbruch verbunden sind. Genauso gilt, dass die längere Zeitdauer bis zum Therapieabbruch auch ein höheres Ausmaß am jeweiligen interpersonellen Stil prädiziert. Kurze Zeiten bis zum Abbruch hängen also zusammen mit einem wenig abgrenzenden interpersonellen Stil, mit niedrigen Abhängigkeitswerten und mit guter sozialer Einbindung.

10.3. Vergleich zweier Drop-out-Gruppen

Da die Patientinnen, die nach ihrem Therapieabbruch nicht mehr für weitere Diagnostik zur Verfügung standen, in ihrem Verlauf nicht verglichen werden können, sollen

zumindest die Eingangsdaten der Symptomatik und des interpersonellen Bereichs in Tabelle 10-8 einander gegenüber gestellt werden.

Tabelle 10-8 Deskriptive Daten aller Faktoren zu Beginn der Therapie für die Drop-out-Gruppe mit Diagnostik (n=9) und ohne Diagnostik (n=13)

Faktor	Drop-out-Gruppe	MW	SD
„SCL-90-Pathologie“	Mit Diagnostik	-0.314	1.19
	Ohne Diagnostik	0.428	0.85
„Depressivität“	Mit Diagnostik	-0.536	1.18
	Ohne Diagnostik	0.153	1.14
„Fremdrating“	Mit Diagnostik	-0.449	0.80
	Ohne Diagnostik	0.324	0.97
„Selbstverletzung/Dissoziation“	Mit Diagnostik	-0.050	1.14
	Ohne Diagnostik	0.416	1.20
„Distanz“	Mit Diagnostik	-0.039	0.87
	Ohne Diagnostik	0.252	1.19
„Abhängigkeit“	Mit Diagnostik	-0.450	1.26
	Ohne Diagnostik	-0.204	0.88
„Soziale Einbindung“	Mit Diagnostik	-0.245	1.11
	Ohne Diagnostik	0.379	0.85

Die deskriptiven Daten weisen darauf hin, dass die Patientinnen mit Therapieabbruch, die nicht mehr für Diagnostik zur Verfügung standen, von Anfang an eine deutlich höhere Belastung sowohl in der psychopathologischen Symptomatik als auch im interpersonellen Bereich aufwiesen. So schätzen sie ihre depressive Symptomatik und die Symptomatik, wie sie in den neun Subskalen des SCL-90-R ausgedrückt wird, höher ein, werden in Angst und Depressivität auch von außen als stärker belastet eingeschätzt und weisen ein höheres Ausmaß an Selbstverletzungen und Dissoziation auf. Interpersonell beschreiben sie sich als stärker abweisend und ärgerlich im Umgang mit anderen und sie werden deutlich schlechter eingeschätzt in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit und der Zufriedenheit mit ihren sozialen Bereichen.

KAPITEL 11

VERÄNDERUNG DES SELBSTVERLETZENDEN VERHALTENS

In diesem Kapitel wird ein spezifisches Ziel der DBT aufgegriffen und die Veränderungen des selbstverletzenden Verhaltens vorgestellt. Zunächst wird der Unterschied zum Vorgehen in Kapitel 8 erläutert, wo Selbstverletzungen schon in die Symptomatik mit einfließen. Bevor jedoch der Verlauf dargestellt wird, wird zunächst das Ausmaß an selbstverletzendem Verhalten vor Therapiebeginn beschrieben und die Drop-out-Analyse vorgestellt. Anschließend an die Verlaufsbeschreibung werden – wie in Kapitel 10 – die Ergebnisse der Drop-out-Patientinnen denen der non-Drop-out-Gruppe gegenübergestellt und am Schluss die Ausgangswerte der beiden Drop-out-Gruppen mit und ohne weitere Diagnostik verglichen.

Operationalisierung der Zielvariablen „Selbstverletzendes Verhalten“

Die Veränderung selbstverletzenden Verhaltens wurde in Abschnitt 8.2.4 dargestellt, wo die Häufigkeit der Selbstverletzungen in den jeweils letzten vier Wochen vor Erhebungszeitpunkt zusammen mit dem Ausmaß der Dissoziation in den letzten Wochen in die Hauptkomponentenanalyse der Symptomatik einging. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung erbrachte dabei ein signifikantes Ergebnis für die Zeit vom Beginn der Therapie bis vier Monate danach. Bis zum Ende des ersten Behandlungsjahres zeigte sich keine signifikante Änderung mehr in Richtung Verbesserung oder Verschlechterung. Wie die deskriptiven Darstellungen beider Variablen – Selbstverletzungshäufigkeit und Dissoziation –, zeigten, die den vierten Faktor in der Hauptkomponentenanalyse bilden, scheint die Signifikanz vor allem durch die Veränderung im selbstverletzenden Verhalten bedingt. Diese Veränderungen sind unabhängig von beeinflussenden Variablen wie dem Schweregrad der Borderline-Störung, der Zugehörigkeit zur ambulanten oder stationären Gruppe und der subjektiven Beschreibung des interpersonellen Stils. Auch die Gruppe der Patientinnen, die die Behandlung vorzeitig abbrachen, zeigen eine Verbesserung zum Zeitpunkt ein Jahr nach Behandlungsbeginn.

Bei der Datenerhebung wurden die Häufigkeiten von selbstverletzenden Handlungen zum Matching-Zeitpunkt, im ersten Behandlungsjahr alle vier Monate, im zweiten Jahr alle sechs Monate erfasst und zwar immer für jeden Monat einzeln, so dass – mit Ausnahme von Drop-outs und Fehlzeiten – von jeder Patientin die Häufigkeit der Selbstverletzungen pro Monat durchgehend vorliegen. Für die Hauptkomponentenanalyse wurde als Variable die Häufigkeit von Selbstverletzungen des letzten Monats verwendet, um die gemessene Zeitspanne den anderen Symptomvariablen so gut wie möglich anzupassen. In diesem Abschnitt sollen die vier-Monats-Daten des ersten Behandlungsjahres vorgestellt werden. Der Fokus liegt dabei mehr auf der Frage, ob die Verläufe sich unterschiedlich gestalten für Patientinnen mit ausgeprägtem, mittleren oder geringem Ausmaß an selbstverletzendem Verhalten.

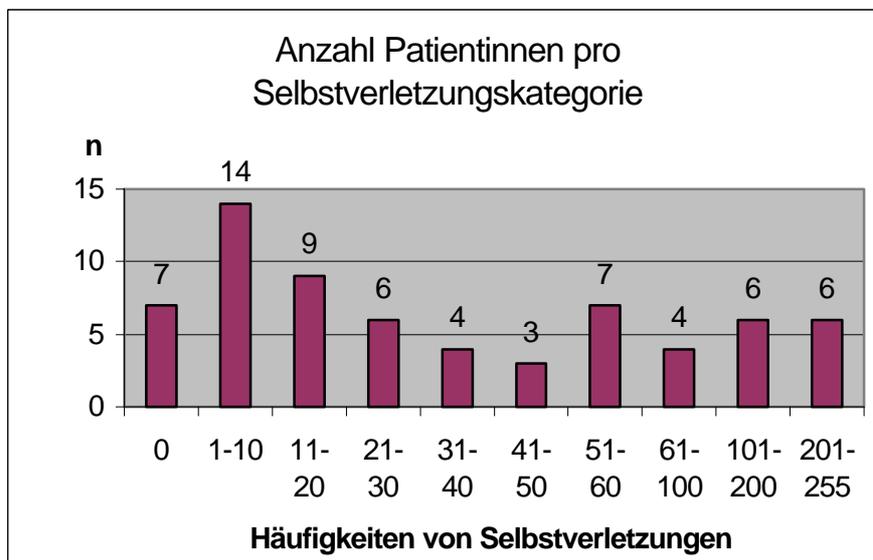
Dabei werden für den Verlauf, wie in den vorhergehenden Kapiteln, nur die Patientinnen berücksichtigt, von denen durchgehende Daten vorliegen und zunächst nur die, die die Behandlung im ersten Therapiejahr nicht abgebrochen haben.

11.1. Selbstverletzendes Verhalten vor Therapiebeginn

Für die Darstellung des Ausmaßes an Selbstverletzungen vor Therapiebeginn werden hier die Daten von allen Patientinnen, die in die Studie eingeschlossen wurden verwendet. Dabei geht es um die Anzahl von Selbstverletzungen der vier Monate vor dem Matching, das heißt, bevor die Patientinnen per Zufall einer Untersuchungsgruppe zugeteilt wurden. Für manche Patientinnen ergaben sich nach der Zufallszuweisung noch Wartezeiten bis zum eigentlichen Therapiebeginn, bis ihnen eine TherapeutIn bzw. ein stationärer Behandlungsplatz zugeteilt werden konnte. Da dieser Zeitraum für alle Patientinnen variiert, wird hier nur die Zeit vor dem Matching dargestellt. Die Variable entspricht dabei der Summe aller selbstverletzenden Handlungen über den Zeitraum der letzten vier Monate.

Für die 66 in die Studie eingeschlossenen Patientinnen ergab sich ein MW von 56.2 selbstverletzenden Handlungen in den letzten vier Monaten ($SD=80.2$), der Median beträgt 24.0, die Verteilung entspricht keiner Normalverteilung. Abbildung 11-1 zeigt die Häufigkeiten, aufgeteilt in Kategorien.

Abbildung 11-1 Häufigkeiten der selbstverletzenden Handlungen, n=66



Sieben Patientinnen gaben im Erhebungszeitraum keine Selbstverletzungen an, immerhin ein knappes Viertel (24.3%) mehr als 60 solcher Handlungen, ein Drittel (34.9%) mehr als 50.

Die Häufigkeiten der Selbstverletzungen in den letzten 4 Monaten unterscheiden sich nicht in den beiden Untersuchungsgruppen stationär und ambulant ($Z=1.33$, $p=.187$).

11.2. Drop-out-Analyse der Selbstverletzungen

Innerhalb des ersten Behandlungsjahres brachen 22 (33.3%) Patientinnen die Behandlung ab. Tabelle 11-1 zeigt die Häufigkeit an selbstverletzenden Handlungen der vier Monate vor dem Matching der Drop-out-Gruppe und der non-Drop-out-Gruppe.

Tabelle 11-1 Deskriptive Daten für Selbstverletzungen für die non-Drop-out-Gruppe (n=44) und die Drop-out-Gruppe (n=22)

Gruppe	n	MW	SD	Md	Range
Non-Drop-out	44	51.6	75.0	24.5	0-355
Drop-out	22	65.3	90.8	21.0	0-312

Im nonparametrischen Wilcoxon-Test für unabhängige Stichproben unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ($Z=-0.34$, $p=.735$), das heisst beide Gruppen starten, was diese Variable angeht, die Therapie unter ähnlichen Bedingungen.

11.3. Untersuchung der Veränderung der Selbstverletzungen

Für diese Darstellung ist die Stichprobengröße die gleiche wie in den Kapiteln 8 und 9, nämlich $n=42$. Allerdings liegen hier vier Messzeitpunkte vor, jeder umfasst einen Zeitraum von vier Monaten.

Tabelle 11-2 zeigt die deskriptiven Kennwerte der vier Messzeitpunkte, der Median wird immer mit angegeben, um eine ungefähre Vorstellung der Verteilungsform zu ermöglichen.

Tabelle 11-2 Deskriptive Daten der Selbstverletzungen zu vier Messzeitpunkten, n=42

Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Selbstverletzungen				
Matching	52.4	76.6	24.5	0-355
Post1	17.6	39.1	17.6	0-220
ZM3	12.7	28.8	3.0	0-172
Post2	8.0	19.8	2.5	0-123

Für die Gruppe von 42 Patientinnen ist insgesamt ein deutlicher Rückgang feststellbar, wenn es auch bis zum letzten Messzeitpunkt, ein Jahr nach Beginn der Behandlung, immer noch sehr hohe Ausreißerwerte gibt.

Zwei der 42 Patientinnen gaben zum Matching-Zeitpunkt 0 Selbstverletzungen im zurückliegenden Vier-Monatszeitraum an. Dies blieb stabil über das ganze erste Behandlungsjahr hinweg. Da es interessiert, ob die Verläufe sich je nach initialer Häu-

figkeit unterscheiden, wurde eine Drittelung der 40 Patientinnen mit Häufigkeiten > 0 vorgenommen. Im Folgenden werden die deskriptiven Daten für die Aufteilung in drei Gruppen mit den Häufigkeiten 1-13 (n=13), 14-55 (n=14) und 56-355 (n=13) Selbstverletzungen pro vier Monate für vier Messzeitpunkte einzeln dargestellt. Tabelle 11-3 zeigt zunächst die Daten für die Patientinnen mit 1 bis 13 Selbstverletzungen vor Therapiebeginn.

Tabelle 11-3 Deskriptive Daten der Selbstverletzungen zu vier Messzeitpunkten, 1-13 Selbstverletzungen, n=13

	Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Selbstverletzungen					
	Matching	4.6	4.2	3.0	1-13
	Post1	10.8	23.7	0	0-81
	ZM3	5.1	8.2	0	0-30
	Post2	3.5	8.2	0	0-30

Die Patientinnen mit wenig Selbstverletzungen vor Therapiebeginn zeigen zunächst eine Zunahme im Mittelwert, während der Median 0 ist. Das heisst, mindestens die Hälfte der 13 Patientinnen reduziert auf 0 Selbstverletzungen, während der Rest zum Teil drastische Anstiege in der Häufigkeit zu Post1 aufweist. Insgesamt werden die Werte zu den folgenden Zeitpunkten wieder niedriger und es bleibt bei mindestens 50% an Patientinnen mit 0 Selbstverletzungen, während es vier Patientinnen gibt, deren Werte nach einem Jahr höher sind als zu Beginn der Behandlung.

Tabelle 11-4 listet die Werte auf für die Patientinnen mit zwischen 14 und 55 Selbstverletzungen vor Therapiebeginn.

Tabelle 11-4 Deskriptive Daten der Selbstverletzungen zu vier Messzeitpunkten, 14-55 Selbstverletzungen, n=13

	Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Selbstverletzungen					
	Matching	30.3	12.0	27.5	14-52
	Post1	6.5	4.8	5.0	0-16
	ZM3	10.4	10.6	10.0	0-32
	Post2	6.9	9.5	3.5	0-32

In dieser mittleren Gruppe zeigt sich zunächst ein deutlicher Rückgang des selbstverletzenden Verhaltens zum Post1-Zeitpunkt, der relativ einheitlich ist für die ganze Gruppe von 14 Patientinnen. In den vier Monaten danach nehmen die selbstverletzenden Handlungen wieder zu, auch relativ einheitlich, um zum Post2-Zeitpunkt wieder auf das Niveau von Post1 zu kommen, wobei hier der Median anzeigt, dass mehr Patientinnen niedrigere Werte angeben als zu Post1.

In Tabelle 11-5 werden die Daten der Patientinnen mit den häufigsten Selbstverletzungen vor Therapiebeginn vorgestellt.

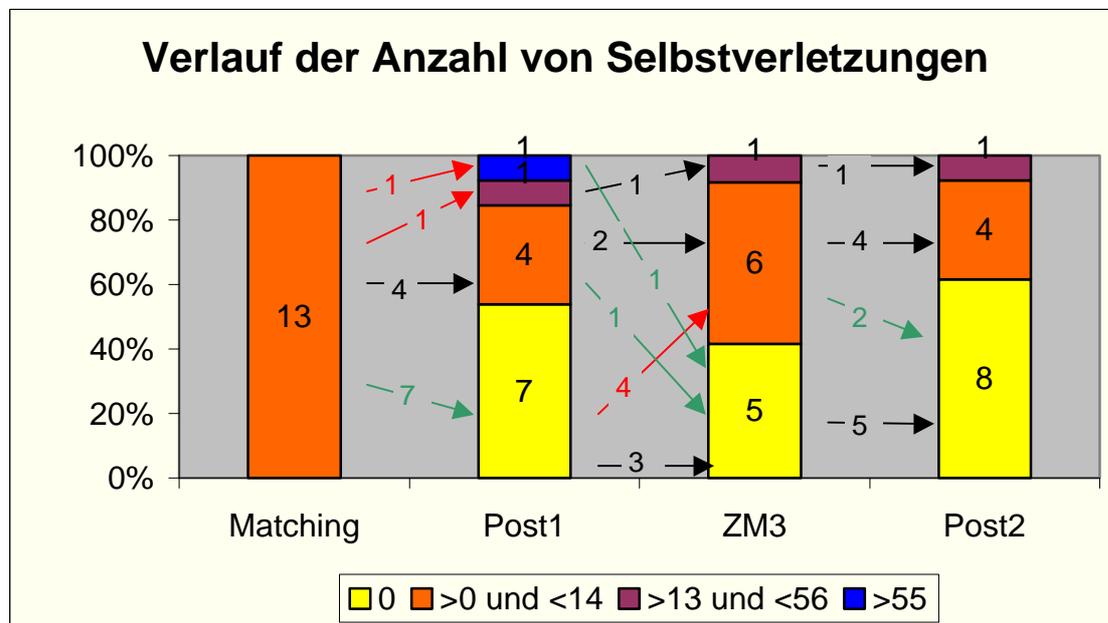
Tabelle 11-5 Deskriptive Daten der Selbstverletzungen zu vier Messzeitpunkten, 56-355 Selbstverletzungen, n=13

Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Selbstverletzungen				
Matching	132.2	97.4	100	56-355
Post1	39.2	62.4	11.0	0-220
ZM3	25.1	49.0	4.5	0-172
Post2	14.8	33.0	5.0	0-123

Das Drittel Patientinnen mit der höchsten Frequenz an Selbstverletzungen vor Therapiebeginn zeigt einen kontinuierlichen Rückgang in der Häufigkeit der Selbstverletzungen. Zu den letzten beiden Messzeitpunkten pendeln sich die Häufigkeiten bei einem Median von 4.5 bzw. 5.0 ein.

Abbildung 11-2 bis Abbildung 11-4 stellen dar, wie die Anzahl der Selbstverletzungen der Patientinnen sich über die vier Messzeitpunkte hinweg über die einzelnen Kategorien entwickeln. Auch diese Darstellung erfolgt wie oben anhand der Drittel-Aufteilung²⁰. Abbildung 11-2 zeigt die Verläufe der Patientinnen mit der niedrigsten Selbstverletzungsanzahl vor Therapiebeginn.

Abbildung 11-2 Veränderung der Häufigkeit von Selbstverletzungen über vier Messzeitpunkte, 1-13 Selbstverletzungen, n=13²¹



²⁰ Die 2 Patientinnen mit 0 Selbstverletzungen über den gesamten Verlauf hinweg werden hier nicht extra dargestellt.

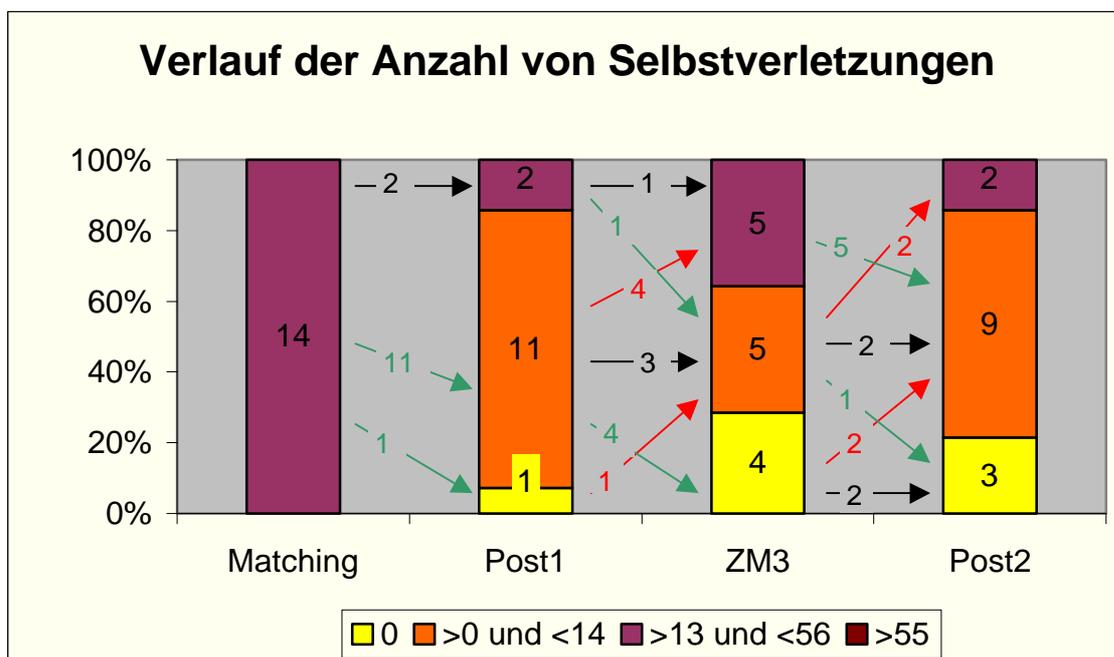
²¹ Von einer Patientin fehlen die ZM3-Werte

Die Abbildung zeigt, dass die meisten Patientinnen entweder stabil im Bereich zwischen 0 und 14 Selbstverletzungen bleiben oder sich auf 0 verbessern. Die im Mittelwert drastische Verschlechterung von Matching nach Post1 geht auf 2 einzelne Patientinnen zurück. Verschlechterungen gibt es noch einmal von Post1 zu ZM3, wo vier von den sieben Patientinnen, die sich vorher auf 0 verbessert hatten, wieder Selbstverletzungen angaben. Im letzten Vier-Monats-Zeitraum vor dem Ende des ersten Behandlungsjahres traten keine Verschlechterungen im Sinne von Kategorienwechsel mehr auf.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass Patientinnen, die im unteren Bereich an Selbstverletzungshäufigkeiten mit der Therapie beginnen, nur im Ausnahmefall eine Verschlechterung bis zum Ende des ersten Jahres zeigen und alle anderen entweder in der gleichen Kategorie wie am Anfang bleiben oder sich verbessern.

In Abbildung 11-3 werden die Verläufe der Patientinnen mit Selbstverletzungshäufigkeiten zwischen 14 und 55 vor Therapiebeginn dargestellt.

Abbildung 11-3 Veränderung der Häufigkeit von Selbstverletzungen über vier Messzeitpunkte, 14-55 Selbstverletzungen, n=14

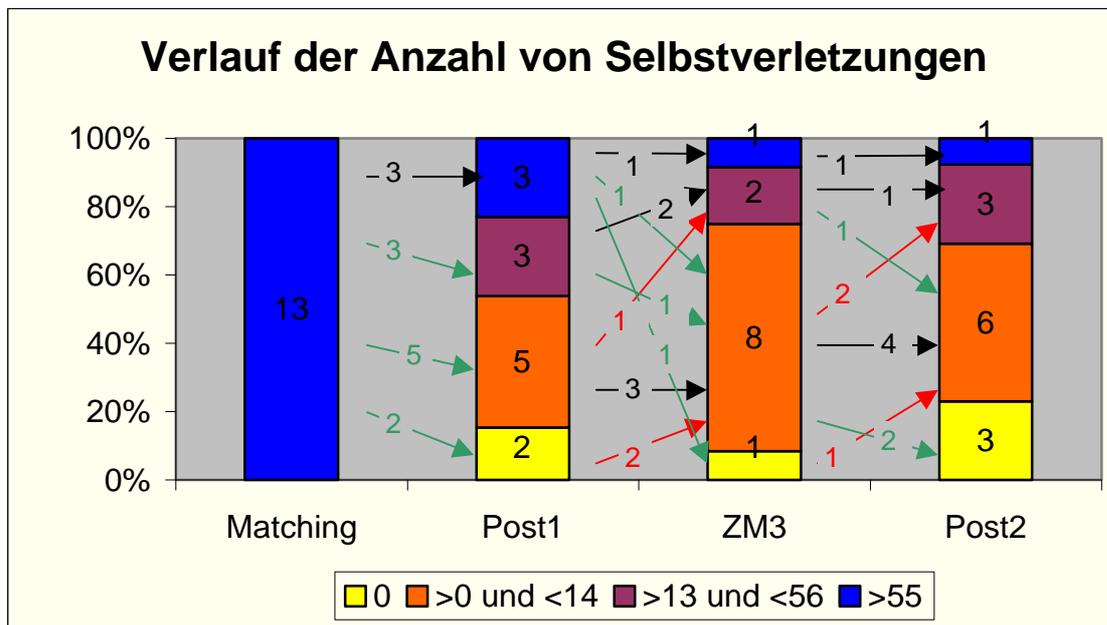


Die Patientinnen, die vier Monate vor Therapiebeginn zwischen 14 und 55 Selbstverletzungen angaben, zeigen fast alle zum Post1-Zeitpunkt eine deutliche Verbesserung. Im nächsten Vier-Monats-Intervall werden von fünf Patientinnen Verschlechterungen angegeben und genau die gleiche Anzahl Verbesserungen. Zum letzten Messzeitpunkt hin wechseln wieder insgesamt zehn Patientinnen die Kategorie.

Insgesamt scheinen in diesem Häufigkeitsbereich die Patientinnen weniger stabil in ihren Verläufen als im leichteren Häufigkeitsbereich. Trotzdem haben von den 14 Patientinnen zwölf am Ende des ersten Behandlungsjahres die Häufigkeit ihrer Selbstverletzungen verbessert und es gibt keine Patientin, die sich über den Maximalwert von 55 hinaus verschlechtert hat.

Abbildung 11-4 zeigt die Verläufe des oberen Drittel der Patientinnen mit Selbstverletzungshäufigkeiten von mehr als 55 vor Therapiebeginn.

Abbildung 11-4 Veränderung der Häufigkeit von Selbstverletzungen über 4 Messzeitpunkte, 56-355, n=13²²



Auch bei den Patientinnen, die angaben, sich in den letzten vier Monaten vor dem Matching mehr als 55 mal verletzt zu haben, ist die gleiche Tendenz zu beobachten wie in den anderen Gruppen: in den ersten vier Therapiemonaten kommt es zu einer deutlichen Verbesserung in den Häufigkeiten der Selbstverletzungen. Das Gesamtbild zu ZM3 sieht sogar noch besser aus, allerdings kommt es hier auch zu deutlichen Verschlechterungen. Am Ende des Einjahres-Zeitraums liegen die Häufigkeiten von Selbstverletzungen der meisten Patientinnen zwischen 1 und 13. Insgesamt sind die Verläufe hier alles andere als geradlinig, Kategorien werden häufig gewechselt, in beide Richtungen.

Insgesamt scheinen auch hier die Verläufe nicht so stabil, nachdem es in der ersten Behandlungsphase zu einer deutlichen Verbesserung gekommen ist. Eine Patientin von 14 behält die hohe Summe von Selbstverletzungen über das gesamte Thera-

²² Von einer Patientin fehlen die ZM3-Werte

piejahr hinweg bei, alle anderen verbessern sich, neun von 13 (69%) in den Bereich zwischen 1 und 13 Selbstverletzungen in den letzten vier Monaten.

11.3.1. Zusammenfassung

Für die Untersuchung der Veränderung des selbstverletzenden Verhaltens wurden die Patientinnen in drei gleich große Gruppen aufgeteilt in Kategorien mit geringer, mittlerer und hoher Rate an selbstverletzendem Verhalten in den vier Monaten vor Therapiebeginn. Für alle Patientinnen, unabhängig davon, wie oft sie sich verletzen, scheint zu gelten, dass die Hauptveränderung in den ersten Therapiemonaten stattfinden. Dies war zwar als allgemeine Tendenz schon aus den Ergebnissen zum Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ bekannt - und bestätigt die Hypothese einer Verbesserung schon innerhalb der ersten vier Monate -, aber hier zeigte sich, dass dies zum einen auch für den längeren Erfassungszeitraum von vier Monaten gilt (beim Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ betrug der Erfassungszeitraum der Selbstverletzungen nur vier Wochen) und zum anderen betrifft dies offensichtlich alle Patientinnen, ob sie sich wenig oder viel selbst verletzen. Im nächsten Vier-Monats-Intervall wechseln viele Patientinnen die Kategorie, zehn in eine bessere, zwölf in eine schlechtere und 16 bleiben stabil. Zum letzten Messzeitpunkt wechseln elf in die bessere Kategorie, sieben in die schlechtere und 20 bleiben stabil. Die mittlere Therapiephase stellt sich also – was die Reduktion von Selbstverletzungen angeht – eher als uneindeutig heraus. 14 Patientinnen (35%) geben am Ende des ersten Behandlungsjahres an, sich in den letzten vier Monaten überhaupt nicht mehr selbst verletzt zu haben und dabei sind auch Patientinnen, die sich zu Beginn noch extrem häufig verletzten. Dennoch enthält diese Kategorie mehr Patientinnen, die zu Beginn ein geringeres Ausmaß an Selbstverletzungen aufwiesen als solche mit vielen Selbstverletzungen. Insgesamt 33 Patientinnen (82.5%) geben am Ende des Jahres an, sich maximal 13 Selbstverletzungen in den letzten vier Monaten zugefügt zu haben.

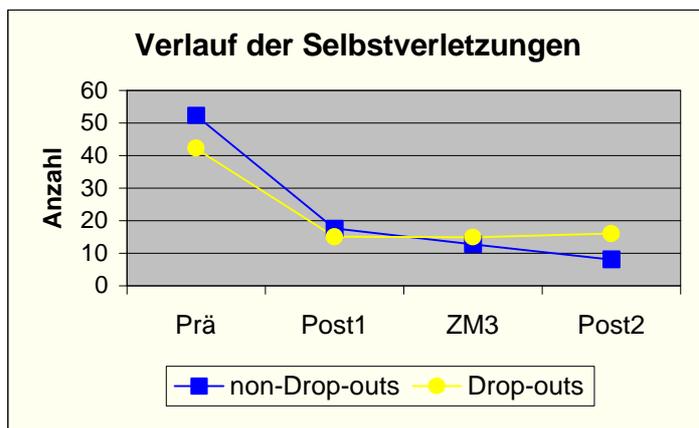
11.4. Verlauf der Selbstverletzungen in der Drop-out-Gruppe

Wie in Kapitel 7 beschrieben, liegen von neun Patientinnen die diagnostischen Daten über das erste Jahr, also über den Therapieabbruch hinaus, vor. Diese Daten sollen hier gesondert dargestellt werden. Tabelle 11-6 stellt die Daten der Selbstverletzungen der Drop-out-Patientinnen über vier Messzeitpunkte dar.

Tabelle 11-6 Deskriptive Werte der Selbstverletzungen der Drop-out-Gruppe zu 4 Messzeitpunkten, n=9

	Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Selbstverletzungen					
	Matching	42.2	69.6	13	0-206
	Post1	15	19.9	4	0-53
	ZM3	14.9	43.5	0	0-131
	Post2	16	43.9	0	0-133

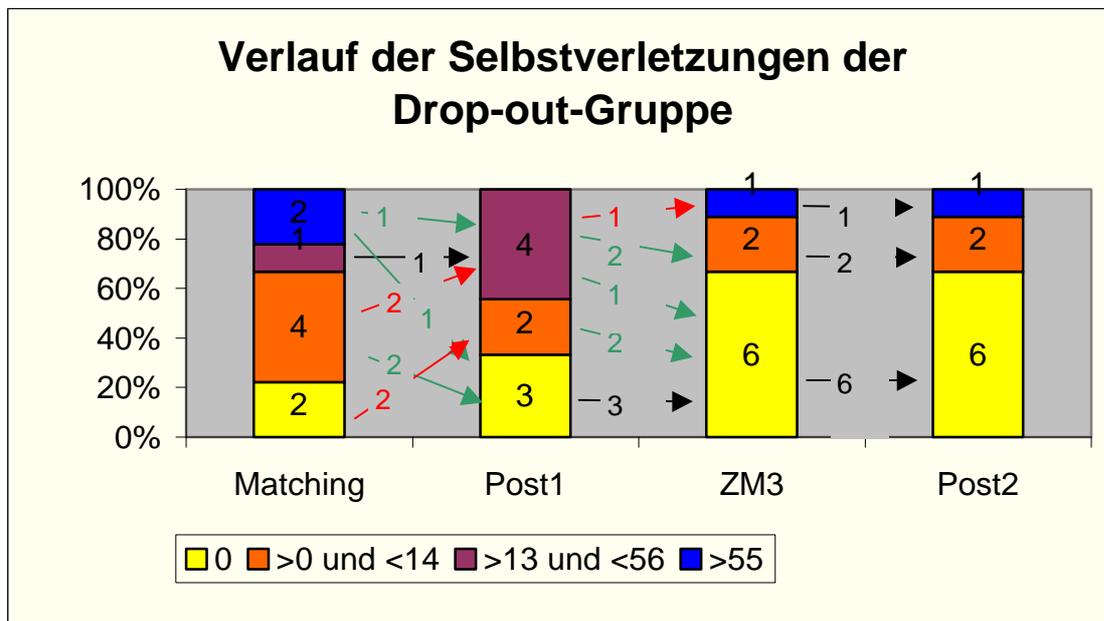
Deskriptiv zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Anzahl von selbstverletzenden Handlungen über die vier Messzeitpunkte hinweg. Abbildung 11-5 zeigt den Verlauf der Selbstverletzungen für die neun Drop-out-Patientinnen zusammen mit dem Verlauf der non-Drop-out-Gruppe.

Abbildung 11-5 Verlauf der Selbstverletzungen für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)

Die neun Patientinnen mit Therapieabbruch beginnen leicht unter dem Durchschnitt der non-Drop-out-Gruppe. Beide verbessern sich deutlich im ersten Behandlungsabschnitt. Erst zum Post2-Zeitpunkt liegen die Werte der Patientinnen ohne Therapieabbruch leicht unter denen der Abbrecherinnen. Die Darstellung ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Mittelwerte der Häufigkeiten von Selbstverletzungen, wie hier dargestellt, keine guten Schätzer darstellen für das Ausmaß an Selbstverletzungen der Gesamtgruppe. Vor allem zu den letzten beiden Zeitpunkten ist die extreme Standardabweichung der Drop-out-Gruppe zu beachten. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die Mittelwerte von ZM3 und Post2 der Drop-out-Patientinnen vor allem auf eine Ausreißerin zurückgehen, ohne die die restlichen acht Drop-out-Patientinnen deutlich bessere Werte zeigen als die non-Drop-out-Gruppe ($MW_{ZM3}=0.4$, $SD=0.7$; $MW_{Post2}=1.4$, $SD=2.6$).

Abbildung 11-6 zeigt die Verläufe der Selbstverletzungshäufigkeiten der Patientinnen mit Therapieabbruch, eingeteilt in die Häufigkeitskategorien.

Abbildung 11-6 Veränderung der Häufigkeit von Selbstverletzungen in der Drop-out-Gruppe über 4 Messzeitpunkte, n=9



Legende: → = Verbesserung, → = Gleich, → = Verschlechterung

Die neun Patientinnen der Drop-out-Gruppe zeigen kein so ausgeprägtes Muster an Verbesserung im ersten Behandlungsintervall wie dies bei der non-Drop-out-Gruppe der Fall war. Die Hauptverbesserung findet hier im zweiten Intervall statt, danach bleiben die Häufigkeiten stabil niedrig, mit Ausnahme einer Ausreißer-Patientin, deren Werte von 13 beim Matching auf 53 bei Post1 und dann zu 131 und 133 bei den letzten beiden Messzeitpunkten hochgehen. Die meisten Patientinnen, nämlich 6 von neun (66.7%), brachen die Behandlung im letzten Zeitintervall, also zwischen ZM3 und Post2 ab, in diesem Intervall fand bei keiner der Patientinnen noch eine Veränderung im Sinne eines Kategorienwechsels statt.

11.5. Vergleich zweier Drop-out-Gruppen

Auch hier interessiert die Frage, ob sich die eben dargestellten Drop-out-Patientinnen in ihren Ausgangswerten von denen unterscheiden, die nach dem Therapieabbruch für weitere Kontakte nicht mehr zur Verfügung standen. Tabelle 11-7 stellt diese Werte für beide Gruppen dar.

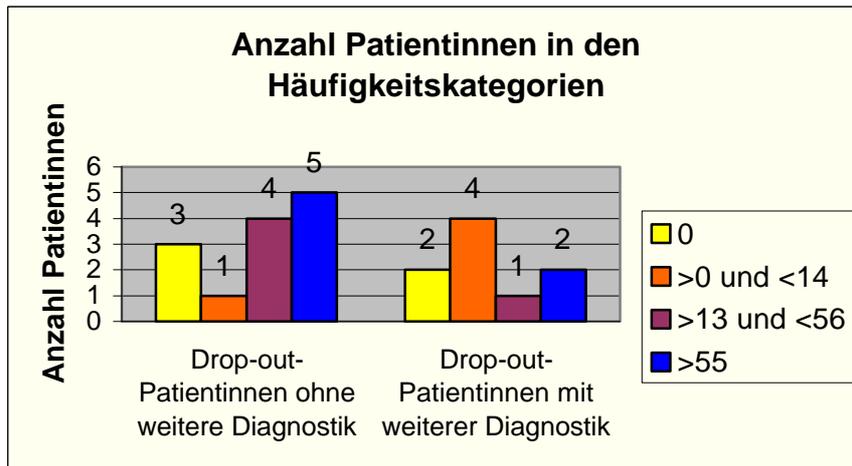
Tabelle 11-7 Häufigkeit Selbstverletzungen zum Matching-Zeitpunkt für beide Drop-out-Gruppen

Drop-out-Gruppe	n	MW	SD	Md	Range
Mit Diagnostik	9	42.2	69.6	13	0-206
Ohne Diagnostik	13	81.2	102.6	36	0-312

Die Mittelwerte beider Gruppen unterscheiden sich deutlich, wenn auch die Standardabweichungen sehr hoch sind.

Die Aufteilung für die Patientinnen mit und ohne weitere Diagnostik in die Kategorien für die Selbstverletzungshäufigkeiten zeigt Abbildung 11-7.

Abbildung 11-7 Deskriptive Daten der Selbstverletzungen für die Drop-out-Gruppe mit Diagnostik (n=9) und ohne Diagnostik (n=13)



Die Abbildung zeigt, dass Patientinnen ohne weitere Diagnostik deutlich mehr die hohen Kategorien für die Selbstverletzungshäufigkeit belegen als die Patientinnen mit weiterer Diagnostik. Der hohe Mittelwert beruht also nicht auf Verzerrung durch ein oder zwei Patientinnen.

Obwohl das Ausmaß der Unterschiede zwischen beiden Gruppen aufgrund der kleinen Stichprobengrößen nicht ausreicht für eine Signifikanz bei einem statistischen Test, weisen die Werte doch eindeutig auf einen deutlichen Unterschied zwischen den Gruppen hin. Patientinnen, die für weitere Diagnostik nicht mehr zur Verfügung standen, sind am Anfang mit einem deutlich höheren Ausmaß an Selbstverletzungen belastet. Das Ausmaß übertrifft auch das der non-Drop-out-Gruppe (MW=52.4, s=76.6, Md=24.5, range=0-355).

11.6. Zusammenfassung

Die Anzahl an Selbstverletzungen in den zurückliegenden vier Monaten zeigen über ein Jahr hinweg einen deutlichen Rückgang. Wenn die Selbstverletzungen nach Häufigkeit in drei Kategorien eingeteilt werden, so dass etwa gleich viele Patientinnen pro Kategorie resultieren, dann zeigt sich, dass es in allen drei Kategorien zu Verbesserungen kommt, wobei die dritte und schwerste Kategorie (im Sinne von häufigen Selbstverletzungen) das größte und kontinuierlichste Ausmaß an Verbesserung aufweist. In der Regel finden die Verbesserungen in der ersten Therapiephase statt, in den nächsten vier Monaten zeigen sich starke Schwankungen in Richtung

Verbesserung und Verschlechterung, weniger als die Hälfte der Patientinnen (42%) bleibt in der gleichen Häufigkeitskategorie wie zuvor. In der dritten Therapiephase zum Ende des ersten Behandlungsjahres hin gibt es noch Verschlechterungen, aber 81.6% bleiben stabil oder verbessern sich noch. Insgesamt finden sich am Ende des ersten Behandlungsjahres 33 Patientinnen (82.5%), die zwischen 0 und 13 Selbstverletzungen angaben, im Vergleich zu 13 Patientinnen bei Therapiebeginn (32.5%). Neun Patientinnen, die im Lauf der ersten Jahres die Behandlung abbrachen und deren diagnostische Daten vorliegen, weisen kein höheres oder niedrigeres Ausmaß an Selbstverletzungen zu Beginn der Therapie auf als die non-Drop-out-Gruppe. Sie zeigen im Gegensatz zu den non-Drop-out-Patientinnen keine eindeutige Verbesserung im ersten Behandlungsintervall. Sie verbessern sich aber in den darauffolgenden vier Monaten und bleiben stabil bis zum Ende des ersten Jahres. Mit Ausnahme einer Patientin, die sich deutlich verschlechtert, weisen alle Drop-out-Patientinnen eine ausgeprägte Verbesserung ihrer Selbstverletzungshäufigkeiten auf.

KAPITEL 12

VERÄNDERUNG DER KLINIKAUFENTHALTE

In diesem Kapitel wird eine weitere DBT-spezifische Zielvariable in ihren Ergebnissen beschrieben. Zunächst werden die Prä-Post-Vergleiche von Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten vor und nach Therapiebeginn dargestellt. Der Zeitraum umfasst dabei neun Monate vor Beginn verglichen mit den letzten neun Monaten des ersten Behandlungsjahres. Danach folgt die Untersuchung der Frage nach möglichen Unterschieden zwischen stationärer und ambulanter Gruppe, bzw. zwischen unterschiedlichen Schweregraden in der Verbesserung der Klinikaufenthalte. Veränderung von Klinikaufenthalten und potentielle Einflussvariablen werden auch für den Zeitraum von zwei Behandlungsjahren vorgestellt. Auch in diesem Kapitel werden die Drop-out-Patientinnen in Bezug auf die Zielvariable gesondert beschrieben, gefolgt von einem Vergleich der beiden Drop-out-Gruppen mit und ohne weitere Diagnostik. Wie auch im vorhergehende Kapitel erfolgt aber vor der Verlaufsdarstellung zunächst die Beschreibung des Ausmaßes an Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn und die Drop-out-Analyse.

Operationalisierung der Zielvariablen „Klinikaufenthalte“

Die Anzahl und Länge von Klinikaufenthalten nach Beginn der Therapie wurden während der Behandlung laufend erhoben. Ziel war ein Vergleich zwischen dem Zeitraum vor Beginn der Behandlung und nach Beginn der Behandlung. Dazu muss bedacht werden, dass eine Gruppe der Stichprobe designbedingt zu Beginn drei Monate stationäre Behandlung erfuhr, in diesem Zeitraum keine Möglichkeit hatte, krisen- oder sonstwie bedingt stationär behandelt zu werden, wie es bei der ambulanten Gruppe der Fall war. Deshalb wurde zum Ein-Jahres-Zeitpunkt für alle ein Vergleich der zurückliegenden neun Monate mit den neun Monaten vor Beginn der Therapie vorgenommen. Zum Zwei-Jahres-Zeitpunkt wurden die vergangenen 21 Monate mit den 21 Monaten vor Therapiebeginn verglichen.

12.1. Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn

Bei der Überprüfung der Verteilungseigenschaften der Variablen Häufigkeit und Dauer von Klinikaufenthalten zeigte sich eine deutliche Abweichung von der Normalverteilung mit ausgeprägter Linkssteilheit. In der folgenden Darstellung der Gesamtstichprobe in Tabelle 12-1 werden daher sowohl Mittelwert mit Standardabweichung als auch der Median und Schiefe und Kurtosis angegeben.

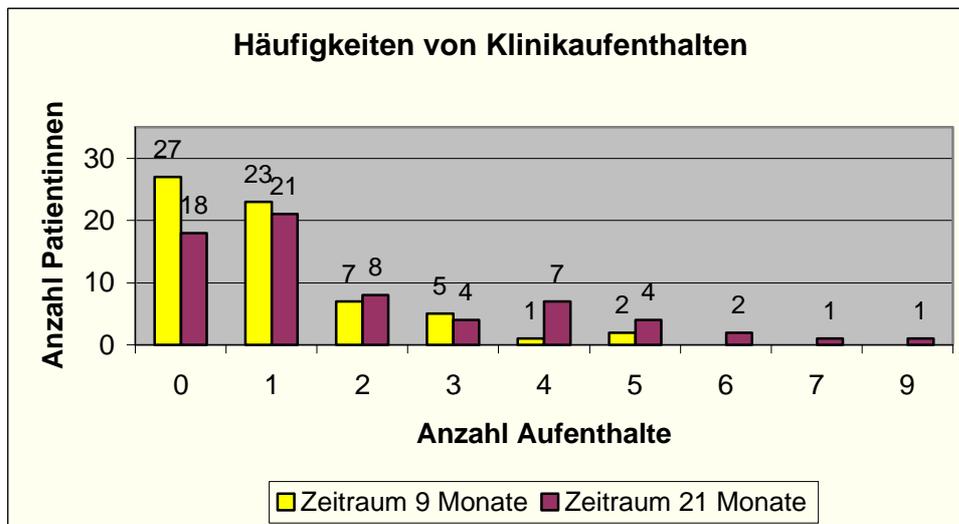
Tabelle 12-1 Häufigkeit und Dauer von Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn, n=66

Variable	MW	SD	Md	Schiefe	Kurtosis	Range
Anzahl Klinikaufenthalte, neun Monate	1.06	1.26	1.00	1.44	1.77	0-5
Anzahl Klinikaufenthalte, 21 Monate	1.89	2.02	1.00	1.31	1.44	0-259
Tage Klinikaufenthalt, neun Monate	46.0	68.3	14.0	1.83	2.83	0-9
Tage Klinikaufenthalt, 21 Monate	106.1	139.3	64.5	1.87	3.21	0-556

Anhand der Darstellung wird deutlich, dass die Werte sich nicht annähernd normalverteilen. Der Mittelwert stellt keinen guten Schätzer dar, so dass für diese Variablen keine parametrischen Verfahren verwendet werden dürfen.

Die Darstellung der Häufigkeiten von zurückliegenden Klinikaufenthalten zeigt Abbildung 12-1.

Abbildung 12-1 Anzahl Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn, n=66



Die Aufstellung zeigt, dass 18 von 66 Patientinnen (27.3%) überhaupt keine Klinikaufenthalte hatten in den letzten 21 Monaten vor Therapiebeginn und die Hälfte der Patientinnen zwischen einem und drei Klinikaufenthalten. 15 Patientinnen (22.7%) waren mindestens vier mal in stationärer Behandlung.

12.2. Drop-out-Analyse der Klinikaufenthalte

Innerhalb des ersten Behandlungsjahres brachen 22 (33.3%) Patientinnen die Behandlung ab. Tabelle 12-2 zeigt die Häufigkeit und Dauer der zurückliegenden Klinikaufenthalte für den Zeitraum von neun und von 21 Monaten in der non-Drop-out-Gruppe und der Drop-out-Gruppe.

Tabelle 12-2 Deskriptive Daten für Klinikaufenthalte für die non-Drop-out-Gruppe (n=44) und die Drop-out-Gruppe (n=22)

Gruppe	n	MW	SD	Md	Schiefe	Kurtosis	Range
Anzahl Klinikaufenthalte, neun Monate							
non-Drop-out	44	1.30	1.41	1.0	1.17	0.66	0-5
Drop-out	22	0.59	0.73	0.0	0.85	-0.54	0-2
Anzahl Klinikaufenthalte, 21 Monate							
non-Drop-out	44	2.20	2.14	1.0	1.18	1.11	0-9
Drop-out	22	1.27	1.64	1.0	1.59	2.18	0-6
Tage Klinikaufenthalt, neun Monate							
non-Drop-out	44	49.9	70.9	15.0	1.70	2.20	0-256
Drop-out	22	38.1	63.7	0.0	2.33	6.19	0-259
Tage Klinikaufenthalt, 21 Monate							
non-Drop-out	44	111.8	140.2	73.5	1.84	3.06	0-556
Drop-out	22	94.7	139.2	46.0	2.11	4.90	0-556

Die Z-Werte und die Wahrscheinlichkeiten im nonparametrischen Wilcoxon-Test für unabhängige Stichproben zeigt Tabelle 12-3.

Tabelle 12-3 Z-Werte und p-Werte für die Unterschiedstestung zwischen Non-Drop-out-Gruppe (n=44) und Drop-out-Gruppe (n=22)

Variable	Z-Wert	p
Anzahl Klinikaufenthalte, neun Monate	-1.93	.054
Anzahl Klinikaufenthalte, 21 Monate	-1.93	.053
Tage Klinikaufenthalt, neun Monate	-1.03	.304
Tage Klinikaufenthalt, 21 Monate	-1.07	.284

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, vor allem, wenn man ein korrigiertes α von .0125 bei Durchführung von vier Tests bedenkt. Tendenziell weisen die Patientinnen, die innerhalb des ersten Behandlungsjahres die Therapie abbrachen, eine geringere Anzahl von Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn auf.

12.3. Klinikaufenthalte nach einem Jahr Behandlung

Für die Auswertung dieser Fragestellung wurden die Daten der Patientinnen, die die Behandlung im ersten Behandlungsjahr abbrachen, entfernt, damit ergab sich wie in den Kapiteln 8, 9 und 11 für diese Analyse ein n von 42. Da die Prä- und Post-Variablen ungünstige Verteilungseigenschaften aufweisen, ist für die Auswertung kein intervallskalierter Test verwendbar. Dies gilt nicht für die Differenz der Prä-Post-Häufigkeiten, so dass für die Überprüfung der Veränderungshypothese ein Einstichproben t-Test für die Hypothese, dass die Differenz gleich 0 ist, vorgenommen werden kann. Für die Veränderungshypothese in Bezug auf die Tage Klinikaufenthalt muss auf den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test zurückgegriffen werden.

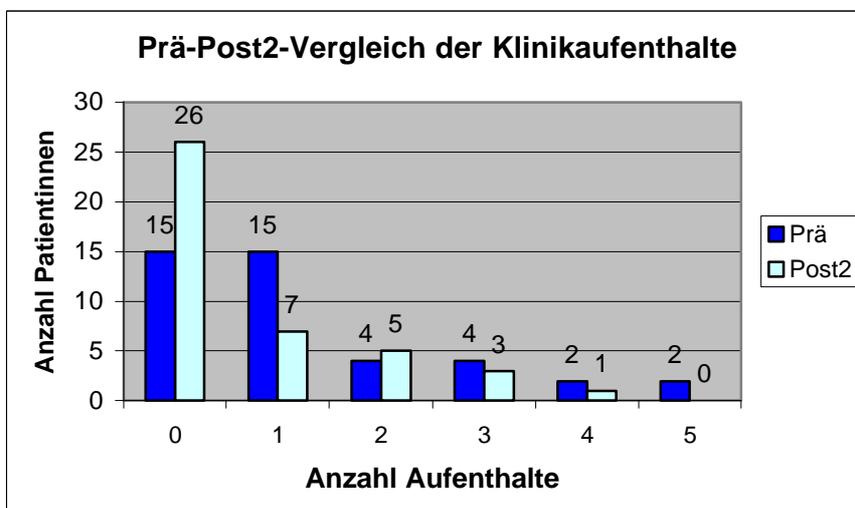
Tabelle 12-4 stellt die deskriptiven Kennwerte der Prä- und Post2-Werte dar.

Tabelle 12-4 Prä- und Post2-Werte der Klinikaufenthalte, n=42

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Anzahl Klinikaufenthalte					
	Prä	1.26	1.42	1.00	0-5
	Post2	0.71	1.09	0.00	0-4
Tage Klinikaufenthalt					
	Prä	45.9	68.6	14.0	0-256
	Post2	12.5	25.6	0.00	0-102

Für die Gesamtgruppe von 42 Patientinnen ergab sich für die Häufigkeit von Klinikaufenthalten über einen Zeitraum von neun Monaten eine signifikante Verbesserung ($t=2.16$, $p=.036$), dies entspricht einer Effektstärke d von 0.34 bei einer Power von 59%. Abbildung 12-2 veranschaulicht die Veränderung in den einzelnen Häufigkeitsstufen.

Abbildung 12-2 Anzahl Klinikaufenthalte Prä und Post2, n=42



Für die Veränderung der Dauer der Klinikaufenthalte ergab der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($S=163$, $p=.002$). Für den Vorzeichen-Rang-Test gibt es bislang keine Möglichkeit, eine Effektstärke zu bestimmen. Für den einfacheren Vorzeichen-Test, der nur die Richtungen der Veränderungen untersucht, würde der Effekt in diesem Fall 70% vs. 30% betragen bei einer Power von 76%.

12.4. Differentielle Ergebnisse zu Klinikaufenthalten nach einem Jahr Behandlung

Weder in der Häufigkeit noch in der Dauer von Klinikaufenthalten zeigte sich zum Prä-Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen der stationären und der ambulanten Gruppe.

12.4.1. Häufigkeit von Klinikaufenthalten

Da die Differenz der Anzahl von Klinikaufenthalten der zurückliegenden neun Monate bei Therapiebeginn und zum Post2-Zeitpunkt sich annähernd normalverteilt, wird für diese Fragestellung eine multiple Regression mit der Differenz der Häufigkeiten als abhängiger Variable gerechnet. Als Prädiktoren gehen der Prä-Wert, die Gruppenzugehörigkeit, der Schweregrad und die Interaktionsvariable Gruppe*Schweregrad ein (siehe Abschnitt 4.2.2.2). Tabelle 12-5 zeigt die Ergebnisse dieser Analyse, angezeigt werden bei signifikanten Ergebnissen der Varianzzuwachs durch den Prädiktor und die Regressionskonstante mit ihrem t- und p-Wert.

Tabelle 12-5 Multiple Regression der Verbesserung der Klinikaufenthalte zu Post2, n=42

Abhängige Variable	Prädiktor	R ² -Zuwachs	b	t	p
Differenz der Klinikaufenthalte	Prä-Werte	57.1%	0.887	8.15	<.0001
	Gruppe*SG	8.5%	-0.096	-3.11	.004

Der Haupteinfluss auf die Veränderung der Anzahl von Klinikaufenthalten kommt von der Höhe der Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn. Hohe Anzahl von Klinikaufenthalten vor Beginn gehen einher mit hohen Reduktionen.

Für die Interaktionsvariable gelten folgende Zusammenhänge: Die Regressionsgleichung, wenn die stationäre Gruppe mit 0 kodiert ist, lautet:

Gleichung 12-1

$$k_{diff1} = -0.068 + 0.848 * k_{pr1} - 0.10 * (Gruppe * SG)$$

Legende: k_{diff1} =Differenz der Prä- und Post2-Klinikaufenthalte für einen neun-Monatszeitraum, k_{pr1} =Anzahl Klinikaufenthalte in den neun Monaten vor Therapiebeginn, SG=Schweregrad

Bei Einsetzen von 1 für die ambulante Gruppe wird die Gleichung reduziert auf:

Gleichung 12-2

$$kdiff1 = -0.068 - 0.10 * SG + 0.848 * kpr1$$

Damit lässt sich die Differenz der Anzahl Klinikaufenthalte in Abhängigkeit vom Schweregrad für die ambulante Gruppe darstellen.

Kodiert man die ambulante Gruppe mit 0, erhält man folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 12-3

$$kdiff1 = -0.829 + 0.843 * kpr1 + 0.692 * Gruppe$$

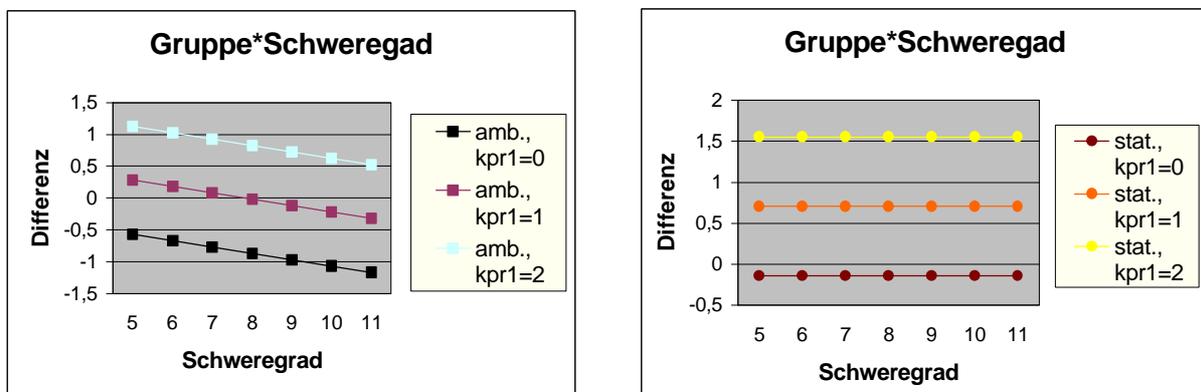
Nach Einsetzen von 1 für die stationäre Gruppe erhält man die Gleichung:

Gleichung 12-4

$$kdiff1 = -0.137 + 0.843 * kpr1$$

Das bedeutet, dass die Verbesserung der Werte in der stationären Gruppe unabhängig ist vom Schweregrad. Die Grafiken der Abbildung 12-3 veranschaulichen die Zusammenhänge der drei Variablen für beide Gruppen.

Abbildung 12-3 Zusammenhang zwischen Differenz der Klinikaufenthalte und der Interaktion Gruppe*Schweregrad zu Post2, ambulant (n=23) und stationär (n=19)



Legende: kpr1=Anzahl Klinikaufenthalte neun Monate vor Therapiebeginn

Zur Interpretation der Grafiken muss man sich vergegenwärtigen, dass eine negative Differenz eine Verschlechterung bedeutet, die Anzahl Klinikaufenthalte nach Beginn der Therapie ist höher als die vor Therapiebeginn. Damit lässt sich für die ambulante Gruppe sagen, dass eine Verschlechterung eintritt, wenn die Anzahl Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn 0 oder 1 war und sie ist umso ausgeprägter, je höher der Schweregrad ist. Ein Klinikaufenthalt vor Therapiebeginn in Kombination mit einem Schweregrad von 8 und höher bedeutet für eine ambulante Patientin das Risiko einer höheren Anzahl an Klinikaufenthalten nach Therapiebeginn. Alle anderen ambulanten Patientinnen zeigen eine Verbesserung, die immer für die niedrigen Schweregrade höher ausgeprägt ist.

In der stationären Gruppe tritt nur bei Patientinnen, die vor Therapiebeginn keine Klinikaufenthalte hatten, eine Verschlechterung auf, alle anderen zeigen verbesserte Werte und zwar unabhängig vom Schweregrad.

Um den durchschnittlichen Unterschied zwischen den Gruppen stationär und ambulant zu verdeutlichen, werden in Tabelle 12-6 die deskriptiven Daten für die Häufigkeit von Klinikaufenthalten vor und nach Beginn der Therapie aufgelistet.

Tabelle 12-6 Prä- und Post2-Werte der Anzahl Klinikaufenthalte für die stationäre (n=19) und die ambulante (n=23) Gruppe

Zeitpunkt	Gruppe	MW	SD	Md	Range
Prä	Stationär	1.47	1.71	1.0	0-5
	Ambulant	1.09	1.12	1.0	0-4
Post2	Stationär	0.37	0.68	0.0	0-2
	Ambulant	1.0	1.28	0.0	0-4

Anhand der Tabelle wird noch einmal deutlich, dass die stationäre Gruppe im Durchschnitt eine deutliche Verbesserung aufweist, während die ambulanten Patientinnen im Durchschnitt keine Veränderung zeigen. Die Abhängigkeit vom Schweregrad bei der ambulanten Gruppe führt dazu, dass die Verbesserungen in den niedrigeren Schweregraden und bei den Patientinnen mit höherer Anzahl Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn, ausgemittelt werden.

12.4.2. Dauer von Klinikaufenthalten

Für die Veränderungen der Dauer der Klinikaufenthalte lassen sich keine parametrischen Verfahren heranziehen, weil sowohl die Prä-, wie die Postwerte, als auch die Differenzen zwischen beiden extrem schief verteilt sind. Einfluss von Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad lassen sich zwar in einem kategorialen Modell zusammenfassen, aber nur unter Verlust von viel Information bezüglich der Variablen „Differenzen der Prä-Postwerte“. Daher soll zum einen der Gruppenunterschied in einem nonparametrischen Verfahren in Bezug auf die auf die Reduktion von Tagen Klinikaufenthalt untersucht werden und zum anderen ein potentieller Zusammenhang von Schweregrad bzw. Schweregrad*Gruppe mit der Differenz. Beides lässt sich anhand von Verfahren für ordinalskalierte Daten durchführen, was den Informationsverlust begrenzt.

Für die Gruppenunterschiede erbrachte der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einen signifikanten Unterschied zugunsten der stationären Gruppe ($Z=2.17$, $p=.030$, zweiseitig), das heisst, die stationäre Gruppe weist – ohne Berücksichtigung weiterer Variablen – eine signifikant höhere Reduktion an Tagen Klinikaufenthalt auf als die ambulante Gruppe. Tabelle 12-6 zeigt eine Aufstellung der Dauer der Klinikaufenthalte im ersten Jahr nach Behandlungsbeginn, getrennt nach Gruppen.

Tabelle 12-7 Dauer der Klinikaufenthalte zu Post2, stationär (n=19) und ambulant (n=23)

Anzahl Auf-enthalte	Anzahl Patientinnen		Gesamtdauer in Tagen der jeweiligen Klinikaufenthalte	
	Stat.	Amb.	Stat.	Amb.
0	14	12		
1	3	4	4 / 3 / 1	45 / 16 / 3 / 2
2	2	3	6 / 9	102 / 24 / 47
3	0	3		46 / 76 / 64
4	0	1		77

Die Tabelle zeigt, dass die stationäre Gruppe, abgesehen von einer geringeren Zahl an Aufenthalten, jeweils nur sehr wenige Tage in der Klinik verbringt, während in der ambulanten Gruppe die Dauer der Aufenthalte sehr viel länger ist.

Für den Zusammenhang zwischen dem Schweregrad bzw. der Interaktion Gruppe*Schweregrad mit der Reduktion an Tagen Klinikaufenthalt ergaben sich Spearman Korrelationskoeffizienten von .007 zwischen Schweregrad und Tagesdifferenz und -.289 ($p=.063$) zwischen Gruppe*Schweregrad und Tagesdifferenz. Das bedeutet, dass es bei der Tagesdifferenz die Tendenz gibt, dass die stationäre Gruppe und niedrige Schweregrade mit weniger Tagen Klinikaufenthalt einhergehen.

12.4.3. Zusammenfassung

Die Gesamtgruppe von 42 Patientinnen weist nach einem Jahr Behandlung eine signifikante Reduktion sowohl der Häufigkeiten als auch der Dauer von Klinikaufenthalten im Vergleich mit der Zeit vor Therapiebeginn auf. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass in der ambulanten Gruppe Patientinnen, die vor Therapie keinen Klinikaufenthalt hatten, im Durchschnitt eine Verschlechterung aufweisen und zwar um so mehr, je höher der Schweregrad ist. Das heisst, ambulante Patientinnen mit einem hohen Ausmaß an lebensbedrohlichem Verhalten wie Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten oder Klinikaufenthalten hatten nach Therapiebeginn ein höheres Risiko für einen stationären Aufenthalt.

Gute Verbesserung findet sich vor allem in den niedrigen Schweregraden bei Patientinnen mit mehr Klinikaufenthalten vor Beginn. In der stationären Gruppe haben nur Patientinnen, die vor Therapiebeginn keinen Klinikaufenthalt hatten, nach Therapiebeginn stationäre Einweisungen. Alle anderen stationären Patientinnen, unabhängig von der Ausprägung an lebensbedrohlichem Verhalten, hatten in den neun Monaten nach ihrem DBT-Aufenthalt keine weiteren stationären Aufenthalte mehr. Haupteinfluss auf das Ausmaß an Verbesserung hat die Anzahl an Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn. Je höher diese Anzahl, um so größer das Ausmaß an Verbesserung.

Die stationäre Gruppe zeigte der ambulanten Gruppe gegenüber eine signifikante Überlegenheit, was die Verbesserung in der Dauer der Klinikaufenthalte angeht. Sie

weisen nach Therapiebeginn wesentlich weniger stationäre Tage auf als die ambulanten. Dieses Ergebnis ist hypothesenkonform.

12.5. Klinikaufenthalte nach zwei Jahren Behandlung

Auch hier wurden für die Auswertung der Fragestellung die Daten der Patientinnen, die die Behandlung in den zwei Jahren abbrachen, entfernt, womit sich ein n von 32 mit 16 stationären und 16 ambulanten Patientinnen ergab. Für die Verteilungseigenschaften der Variablen gilt wie oben, dass nur für die Differenz der Häufigkeiten annähernd von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann.

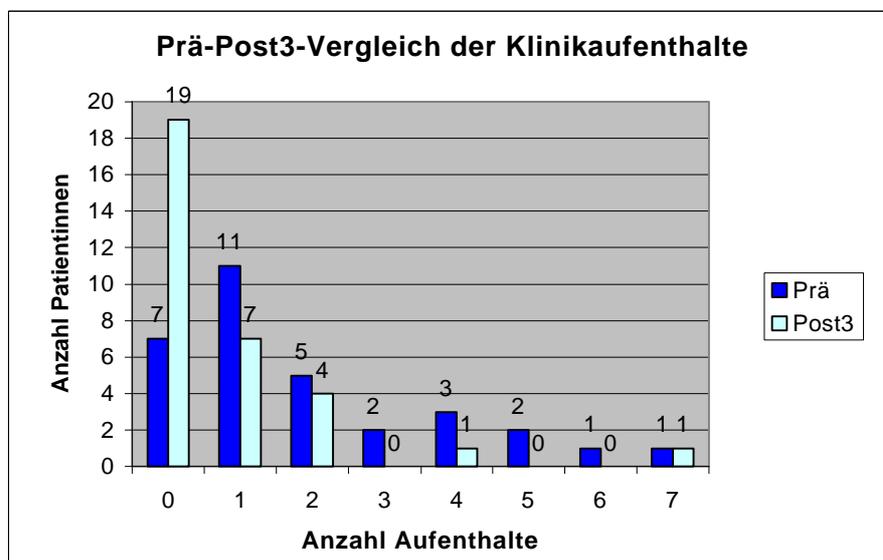
Für die Gesamtgruppe ergab sich für die Fragestellung nach der Veränderung der Häufigkeit der Klinikaufenthalte 21 Monate vor Therapiebeginn und 21 Monate zum Post3-Zeitpunkt ein signifikanter t-Wert von 2.82 ($p=.008$), d.h. die gesamte Stichprobe weist eine hochsignifikante Reduktion der Häufigkeit von Klinikaufenthalten auf. Tabelle 12-8 stellt die deskriptiven Kennwerte der Prä- und Post-Werte dar.

Tabelle 12-8 Prä- und Post3-Werte des Klinikaufenthaltes, n=32

Variable	Zeitpunkt	MW	SD	Md	Range
Anzahl Klinikaufenthalte	Prä	1.94	1.90	1.00	0-7
	Post3	0.81	1.47	0.00	0-7
Tage Klinikaufenthalt	Prä	97.8	135.6	42.0	0-544
	Post3	18.1	38.6	0.00	0-158

Abbildung 12-4 veranschaulicht die Veränderung in den einzelnen Häufigkeitsstufen.

Abbildung 12-4 Anzahl Klinikaufenthalte Prä und Post3, n=32



Für die Veränderung der Dauer der Klinikaufenthalte ergab der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($S=144.5$, $p=.0001$). Für den Vorzeichen-Rang-Test gibt es bislang keine Möglichkeit, eine Effektstärke zu bestimmen. Für den einfacheren Vorzeichen-Test, der nur die Richtungen der Veränderungen untersucht, würde der Effekt in diesem Fall 70% vs. 30% betragen bei einer Power von 76%.

12.6. Differentielle Ergebnisse zu Klinikaufenthalten nach zwei Jahren Behandlung

Weder in der Häufigkeit noch in der Dauer von Klinikaufenthalten zeigte sich ein signifikanter Unterschied zum Prä-Zeitpunkt zwischen der stationären und der ambulanten Gruppe.

12.6.1. Häufigkeit von Klinikaufenthalten

Auch für den 21-Monats-Zeitraum wurde eine multiple Regression berechnet, die den Einfluss von Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad bzw. deren Interaktion untersucht. Es fanden sich zwei signifikante Prädiktoren, die Prä-Werte und die Interaktionsvariable. Außerdem zeigte sich ein extremer Ausreißerwert, bei dessen Entfernung die Modellgüte deutlich zunahm. Bei $n=31$ Patientinnen zum Post3-Zeitpunkt zeigte die Analyse dann folgende Ergebnisse. Tabelle 12-9 listet die signifikanten Prädiktoren und den Varianzzuwachs durch den Prädiktor auf, sowie die Regressionskoeffizienten und deren t- und p-Wert für die $H_0: b=0$.

Tabelle 12-9 Multiple Regression der Verbesserung der Klinikaufenthalte zu Post3, $n=31$

Abhängige Variable	Prädiktor	R ² -Zuwachs	b	t	p
Differenz der Klinikaufenthalte	Prä-Werte	76.3%	0.622	10.49	<.0001
	Gruppe*SG	4.1%	-0.08	-2.42	.022

Die Häufigkeit von Klinikaufenthalten im Zeitraum 21 Monate vor Beginn der Therapie trägt als Hauptprädiktor mit 76.3% Varianzbeitrag signifikant zur Erklärung der Differenzwerte im Vergleich zum 21-Monatszeitraum nach Beginn der Therapie bei. Patientinnen, die vor der Behandlung eine Häufung von Klinikaufenthalten aufwiesen, haben eine größere Reduktion an Klinikaufenthalten²³. Die Interaktion Gruppe*Schweregrad ist ein signifikanter Prädiktor, spielt aber mit 4.1% Erklärungsbeitrag

²³ Diese Aussage wirkt zunächst banal, weil nur Patientinnen mit mehr Klinikaufenthalten überhaupt die Möglichkeit haben, größere Verbesserungen aufzuweisen. Ein niedrigeres R² würde aber darauf hinweisen, dass Patientinnen mit vielen Aufenthalten vor Beginn der Therapie am Ende des Behandlungsjahres immer noch zu denen gehören, die – relativ gesehen – eine höhere Anzahl Klinikaufenthalte aufweisen.

eine geringe Rolle für das Zustandekommen der Häufigkeitsdifferenzen von Klinikaufenthalten. Trotzdem soll sie hier der Vollständigkeit halber illustriert werden. Die Regressionsgleichung für die ambulante Gruppe lautet:

Gleichung 12-5

$$\text{kdiff2} = .051 + .823\text{kpr2} - .079(\text{Gruppe} * \text{SG})$$

Legende: kdiff2 =Differenz der Prä- und Post3-Klinikaufenthalte für einen 21-Monatszeitraum, kpr2 =Anzahl Klinikaufenthalte in den 21 Monaten vor Therapiebeginn, SG =Schweregrad

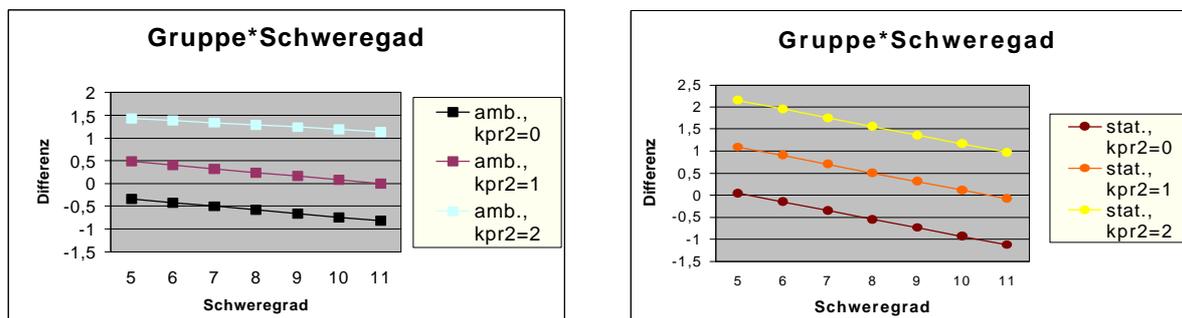
Für die stationäre Gruppe sieht die Gleichung folgendermaßen aus:

Gleichung 12-6

$$\text{kdiff2} = 1.022 + 1.054\text{kpr2} - .196 * \text{SG}$$

In Gleichung 12-5 und Gleichung 12-6 werden die jeweiligen Codierungen für die Gruppenzugehörigkeit eingesetzt, sowie die verschiedenen Werte, die der Schweregrad annehmen kann. Damit lässt sich für drei verschiedene Fälle – 0, 1 und 2 Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn – folgende Abbildung 12-5 der Zusammenhänge erstellen.

Abbildung 12-5 Zusammenhang zwischen Differenz der Klinikaufenthalte und der Interaktion Gruppe*Schweregrad zu Post3, ambulant (n=15) und stationär (n=16)



Legende: kpr2 =Anzahl Klinikaufenthalte 21 Monate vor Therapiebeginn

Auch hier gilt wieder, dass positive Differenzen eine Verbesserung bedeuten. Das bedeutet für den längeren Zeitraum von 21 Monaten, dass in der ambulanten Gruppe die Patientinnen ohne vorangegangenen Klinikaufenthalt sich durchschnittlich verschlechtern und zwar um so mehr, je höher der Schweregrad ist. Die Abhängigkeit vom Schweregrad ist allerdings nur leicht ausgeprägt (die Differenz zwischen Schweregrad 5 und Schweregrad 11 ist gering). Patientinnen mit einem oder mehr Klinikaufenthalten weisen keine Verschlechterung mehr auf. Die Ergebnisse für die ambulante Gruppe sind denen vom Zeitraum der letzten neun Monate des ersten Behandlungsjahres sehr ähnlich.

In der stationären Gruppe ist für den längeren Zeitraum von 21 Monaten eine deutliche Abhängigkeit vom Schweregrad zu beobachten. Patientinnen mit keinem Klinikaufenthalt vor Therapiebeginn weisen ab Schweregrad 6 im Durchschnitt eine Verschlechterung auf, die um so deutlicher wird, je höher der Schweregrad ist. Der Unterschied zwischen Schweregrad 5 und Schweregrad 11 bedeutet bei den stationären

ren Patientinnen im Durchschnitt die Zunahme um einen Klinikaufenthalt nach Therapiebeginn. Auch hier verbessern sich die Patientinnen ab mindestens einem Klinikaufenthalt vor Therapiebeginn. Die Verbesserung ist höher als in der ambulanten Gruppe, aber deutlich besser in den niedrigen Schweregraden, in den hohen Schweregraden war die Reduktion an Klinikaufenthalten nicht so ausgeprägt.

Die durchschnittlichen Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Gruppe in der Anzahl von Klinikaufenthalten zeigt Tabelle 12-10.

Tabelle 12-10 Prä- und Post3-Werte der Anzahl Klinikaufenthalte für die stationäre (n=16) und die ambulante (n=16) Gruppe

Zeitpunkt	Gruppe	MW	SD	Md	Range
Prä	Stationär	2.38	2.22	1.5	0-7
	Ambulant	1.50	1.46	1.0	0-6
Post3	Stationär	0.44	0.73	0.0	0-2
	Ambulant	1.19	1.91	0.5	0-7

Hier zeigt sich noch deutlicher als nach dem ersten Behandlungsjahr die höhere Reduktion der Anzahl Klinikaufenthalte der stationären im Vergleich zur ambulanten Gruppe.

12.6.2. Dauer von Klinikaufenthalten

Die Differenz der Tage Klinikaufenthalt der Gesamtgruppe unterscheidet sich im Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test hochsignifikant von Null ($S=144.5$, $p=.0001$). Der Gruppenunterschied für die Differenz der Klinikaufenthalte zeigt im Wilcoxon-Test eine Tendenz ($Z=-1.91$, $p=.057$) zugunsten der stationären Gruppe. Dieses Ergebnis ist etwas irreführend, weil der Test den Werten nur Ränge verleiht, aber das Ausmaß ignoriert. Aufgrund der ausgeprägten Abweichung von der Normalverteilung und extremen Standardabweichungen ist die Anwendung dieses Tests auch adäquat. Da er aber das Ausmaß der Reduktion ignoriert, soll hier wenigstens deskriptiv anhand von Tabelle 12-11 die durchschnittliche Dauer der Klinikaufenthalte beider Gruppen stationär und ambulant dargestellt werden.

Tabelle 12-11 Prä- und Post3-Werte der Tage Klinikaufenthalt für die stationäre (n=16) und die ambulante (n=16) Gruppe

Zeitpunkt	Gruppe	MW	SD	Md	Range
Prä	Stationär	143.1	174.1	80.0	0-544
	Ambulant	52.6	57.8	24.5	0-137
Post3	Stationär	1.44	2.71	0.0	0-9
	Ambulant	34.7	49.9	1.0	0-158

Die Tabelle macht deutlich, dass es in der stationären Gruppe in einem sehr viel höherem Ausmaß zu einer Reduktion der Tage Klinikaufenthalt gekommen ist als in der

ambulanten Gruppe. Sie zeigt auch, dass die ambulante Gruppe mit viel geringeren Prä-Werten an Tagen Klinikaufenthalt die Therapie beginnt. Obwohl der Wilcoxon-Test keine Signifikanz zeigt, liegt hier das gleiche Problem vor wie beim Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Differenz der Tage Klinikaufenthalt. Der t-Test, der das Ausmaß mit einbezieht, würde signifikant werden, kann aber nicht angewandt werden. Von einem von vornherein bestehenden Unterschied muss aber ausgegangen werden.

Für die Differenz der Tage Klinikaufenthalt gibt es keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Schweregrad ($r_s=.224$) oder der Interaktion Gruppe*Schweregrad ($r_s=-.267$), allerdings korreliert wie zu erwarten, die Dauer der Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn hochsignifikant mit der Differenz der Tage ($r_s=0.938$, $p<.0001$). Das heisst, genau wie bei der Anzahl der Aufenthalte, weisen Patientinnen mit langen Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn die höchsten Reduktionen auf für den Zeitraum von 21 Monaten.

12.6.3. Zusammenfassung

Bis zum jetzigen Zeitpunkt liegen von 32 Patientinnen ohne Therapieabbruch die Daten für zwei Jahre vor. Im Vergleich mit den Daten vor Therapiebeginn haben diese Patientinnen signifikant weniger Klinikaufenthalte in den vergangenen 21 Monaten als vor Beginn und die Aufenthaltsdauer ist ebenfalls signifikant geringer geworden. Patientinnen mit einer hohen Anzahl von Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn zeigen auch die höchsten Reduktionen an Klinikaufenthalten. Die stationäre Gruppe zeigt sich dabei der ambulanten signifikant überlegen, sie weist ein höheres Ausmaß an Reduktion der Klinikaufenthalte auf. Allerdings ist bei beiden Gruppen das Ausmaß an Reduktion abhängig vom Schweregrad, das heisst vom Ausmaß an lebensbedrohlichem Verhalten vor Therapiebeginn. Patientinnen, die wenig von diesem Verhalten zeigen, verbessern sich, vor allem in der stationären Gruppe, deutlich mehr als die mit ausgeprägtem suizidalem/selbstverletzenden Verhalten. Diese Zwei-Jahres-Ergebnisse sind noch als vorläufig zu betrachten, da zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht alle Patientinnen das zweite Behandlungsjahr beendet hatten.

12.7. Explorative Untersuchungen zu differentiellen Veränderungen der Klinikaufenthalte

12.7.1. Zusammenhang zwischen Symptomatik und Klinikaufenthalten

Hintergrund der Fragestellung ist die Überlegung, dass sich bei Patientinnen, die im Verlauf des ersten Behandlungsjahres Klinikaufenthalte hatten, möglicherweise zum Post1-Zeitpunkt schon Anzeichen auf der Symptomebene zu finden sind. Daneben

finden sich möglicherweise auch Zusammenhänge mit den Werten der Symptomebene am Ende des ersten Behandlungsjahres.

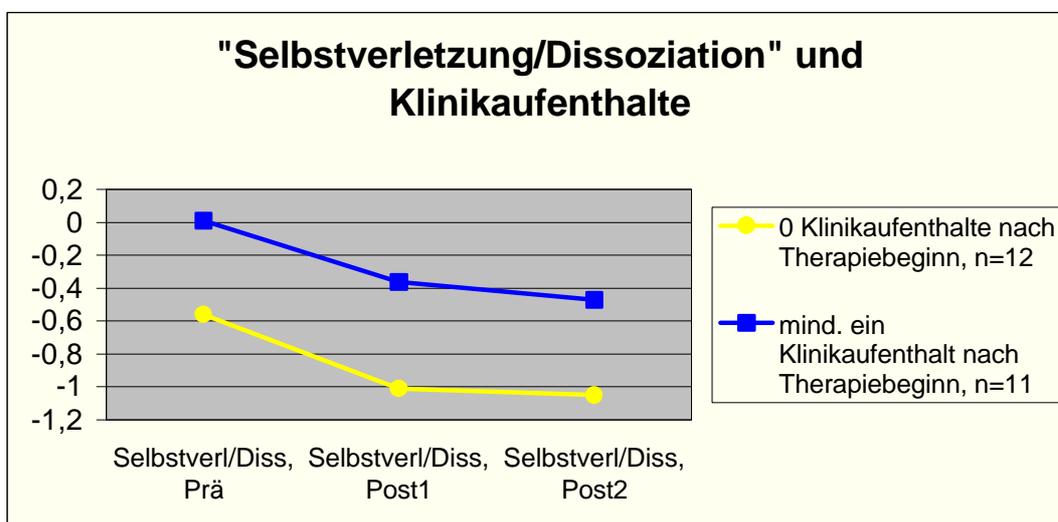
12.7.1.1. Symptomatik als Prädiktor für Klinikaufenthalte

Zur Untersuchung dieser Frage wurden die Faktorenwerte der Symptomatik zum Post1-Zeitpunkt, also vier Monate nach Beginn der Therapie, mit der Häufigkeit der Klinikaufenthalte der letzten neun Monate des ersten Behandlungsjahres, korreliert. Dabei zeigte sich für die Gesamtgruppe bei keinem der Faktoren ein Zusammenhang. Bei einem n von 42 müsste ein Effekt in der Gruppe mindestens $r=.40$ betragen, damit er mit einer Power von 80% signifikant werden würde. Das heisst, dass mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 20% davon ausgegangen werden kann, dass keine substantiellen Zusammenhänge von mindestens $r=.40$ existieren.

Bei Auftrennung in die Gruppen ambulant und stationär unter der gleichen Fragestellung ergab sich eine substantielle Korrelation zwischen Faktor 4 (Selbstverletzung/Dissoziation) zu Post1 und den Klinikaufenthalten bei Post2 ($r_s=.456$, $p=.029$) in der ambulanten Gruppe. Bei allen Faktoren stehen hohe Werte für hohe Symptomausprägung, die positive Korrelation bringt hier also zum Ausdruck, dass in der ambulanten Gruppe ein positiver Zusammenhang besteht zwischen der Häufigkeit von Klinikaufenthalten und Selbstverletzung/Dissoziation, Patientinnen mit ungünstigen Werten in diesem Faktor zum Zeitpunkt Post1 weisen bei Post2 eine hohe Anzahl an Klinikaufenthalten auf.

Abbildung 12-6 zeigt den Verlauf von Faktor 4 „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu den drei Messzeitpunkten für die ambulante Gruppe. Die Verläufe wurden aufgetrennt in eine Gruppe von Patientinnen, die keinen Klinikaufenthalt hatten nach Therapiebeginn und in eine Gruppe mit mindestens einem Klinikaufenthalt.

Abbildung 12-6 Zusammenhang zwischen „Selbstverletzung/Dissoziation“ und Klinikaufenthalten zu Post2 für ambulante Patientinnen ohne (n=12) und mit (n=11) Klinikaufenthalt nach Therapiebeginn



Die Gruppe ohne Klinikaufenthalte zeigt in der Darstellung eine etwas steilere Verbesserung als die Gruppe mit Klinikaufhalten nach Therapiebeginn in der ersten Behandlungsphase. Allerdings zeigt die Abbildung auch, dass die Gruppe mit den Klinikaufhalten von vornherein eine höhere Belastung auf dem Faktor Selbstverletzung/Dissoziation aufwies, so dass sich die Prä-Post1-Differenz beider Gruppen nicht so sehr unterscheidet (0.45 vs. 0.37). Das heisst, dass in der ambulanten Gruppe diejenigen Patientinnen, die zu Beginn der Therapie ein höheres Ausmaß an selbstverletzendem und dissoziativem Verhalten aufwiesen, ein höheres Risiko für einen Klinikaufenthalt hatten. Der gleiche Zusammenhang zeigte sich in der ambulanten Gruppe für die Dauer der Klinikaufenthalte: Höhere Symptombelastung in Selbstverletzung/Dissoziation korrelierte positiv mit einer höheren Anzahl von Tagen Klinikaufenthalt ($r_s=.548$, $p=.007$).

Diese Zusammenhänge zeigten sich nur bei der ambulanten, nicht bei der stationären Gruppe. Allerdings müsste hier schon eine Korrelation von mindestens .52 vorliegen, damit ein solcher Effekt bei einem n von 19 für die stationäre Gruppe mit mindestens 20%-iger Fehlerwahrscheinlichkeit auch signifikant werden kann.

12.7.1.2. Zusammenhang zwischen Symptomatik und Klinikaufhalten nach einem Jahr

Für die Gesamtgruppe fand sich am Ende des ersten Behandlungsjahres kein Zusammenhang zwischen Klinikaufhalten im ersten Behandlungsjahr und Symptomatik am Ende des ersten Behandlungsjahres. Aufgetrennt nach Gruppen zeigte sich nur in der ambulanten Gruppe ein signifikanter Zusammenhang. Wie Abbildung 12-6 schon andeutet hängt die Anzahl von Klinikaufhalten zusammen mit den Post2-Werten im Symptombfaktor 4 „Selbstverletzung/Dissoziation“ ($r_s=.424$, $p=.044$). Für die Dauer der Aufenthalte zeigte sich hier nur ein tendenzieller Zusammenhang von $r_s=.398$ bei einem p von .060.

12.7.1.3. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Gesamtgruppe die Häufigkeiten von Klinikaufhalten in den letzten neun Monaten des ersten Behandlungsjahres offensichtlich unabhängig sind vom Ausmaß der vorhergehenden Symptomatik. Auch zwischen dem Ausmaß an Symptomatik nach einem Jahr Behandlung und der Anzahl von Klinikaufhalten im Behandlungszeitraum findet sich kein Zusammenhang.

Einzig in der ambulanten Gruppe gibt es einen Zusammenhang zwischen „Selbstverletzung/Dissoziation“ und Klinikaufhalten. Patientinnen, die während des Behandlungsjahres stationär aufgenommen wurden, weisen schon zu Beginn der Behandlung eine deutlich höhere Belastung in „Selbstverletzung/Dissoziation“ auf als die ohne stationäre Aufnahme. Diese Differenz blieb zu allen Messzeitpunkten erhalten, so dass nach einem Jahr Patientinnen mit Klinikaufhalten während der

Behandlung schlechtere Ergebnisse in den Selbstverletzungen aufweisen als die Patientinnen ohne stationären Aufenthalt.

12.7.2. Zusammenhang zwischen interpersonellen Faktoren und Klinikaufenthalten

Auch bei den interpersonellen Variablen interessiert die Frage, ob es Zusammenhänge gibt zwischen Klinikaufenthalten und bestimmten Ausprägungen im interpersonellen Stil zu Beginn der Therapie. Daneben finden sich möglicherweise auch Zusammenhänge mit den Klinikaufenthalten während des Behandlungsjahres und den Ausprägungen des interpersonellen Bereiches zu Beginn der Therapie.

12.7.2.1. Zusammenhang zwischen interpersonellen Faktoren und Klinikaufenthalten zu Therapiebeginn

Für die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen interpersonellen Faktoren und Klinikaufenthalten wurden Spearman-Korrelationen berechnet zwischen den Werten der interpersonellen Gruppen und der Häufigkeit und Dauer von Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn. Dabei fanden sich für die Dauer von Klinikaufenthalten in den letzten neun Monaten vor Therapiebeginn ein Zusammenhang von $r_s = -.375$ ($p = .015$) mit den Werten im interpersonellen Faktor „Distanz“. Das heisst, lange Dauer von Klinikaufenthalten geht einher mit niedrigen „Distanz“-Werten. Für den Zeitraum von 21 Monaten vor Therapiebeginn fand sich für die Häufigkeit ($r_s = .412$, $p = .007$) und für die Dauer der Klinikaufenthalte ($r_s = .337$, $p = .029$) ein Zusammenhang mit der „Sozialen Einbindung“ zum Prä-Zeitpunkt. Da die „Soziale Einbindung“ unipolar ist, gilt auch für sie, dass niedrige Werte günstige Werte darstellen, das heisst, wenige und kurze Klinikaufenthalte gehen einher mit guter sozialer Eingebundenheit für den längeren Zeitraum von 21 Monaten.

12.7.2.2. Interpersonelle Faktoren als Prädiktoren für Klinikaufenthalte

Für die Klinikaufenthalte in den neun Monaten nach Ablauf der ersten dreimonatigen Therapiephase zeigte sich für die Gesamtgruppe ein Zusammenhang für die Dauer und tendenziell für die Häufigkeit der Klinikaufenthalte mit dem Ausmaß an „Distanz“ zum Prä-Zeitpunkt. Die hoch distanten Patientinnen zeigen die niedrigsten Aufenthaltsdauern in Kliniken ($r_s = -.322$, $p = .037$) und tendenziell niedrigere Häufigkeiten an Klinikaufenthalten ($r_s = -.295$, $p = .058$).

Für die Gruppe der niedrig Distanten zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen Eingebundenheit und der Dauer der Klinikaufenthalte in dem Sinn, dass gute Eingebundenheit ein günstiger Prädiktor für kurze Dauer von Klinikaufenthalten darstellt.

Auch für die relativ große Gruppe der hoch Abhängigen zeigte sich der Zusammenhang zwischen hoher „Distanz“ und wenigen ($r_s = -.363$, $p = .027$) und niedrigen ($r_s = -.392$, $p = .017$) Klinikaufenthalten.

12.7.2.3. Zusammenfassung

Patientinnen, die sich vor Therapiebeginn als wenig abgrenzend in ihrem interpersonellen Stil beschreiben sind auch diejenigen, die vor Therapiebeginn die längsten Klinikaufenthalte hatten. Ein „Schutzfaktor“ für diese Patientinnen nach Beginn der Therapie stellt eine gute soziale Einbindung dar, dies geht mit besseren Chancen für kürzere Klinikaufenthalte einher.

Der Gegenpol dieser Patientinnen, nämlich die, die sich als streitsüchtig, abweisend, dominant zu Beginn beschreiben, weisen am Ende des ersten Jahres die wenigsten und kürzesten Klinikaufenthalte auf.

12.8. Verlauf der Klinikaufenthalte in der Drop-out-Gruppe

Die Daten der neun Patientinnen, die die Behandlung abbrachen, sollen hier gesondert dargestellt werden.

Tabelle 12-12 stellt die Häufigkeiten und Dauer von Klinikaufenthalten für einen Zeitraum von neun Monaten für die non-Drop-out- und die Drop-out-Gruppe zusammen.

Tabelle 12-12 Verlauf von Häufigkeit und Dauer von Klinikaufenthalten für die non-Drop-out-Gruppe (n=42) und die Drop-out-Gruppe (n=9)

Variable	Zeitpunkt	Gruppe	MW	SD	Md	Range
Anzahl Klinikaufenthalte						
	Prä	Non-Drop-out	1.26	1.42	1.0	0-5
		Drop-out	0.56	0.73	0.0	0-2
	Post2	Non-Drop-out	0.71	1.09	0.0	0-4
		Drop-out	0.0	0.0	0.0	0
Tage Klinikaufenthalt						
	Prä	Non-Drop-out	45.9	68.6	14.0	0-256
		Drop-out	25.2	39.8	0.0	0-115
	Post2	Non-Drop-out	12.5	25.6	0.0	0-102
		Drop-out	0.0	0.0	0.0	0

Die Drop-out-Gruppe weist vor Beginn der Therapie deskriptiv eine niedrigere Belastung an Häufigkeit und Dauer von zurückliegenden Klinikaufenthalten auf. Zum Post2-Zeitpunkt zeigt sich, dass keine der neun Patientinnen während des Zeitraumes der zurückliegenden neun Monate einen stationären Aufenthalt hatte.

12.8.1. Vergleich zweier Drop-out-Gruppen

Auch für die zurückliegenden Klinikaufenthalte soll deskriptiv dargestellt werden, ob Patientinnen, die nicht mehr für Diagnostik zur Verfügung standen, sich von denen unterscheiden, die weiterhin für Diagnostik zur Verfügung standen. Tabelle 12-13 listet die Daten für beide Gruppen auf.

Tabelle 12-13 Deskriptive Daten der zurückliegenden Klinikaufenthalte zu Beginn der Therapie für die Drop-out-Gruppe mit Diagnostik (n=9) und ohne Diagnostik (n=13)

Gruppe	MW	SD	Md	Range
Anzahl Klinikaufenthalte, neun Monate				
Mit Diagnostik	0.56	0.73	0.0	0-2
Ohne Diagnostik	0.62	0.77	0.0	0-2
Anzahl Klinikaufenthalte, 21 Monate				
Mit Diagnostik	1.56	1.74	1.0	0-4
Ohne Diagnostik	1.08	1.61	1.0	0-6
Tage Klinikaufenthalt, neun Monate				
Mit Diagnostik	25.2	39.8	0.0	0-115
Ohne Diagnostik	47.1	76.4	0.0	0-259
Tage Klinikaufenthalt, 21 Monate				
Mit Diagnostik	89.3	107.1	63.0	0-283
Ohne Diagnostik	98.5	161.9	45.0	0-556

Die Häufigkeit von Klinikaufenthalten unterscheidet sich deskriptiv im ersten zurückliegenden Jahr nicht, über den längeren Zeitraum von 21 Monaten hinweg scheinen die Patientinnen, die keine weitere Diagnostik mehr mitmachten, sogar eher weniger Klinikaufenthalte aufzuweisen. Allerdings scheinen sie im Zeitraum von neun Monaten eine Tendenz zu längeren Klinikaufenthalten zu haben und über den längeren Zeitraum von 21 Monaten hinweg zeigen zumindest ein Teil dieser Patientinnen deutlich längere Klinikaufenthalte.

12.8.2. Zusammenfassung

Patientinnen, die die Therapie abbrechen und für weitere Datenerfassung zur Verfügung standen, zeigten schon am Beginn der Therapie weniger und kürzere zurückliegende Klinikaufenthalte. Trotz Abbruch wurde keine dieser neun Patientinnen innerhalb eines Jahres stationär aufgenommen.

Patientinnen, die die Therapie abbrechen, aber für weitere Diagnostik nicht mehr zur Verfügung standen, zeigten im Vergleich zu denen, die weiter Diagnostik mitmachten, im Vorfeld eher weniger, aber längere Klinikaufenthalte.

KAPITEL 13

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

13.1. Zusammenfassende Darstellung der Studie

Persönlichkeitsstörungen werden definiert als lang anhaltende Verhaltens- und Erlebnismuster, die erst dann zur Störung werden, wenn sie zu Konflikten mit der Umgebung führen und dadurch ein Leiden oder eine Beeinträchtigung der Person entsteht. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung entstehen diese Konflikte durch mangelnde realistische Einschätzungen anderer Personen und der Beziehungen zu diesen Personen. Idealisierung oder Abwertung, Impulsivität, heftige Wut oder ausgeprägte Angst vor dem Alleinsein stellen eine Belastung dar im zwischenmenschlichen Kontakt. Gleichzeitig entsteht durch eine ausgeprägte affektive Reaktivität zusätzlicher Leidensdruck.

Im psychoanalytischen Verständnis entsteht dieses Muster in der frühen Kindheit, wo es nicht gelungen ist, „gute“ und „böse“ Repräsentanzen anderer Menschen und der Beziehungen zu anderen Menschen zu einem realistischen Bild zusammenzufassen. Diese Repräsentanzen werden gebraucht, um ein verletzliches Selbst zu schützen, führen aber, so lange sie einzeln und getrennt existieren, zu extremen Erwartungen – und Enttäuschungen – in zwischenmenschlichen Beziehungen. Interpersonelle Theoretiker führen diese nicht angemessenen zwischenmenschlichen Verhaltensmuster auf frühe Beziehungserfahrungen zurück. Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind in schwierigen oder traumatischen zwischenmenschlichen Umgebungen aufgewachsen und haben als Reaktion darauf bestimmte Verhaltensmuster erlernt, die ebenfalls das Selbst schützen sollen. Die Verhaltensweisen der Umgebung und die Reaktionen auf bestimmte traumatisierende Erfahrungen sind dabei Bestandteil eines „interpersonellen Zirkels“, bei dem spezifische Verhaltensweisen entsprechende zwischenmenschliche Reaktionen hervorrufen.

Bio-psycho-soziale Konzepte sehen das Verhalten von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls als gelernte Muster an, ergänzen aber das Konzept um biologische Faktoren, die Menschen vulnerabel machen für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen. Im Konzept von M. Linehan ist dies eine angeborene Dysfunktion zur Affektregulation, die zu starker Sensitivität für affektive Reize führt, zu intensiven Emotionen und zu Schwierigkeiten, diese Emotionen zu bewältigen. Umgebungsfaktoren, wie sogenannte invalidierende Reaktionen von Bezugspersonen auf emotionale Äusserungen von Kindern, führen dazu, dass sich die Störung ausprägen kann.

Das klinische Störungsbild erscheint teilweise so schwer, dass bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts viele Behandler der Meinung waren, Menschen mit Borderline-Störung bräuchten eine eventuell sogar lebenslange Unterstützung, ohne dass man

an der Störung selbst etwas verändern könne. Diese Einstellung änderte sich unter anderem durch die Arbeit von Otto Kernberg, der mit seiner „Expressiven Psychotherapie“ den Grundstein legte für die Entwicklung neuer spezifischer Psychotherapien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Kernberg war der Meinung, Borderline-PatientInnen seien durchaus in der Lage von konfrontativer Therapie zu profitieren und Veränderungen ihres Zustandes, allerdings in intensiven, langjährigen Behandlungen, zu erzielen. In Folge wurden weitere therapeutische Konzepte entwickelt, die von psychoanalytischen Langzeittherapien über Gruppentherapien, Kurzzeit-Behandlungen und interpersonellen Ansätzen bis hin zu kognitiven und verhaltensmäßigen Therapien reichten. M. Linehan entwickelte in den achtziger Jahren ihr ambulantes Behandlungskonzept für chronisch suizidale Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, das sich durch eine klare Strukturierung, die Vermittlung spezifischer Fertigkeiten und eine wohlwollende Balance aus Akzeptanz- und Veränderungsstrategien auszeichnet.

Parallel zu den theoretischen Entwicklungen und angeregt durch Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnosestellung und der empirischen Forschung begannen ForscherInnen zahlreiche Untersuchungen zum unbehandelten und behandelten Verlauf der Borderline-Störung. Eines der Hauptergebnisse zum naturalistischen Verlauf war die Folgerung, dass die Borderline-Störung ihre kritischste Phase im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt hat - mit dem höchsten Suizidrisiko im zweiten Lebensjahrzehnt -, um danach bei der Mehrzahl von alleine einen besseren Verlauf anzunehmen. Eine Fülle von Behandlungsstudien kam zu dem Ergebnis, dass es zu Verbesserungen kommt im Lauf einer therapeutischen Behandlung, wobei die Qualität der Studien sehr unterschiedlich ist und die verwendeten Zielkriterien uneinheitlich. Randomisierte Studien liegen bislang nur wenige vor, eine stammt von M. Linehan, die ihr DBT-Konzept empirisch überprüfte. Mit dieser Studie konnte sie die Überlegenheit der DBT in den Aspekten selbstverletzende Handlungen und niedrige Abbruchquote gegenüber einer individuellen psychoanalytischen Einzeltherapie belegen.

Angeregt durch diese Ergebnisse wurde die DBT erstmals in Deutschland an der psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg eingeführt. Aufgrund der andersgearteten Versorgungsstruktur und der unzureichenden Versorgungslage in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken wurde die DBT sowohl als ambulantes Konzept eingeführt als auch als intensives dreimonatiges stationäres Behandlungsmodul. Von diesem kompakten Angebot erhoffte man sich einen Behandlungsvorteil, der längere ambulante Therapien verkürzen oder sogar ersetzen könnte. Dieses Behandlungskonzept wurde im Rahmen eines von der DFG geförderten Forschungsprojektes empirisch überprüft. Dazu wurden 66 Patientinnen randomisiert zwei Gruppen zugeteilt. Eine Gruppe begann mit einem stationären Aufenthalt nach dem DBT-Konzept, gefolgt von ambulanter DBT-Weiterbehandlung. Die zweite Gruppe wurde von Anfang an ambulant nach DBT behandelt.

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen dieses Forschungsprojektes entstanden und hat sich folgender Fragestellungen angenommen:

1. Wie sehen die Veränderungen der psychopathologischen Symptomatik und der interpersonellen Variablen nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie aus?
2. Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsergebnissen, die durch die Gruppenzugehörigkeit stationär vs. ambulant bzw. durch unterschiedliche Schweregrade zustande kommen?
3. Wie sieht der Verlauf der Drop-out-Patientinnen aus?
4. Wie verändert sich das selbstverletzende Verhalten nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie?
5. Wie verändern sich die Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten in ein und in zwei Jahren und wie werden sie beeinflusst durch Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad der Störung?

Die untersuchte Stichprobe bestand aus 66 Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im durchschnittlichen Alter von 26,6 Jahren. Die meisten von ihnen waren unverheiratet (80.3%) und haben Realschulabschluss oder Abitur (78.8%). Fast ein Drittel waren zu Beginn noch als Schülerin oder Studentin in Ausbildung, 27 waren berufstätig. Die Patientinnen gaben eine relativ hohe familiäre Belastung in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen (47.0%) oder Suizidalität (39.4%) bei Angehörigen an. Im Durchschnitt erfüllen die Patientinnen 6.76 von neun Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Stichprobe zeichnet sich durch eine hohe Komorbidität mit Achse-I-Erkrankungen aus, 75.8% weisen zwei oder mehr zusätzliche psychische Erkrankungen auf, an erster Stelle stehen dabei die Angsterkrankungen, an zweiter Stelle depressive Störungen.

13.2. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Von den insgesamt 66 in die Studie eingeschlossenen Patientinnen brachen 22 (33.3%) innerhalb des ersten Behandlungsjahres die Therapie ab. Im Vergleich zu Linehans Untersuchung (1991), die eine Drop-out-Rate von 16.7% aufwies, ist die Abbruchquote doppelt so hoch. Weder die Zugehörigkeit zu einer Untersuchungsgruppe, noch der Schweregrad der Störung, Achse-I-Komorbidität, Ausprägung der Symptomatik oder Stichprobenvariablen trugen zur a-priori-Identifizierung der Abbrecher bei. Der Wechsel zu einer anderen TherapeutIn nach der dreimonatigen stationären Phase war zwar dem klinischen Eindruck nach schwierig für die Patientinnen, es kam aber während dieser Zeit nicht zu einer Erhöhung der Abbruchquote. Eine mögliche Erklärung der hohen Abbruchquote könnten Therapeutenvariablen, speziell die therapeutische Erfahrung, darstellen. Immerhin zwölf der 28 beteiligten psychologischen und ärztlichen TherapeutInnen standen erst am Anfang ihrer therapeutischen Ausbildung. Obwohl gerade diese Gruppe sorgfältig und regelmäßig von DBT-Supervisoren supervidiert wurde, ist es doch gut vorstellbar, dass die mangelnde Erfahrung gerade bei einer so komplexen zwischenmenschlichen Störung wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung dazu beiträgt, dass schwierige Therapiesituationen

nicht so günstig gelöst werden können. Aus der klinischen Beobachtung heraus entstand die Hypothese, dass Patientinnen, die sich eher als dominant und unabhängig darstellten und Schwierigkeiten hatten, Regeln und Struktur der DBT einzuhalten, leichter die Behandlung abbrechen. Dafür ließ sich empirisch keine Bestätigung, höchstens eine leichte Tendenz, finden. Nachdem sich auf Patientinnenseite kein Prädiktor für Therapieabbruch finden ließ, scheinen sich sowohl die Therapeutenvariablen als auch die Variablen der Qualität der therapeutischen Beziehung selbst als mögliche Erklärung anzubieten.

Aufgrund der Abbruchquote standen am Ende des ersten Behandlungsjahres die Daten von 42 Patientinnen zur Auswertung zu Verfügung. Da das Studiendesign eine relativ große Anzahl an Untersuchungsvariablen vorsah, bestand das erste Ziel der Untersuchung in einer Reduktion dieser Variablen. Dabei wurden zum einen zwei Einzelvariablen als Zielkriterien ausgewählt, die für die Borderline-Störung spezifische Verhaltensweisen darstellen und die gleichzeitig auch explizite Behandlungsfoki der DBT darstellen, nämlich Selbstverletzungen und Klinikaufenthalte.

Weiterhin wurden Variablen zu einem Bereich psychopathologische Symptomatik und einem zwischenmenschlichen Bereich zusammengefasst, für beide Bereiche wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, um Faktoren zu identifizieren, die das mehreren Variablen Gemeinsame repräsentieren. Im Symptombereich ergaben sich vier unabhängige Faktoren, die „SCL-90-Pathologie“, „Depressivität“, „Fremdrating“ und „Selbstverletzung/Dissoziation“ genannt wurden, wobei der dritte Faktor sowohl inhaltlich als auch methodisch die schlechteste Qualität aufwies. Der vierte Faktor zeigte – im Gegensatz zu den andern drei Faktoren – überhaupt keine Überlappungen mit den anderen Faktoren. Selbstverletzung und Dissoziation scheint von der übrigen erfassten Symptomatik unabhängig zu sein.

Für den interpersonellen Bereich ergab die Hauptkomponentenanalyse drei unabhängige Faktoren, die „Distanz“, „Abhängigkeit“ und „Soziale Einbindung“ genannt wurden. Da diese Faktoren auf bipolaren Skalen beruhen, wurde für die Veränderungsmessung über die Normwerte der Skalen eine Aufteilung der ersten beiden Faktoren in Gruppen mit jeweils hohen und niedrigen Ausprägungen des entsprechenden interpersonellen Stils vorgenommen. Dabei zeigte sich für den Faktor „Distanz“ eine Aufteilung in zwei circa gleich große Anteile, im Faktor „Abhängigkeit“ erbrachte die Aufteilung fünf Personen in der Untergruppe mit niedrigen Abhängigkeitswerten und 37 Personen mit hohen Abhängigkeitswerten. Die Stichprobe, die hier untersucht wurde, scheint also insgesamt in Richtung „Abhängigkeit“ als interpersonelles Merkmal zu tendieren. Für die statistischen Auswertungen standen demnach vier interpersonelle Gruppen zur Verfügung, im Faktor „Distanz“ eine hohe und eine niedrige Gruppe, eine hohe Gruppe im Faktor „Abhängigkeit“ und der Faktor „Soziale Einbindung“. Auf die Auswertung der fünf Patientinnen mit niedrigen Abhängigkeitswerten wurde weitgehend verzichtet.

Bei dieser Art von Aufteilung darf nicht vergessen werden, dass Patientinnen auf jedem der Faktoren bestimmte Ausprägungen zeigen und damit ein bestimmtes Profil

aufweisen. Das heisst, Patientinnen, die sich beispielsweise als stark ausgeprägt in interpersonellen Einstellungen wie „zu freundlich“ oder „zu ausnutzbar“ beschreiben, verfügen gleichzeitig über Einstellungen, die ihre interpersonelle Nähe zu anderen Menschen regeln und sind zusätzlich gut oder weniger gut in soziale Funktionen eingebunden, wie Beruf, Familie, Freundschaften.

Eine gewisse Schwäche der Aufteilung in eine hohe und eine niedrige Gruppe kommt dadurch zustande, dass Patientinnen durch Zufall hohe oder niedrige Werte in den interpersonellen Faktoren annehmen können. Bei wiederholten Messungen würden diese durch den Effekt der Regression zur Mitte eine Verbesserung vortäuschen, die so gar nicht stattgefunden hat. Bei den Symptombfaktoren mittelt sich der Effekt aus, weil Patientinnen per Zufall sowohl in niedrige als auch hohe Bereiche fallen. Aufgrund der Trennung kann diese Korrektur durch den Zufall bei den interpersonellen Variablen nicht geschehen. Es gibt aber wenig Hinweise auf eine Regression zur Mitte, die Veränderungen in den bipolaren interpersonellen Faktoren sind nur schwach ausgeprägt.

Veränderung der psychopathologischen Symptomatik nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie

Die Veränderung der psychopathologischen Symptomatik während des ersten Behandlungsjahres wurde mit Hilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung und die zugehörigen Kontrastanalysen untersucht. Die Stichprobe bestand dabei aus den 42 Patientinnen, die während des ersten DBT-Behandlungsjahres die Therapie nicht abgebrochen hatten. Überprüft wurden die Veränderungen des ersten, viermonatigen, und des zweiten, achtmonatigen, Behandlungszeitraumes. Dabei zeigte sich, dass drei von vier Faktoren im ersten Behandlungsabschnitt signifikante Verbesserungen aufwiesen. Wie vermutet zeigte sich hier, dass die psychopathologische Symptomatik schon nach vier Monaten von den Patientinnen als signifikant verbessert beschrieben wird. So schätzten sie ihre depressive Symptomatik und die allgemeine Psychopathologie, wie sie in den neun Subskalen des SCL-90-R gemeinsam zum Tragen kommt, niedriger ein als zu Beginn der Therapie. Genauso reduzierte sich das selbstverletzende Verhalten. Dagegen schätzten die DiagnostikerInnen Angst- und depressive Symptomatik nach vier Monaten tendenziell sogar ungünstiger ein als zu Beginn. Obwohl am Ende des ersten Jahres diese Einschätzung signifikant besser war als nach vier Monaten, weisen doch die Patientinnen nach dem Urteil der DiagnostikerInnen am Ende des Jahres nur geringfügig bessere Angst- und Depressionssymptome auf als zu Beginn.

Die deskriptiven Daten weisen darauf hin, dass es für die Gesamtstichprobe offensichtlich auch keine Veränderung in der dissoziativen Symptomatik gibt.

Insgesamt wiesen der Faktor „Depressivität“ und „Selbstverletzung/Dissoziation“ über das Jahr hinweg die höchsten Effektstärken auf. Dass es im Fremdrating der Angst- und depressiven Symptome zu keiner Veränderung kam, kann an der ungünstigen

methodischen Qualität des Faktors liegen, es könnte aber auch ein Hinweis auf die Unterschiede in der Einschätzung des Zustandes von Borderline-Patientinnen durch diese selbst und durch Außenstehende sein. In diesem Fall würde das bedeuten, dass die DiagnostikerInnen erst am Ende des ersten Behandlungsjahres eine (leichte) Verbesserung in den Variablen Angst und Depression einschätzten, während die Patientinnen selbst dies schon vorher günstig beurteilten. Unklar ist, warum die subjektive Bewertung der Patientinnen der „SCL-90-Pathologie“ sich im zweiten Behandlungsabschnitt wieder soweit verschlechtert, dass sich die Patientinnen am Ende des Jahres nicht wesentlich weniger belastet fühlen als zu Beginn.

Ein Nachteil des Verfahrens der Variablenreduktion anhand einer Hauptkomponentenanalyse ist, dass dadurch kein Maßstab zur Verfügung steht, um die Werte am Ende des Jahres einzuordnen. Es können zwar alle Faktoren direkt miteinander verglichen werden, aber es lässt sich nicht feststellen, ob ein Faktorwert in einem „Normbereich“ liegt, dies könnte nur annähernd anhand der zugrundeliegenden Variablen geschehen. Sicher lässt sich nur sagen, dass eine substantielle Verbesserung in zwei von vier Faktoren, die die psychopathologische Symptomatik repräsentieren, stattgefunden hat und Verbesserungen mit geringerem Effekt in den beiden anderen Faktoren.

Die Veränderung in den interpersonellen Variablen wurde ebenfalls über Varianzanalysen mit Messwiederholung inklusive Kontrastanalysen ermittelt. Patientinnen, die sich zu Beginn der Therapie als zu wenig abgrenzend anderen gegenüber beschrieben hatten, schätzten sich nach einem Jahr in diesen zwischenmenschlichen Einstellungen signifikant günstiger ein. Die Patientinnen, die in ihrer Selbsteinschätzung eher den Gegenpol bilden mit dominanten und streitsüchtigen Einstellungen, zusammen mit einem hohen Ausmaß an Ärger, beschreiben keine Veränderung nach einem Jahr. Die gleiche Unveränderbarkeit zeigt sich in den subjektiven Ratings zu „Freundlichkeit“, „Ausnutzbarkeit“ und „soziale Vermeidung“, also den interpersonellen Verhaltensweisen, deren Gemeinsames den Faktor „Abhängigkeit“ bilden. Der größte Teil der Stichprobe, mit Ausnahme von fünf Personen, beschrieb sich in diesen Variablen als zu extrem ausgeprägt und diese Einschätzung zeigt auch nach einem Jahr keine Veränderung. Auch die Patientinnen, die eine Veränderung ihrer Einstellung in Bezug auf abgrenzendes Verhalten beschreiben, bleiben trotzdem unverändert hoch ausgeprägt in ihren abhängigen Einstellungen. „Abhängigkeit“ scheint ein stabiles interpersonelles Merkmal dieser Stichprobe zu sein.

Es fragt sich allerdings, inwieweit ein solches Merkmal nicht durch Therapie an sich eher gestützt als verändert wird. Wenn man die interpersonellen Einstellungen der Skalen „zu freundlich“, „zu submissiv“ und „zu ausnutzbar“ sowie „zu vermeidend“ als ein dependentes Persönlichkeitskonstrukt betrachtet – wozu es auch empirische Unterstützung gibt -, dann könnte man auch argumentieren, dass ein deutliches „Angebundensein“ an die TherapeutIn eher den therapeutischen Prozess erleichtert, möglicherweise gerade für eher unerfahrene TherapeutInnen. Es kann sogar eine

wesentliche Unterstützung der Therapie darstellen, wenn es um stark dysfunktionale Verhaltensweisen wie Suizidalität oder selbstverletzendes Verhalten geht. Eine Patientin mit stärkerer Anbindung – „Abhängigkeit“ – an die TherapeutIn ist eher geneigt, um ihrer TherapeutIn willen sich im konkreten Fall gegen eine Selbstverletzung zu entscheiden. Man könnte allerdings auch die Hypothese aufstellen, dass Patientinnen mit dependenten Persönlichkeitszügen sich gleichzeitig gegen eine Veränderung wehren, beispielsweise durch mangelnde Generalisierung der Erfolge und durch Nicht-Attribuierung des Erfolges auf die eigene Person, da bei Erfolg der Verlust der TherapeutIn droht. Damit könnte ein eher ungünstiger Prozess ausgelöst werden, der eine Patientin nach dem Ende einer Therapie relativ schnell wieder in die nächste Therapie bringt – was ja bei diesem Störungsbild kein unbekanntes Phänomen ist. Die therapeutische Konsequenz daraus wäre eine verstärkte Beachtung der abhängigen Einstellungen den TherapeutInnen gegenüber zu einem Zeitpunkt, an dem Patientinnen über ausreichend Fertigkeiten zum Umgang mit extrem dysfunktionalem Verhalten verfügen. In der DBT wird dieser Aspekt nicht explizit thematisiert, da die DBT vorwiegend auf Kontrolle des dysfunktionalen Verhaltens fokussiert.

Hohe Abhängigkeitswerte an sich bedeuten aber nicht gleichzeitig, dass sich nicht andere Bereiche verbessern können. Die Patientinnen mit hoher Ausprägung in dependenten Persönlichkeitszügen schätzen am Ende des Behandlungsjahres ihre depressive Symptomatik als verbessert ein und sie geben auch ein signifikant geringeres Ausmaß an selbstverletzendem Verhalten an. Dieses Ergebnis ist allerdings nicht sonderlich überraschend, da die meisten Patientinnen sich im Übermaß abhängig einschätzen und die Gesamtstichprobe sich signifikant verbessert in depressiver Symptomatik und Selbstverletzungen.

Auch hier stellt sich aber die Frage, ob diese Verbesserungen nach Beendigung der Therapie anhalten oder ob die Patientin sich ohne ihre TherapeutIn nicht mehr in der Lage fühlt, die Verbesserungen aufrechtzuerhalten.

Interessant wäre es, Patientinnen mit hohen abhängigen Werten denen mit niedrigen gegenüberzustellen. Leider ist das in dieser Stichprobe nicht möglich, weil sich nur fünf Patientinnen als wenig abhängig eingeschätzt hatten und die Ergebnisse dieser fünf Patientinnen lassen sich schlecht verallgemeinern.

Eine deutliche Verbesserung fand sich auf der Ebene der sozialen Funktionsfähigkeit. Dies betrifft die Fähigkeit der Patientinnen, einem Beruf nachzugehen, einen Haushalt zu versorgen, Freundschaften zu pflegen, familiäre Beziehungen aufrechtzuerhalten, aber auch das Ausmaß an Zufriedenheit, dass man aus diesen Bereichen gewinnen kann. Hier wurden die Patientinnen sowohl nach vier Monaten Therapie als auch nach einem Jahr als signifikant verbessert eingeschätzt.

Eine explorative Untersuchung betraf die Frage, ob interpersonelle Stile mit unterschiedlichen Veränderungen in der Symptomatik einhergehen. Dabei zeigte sich, dass Patientinnen, die sich am Anfang als wenig dominant und abweisend im interpersonellen Kontakt wahrnahmen, eine subjektive Verbesserung ihrer gesamten

psychopathologischen Symptomatik, inklusive der Selbstverletzungen, angaben. In den drei Faktoren, die diese Symptomatik repräsentieren, wiesen sie mittlere Effektstärken auf. Im Vergleich mit Patientinnen, die sich als sehr kontaktabweisend zu Beginn darstellen, mit Patientinnen, die sich als hoch abhängig beschreiben oder auch mit der Gesamtstichprobe weisen sie das beste Ergebnis auf. Dies gilt unabhängig davon, ob sie sich daneben noch als hoch oder wenig abhängig beschreiben und ob sie über eine gute oder schlechte soziale Einbindung verfügen. Damit stellen sie auch die einzige Gruppierung dar, die über ein Jahr hinweg substantielle Verbesserungen in der allgemeinen Symptomatik des SCL-90-R aufweist. Dazu gehört auch noch, dass sie die einzigen sind, die in ihrem interpersonellen Stil anderen gegenüber nach einem Jahr Behandlung eine Verbesserung wahrnehmen. Solche Patientinnen haben ein niedrigeres Ärgerniveau als die anderen und beschreiben sich selbst als wenig abweisend, streitsüchtig oder dominant anderen gegenüber. Möglicherweise sind dies die Patientinnen, die auch von ihrer Umgebung als wenig aggressiv wahrgenommen werden und dadurch mehr soziale Unterstützung erfahren. Manche Borderline-Patientinnen beschreiben sich ihren TherapeutInnen gegenüber als „zu durchlässig“. Sie erklären es als eine Art Unfähigkeit, sich abzugrenzen gegenüber anderen und eine Unfähigkeit, sich gegen interpersonelle Verletzungen zu schützen. Jede Aussage von anderen Personen dringt direkt bis auf den „Kern“ der Person durch und verursacht häufig unmittelbar intensives subjektives Leiden. Die Vermutung scheint naheliegend, dass es sich dabei um genau diese Patientinnen handelt, die als spezielles interpersonelles Problem angeben, zu wenig dominant, konkurrierend und abweisend zu sein, sich anderen gegenüber zu wenig abgrenzen zu können. Möglicherweise erleben diese Patientinnen dadurch einen höheren subjektiven Leidensdruck, der unabhängig ist vom Ausmaß der sonstigen psychopathologischen Symptomatik und der sie befähigt, in einem höheren Ausmaß von der Therapie zu profitieren. Eine andere Hypothese wäre die Vermutung, dass auch therapeutischen Interventionen gegenüber wenig interpersoneller Widerstand entgegengebracht wird, wie er denkbar ist für die Patientinnen, die den Gegenpol der dominanten, abweisenden Kontaktgestaltung besetzen, aber auch für die Patientinnen mit mehr abhängigen Persönlichkeitstendenzen, für die therapeutischer Erfolg immer auch gefährlich ist aufgrund des drohenden Verlustes der TherapeutIn. Obwohl also alle Patientinnen von der Therapie profitieren können, scheinen doch Patientinnen mit geringem kontaktabweisendem Verhalten in dieser Stichprobe einige Vorteile den anderen gegenüber zu haben.

Bei Erweiterung dieser explorativen Untersuchung auf die Frage nach Unterschieden in den Verläufen aufgrund von Kombinationen von interpersonellen Stilen – Patientinnen weisen ja auf allen drei interpersonellen Faktoren Ausprägungen auf – zeigte sich, dass die Kombination mit gering dominant/abweisendem interpersonellem Verhalten für alle Patientinnen günstig ist. Patientinnen mit dieser Kombination haben bessere Chancen auf Verbesserung ihrer allgemeinen psychopathologischen Symptomatik, wie sie der SCL-90-R ausdrückt.

Genauso gilt, dass Patientinnen, die zu Beginn der Therapie über gute Fertigkeiten in ihren sozialen Bereichen wie Familie, Beruf und Freundschaften verfügen, nach einem Jahr Behandlung eine höhere Reduktion ihrer depressiven Symptomatik angeben.

Wenn Patientinnen ein hohes Ausmaß an interpersoneller Kälte und Streitsucht anderen gegenüber beschreiben oder ein hohes Ausmaß an abhängigen Einstellungen, stellt dies dagegen keinen Vorteil dar für die Verringerung der Symptomatik. Eine Besonderheit stellen die Patientinnen dar, die sich als extrem ausgeprägt abhängig beschreiben. Sie erreichen am Ende des ersten Behandlungsjahres die besten Ergebnisse, was die Verbesserung des selbstverletzenden Verhaltens angeht. Dies wirft einmal mehr die Frage auf, inwieweit Patientinnen dieser Kategorie in der Lage sind, ihre guten Verbesserungen nach Ende der Therapie ohne therapeutische Hilfe aufrechtzuerhalten.

Einfluss von Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad der Störung auf die Ergebnisse nach einem Jahr Behandlung

Für alle vier Symptombereiche wurden multiple Regressionen durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Zugehörigkeit zu den randomisierten Untersuchungsgruppen stationär vs. ambulant oder der Schweregrad der Störung – Schweregrad im Sinne von lebens- bzw. gesundheitsbedrohlichem Verhalten – das Zustandekommen der Symptomatik am Ende eines Therapiejahres beeinflusst. Es zeigte sich, dass bei keinem der Symptombereiche diese beiden Aspekte als signifikante Prädiktoren eine Rolle spielen. Die psychopathologische Symptomatik umfasste Einschätzungen in depressiver und ängstlicher Symptomatik in Selbst- und Fremdrating, die allgemeine Symptomatik des SCL-90R, der zusätzlich Aspekte wie soziale Unsicherheit, paranoides Denken oder Somatisierung erfasst, aber auch selbstverletzendes und dissoziatives Verhalten. Das Ausmaß an Belastung in diesen Symptomen, das die Patientinnen nach einem Jahr Behandlung aufwiesen, ist gleich für stationäre und ambulante Patientinnen und unterscheidet sich auch nicht für Patientinnen mit mehr oder weniger ausgeprägtem lebensbedrohlichem Verhalten.

Da multiple Regressionen Ergebnisse bringen, die nur aussagen, ob die Gruppenzugehörigkeit signifikant ist oder nicht, wurden deskriptive grafische Auswertung der Regressionen in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit vorgenommen, die es erlauben, schon Tendenzen, die auf eine Überlegenheit der einen oder anderen Gruppe deuten, zu erkennen.

Dabei zeigten sich bei der allgemeinen Symptomatik, die der SCL-90-R repräsentiert keine neuen Informationen, die Ein-Jahres-Verläufe der stationären und ambulanten Gruppe ähneln sich sehr. Dies gilt auch für den ersten Behandlungsabschnitt, wo sich die Behandlungen für beide Gruppen ja direkt unterscheiden. Bei den depressiven Symptomen zeigen die Verläufe, dass – vor allem nach Entfernung zweier Ausreißerwerte aus dem Datensatz – die ambulante Gruppe im ersten Behandlungsabschnitt höhere Verbesserungen aufweist als die stationäre, im zweiten Behandlungs-

abschnitt holt die stationäre Gruppe den Vorsprung auf. In den Fremdeinschätzungen der depressiven und ängstlichen Symptomatik zeigte die Varianzanalyse zwar eine Verbesserung an, aber in der grafischen Darstellung und als Effektstärke ausgedrückt, weist er nur wenig Veränderung auf und es gibt keine Hinweise auf Unterschiede zwischen der stationären und ambulanten Gruppe.

Die Verbesserungen in „Selbstverletzung/Dissoziation“ erscheint grafisch zunächst fast identisch in beiden Gruppen, nach Entfernung von zwei einflussreichen Ausreißerwerten zeigt sich, dass Patientinnen der stationären Gruppe in den ersten vier Monaten der Therapie deutlich besser in der Lage waren, die Anzahl ihrer Selbstverletzungen zu reduzieren als die Patientinnen der ambulanten Gruppe.

Zunächst bleibt festzuhalten, dass es offensichtlich keine teststatistisch nachweisbare Überlegenheit der stationären Gruppe gegenüber der ambulanten in punkto Verbesserung der Symptomatik gibt. Die stationäre Gruppe hat in ihren Therapieverlauf eine zusätzliche Erschwernis eingebaut, weil sie nach durchschnittlich drei Monaten stationären Aufenthaltes einen TherapeutInnenwechsel vollziehen und den Übergang von einer gut strukturierten und kompetent unterstützenden Umgebung in den individuellen Alltag bewältigen muss. Der erste Messzeitpunkt nach vier Monaten fällt für diese Gruppe genau in den Zeitraum dieses Wechsels. Die klinische Beobachtung bei diesen Patientinnen zeigte, dass der TherapeutInnenwechsel für alle ein schwieriger Schritt war. Wenn es durch den stationären Aufenthalt zu einer stärkeren Entlastung der Patientinnen von psychopathologischer Symptomatik gekommen ist, dann könnte dieser Effekt durch den TherapeutInnenwechsel wieder aufgehoben werden. Klar ist jedenfalls, dass am Ende des ersten Behandlungsjahres keine Überlegenheit der stationären Gruppe in der Symptomatik feststellbar ist.

Aus der Depressionsforschung ist bekannt, dass bei Vergleichen zwischen unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsformen der Depression in der Regel kein signifikanter Unterschied in den Zielvariablen gefunden wird. Jede der Behandlungen stellt für sich genommen eine wirksame Therapie dar und nur ein bedeutend höherer Effekt einer Behandlungsform (oder eine hohe Stichprobengröße) könnte zu einem signifikanten Unterschiedsergebnis führen. Da die ambulante DBT eine wirksame Behandlung darstellt, muss davon ausgegangen werden, dass ein vorgeschalteter stationärer Aufenthalt keinen bedeutend höheren Behandlungseffekt erbringt.

Eine mögliche Erklärung für die Nicht-Unterschiedlichkeit beider Gruppen wäre auch, dass die Patientinnen vom stationären Angebot nicht so gut profitierten, weil ihnen (wie auch dem Personal) klar war, dass dem stationären Aufenthalt eine weitere und längere ambulante DBT-Therapiephase folgen würde. Dieses Argument würde im geringeren Maßstab auch für die ambulante Gruppe gelten, wobei diese kein so breites Therapieangebot am Anfang zur Verfügung hatte. Am wahrscheinlichsten scheint aber die Erklärung, dass die kompakte stationäre DBT keinen so ausgeprägten zusätzlichen Effekt darstellt, dass es zu einer messbaren Überlegenheit kommen kann. Der einzige Hinweis für eine solche Überlegenheit im Symptomatik-

Bereich könnte die höhere Verbesserungsrate der stationären Gruppe im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ in den ersten vier Behandlungsmonaten sein. Obwohl am Ende des ersten Jahres beide Gruppen gleich gute Werte erreichen, kommt die stationäre Gruppe schneller an dieses Ziel. Dies gilt allerdings nur, wenn aus der ambulanten Gruppe eine Patientin mit ausnehmend guter Verbesserung und aus der stationären Gruppe eine Patientin mit ausnehmend hoher Verschlechterung aus den Daten entfernt werden, für die das Regressionsmodell keine Passung zeigte. Diese Entfernung ist wünschenswert, wenn man Aussagen über Gruppen nicht durch Extremdaten verzerren will, so dass man sagen kann, abgesehen von Extremfällen zeigt sich die stationäre Gruppe der ambulanten in der Verbesserung in „Selbstverletzung/Dissoziation“ überlegen. Hier sollte auch noch kurz angemerkt werden, dass diese Verbesserung fast ausschließlich auf der Verbesserung des selbstverletzenden Verhaltens beruht und nicht auf der Dissoziation. Was allerdings auffällt, ist, dass die Extremwerte, die in der stationären Gruppe vorkommen, fast nur von Patientinnen mit ausgeprägten Verschlechterungen in den ersten vier Therapiemonaten stammen und dass in der ambulanten Gruppe erstens weniger Extremwerte vorkommen und zweitens fast nur von Patientinnen mit ausgeprägten Verbesserungen stammen. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis sein auf das Potential zur Verschlechterung im stationären Setting. Gerade im Bereich Selbstverletzung kommen möglicherweise Ansteckungseffekte oder Verstärkungseffekte zum Tragen, die im ambulanten Setting keine Rolle spielen.

Im Faktor „Depressivität“ scheint es dagegen eher Hinweise auf eine Überlegenheit der ambulanten Behandlung zu geben. In den ersten vier Monaten schätzen die ambulanten Patientinnen ihre depressive Symptomatik günstiger ein als die stationären Patientinnen. Die stationären Patientinnen holen diesen Vorsprung zwar in den darauffolgenden acht Monaten auf, allerdings sind sie dann selbst in ambulanter Behandlung. Auch dieser deskriptive Befund gilt vor allem nach Entfernung von verzerrenden Extremwerten.

Die deskriptiven Tendenzen scheinen insgesamt also für einen leichten Vorteil der stationären Patientinnen hinsichtlich der Verbesserung des selbstverletzenden Verhaltens zu sprechen. Im Symptombereich „Depressivität“ geht die Tendenz eher in Richtung ambulante Behandlung. Allerdings muss hier betont werden, dass diese Interpretationen nur für den Vergleichsfall gelten, in dem auf stationäre DBT ambulante DBT folgt und dies alle Beteiligten von vornherein wissen. Diese Ergebnisse sagen nichts über einen Vergleich zwischen einer rein stationären und einer rein ambulanten Behandlung aus.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchungen zu potentiellen Einflussgrößen ist, dass es offensichtlich überhaupt keinen Zusammenhang gibt zwischen der Gabe von Antidepressiva und der depressiven Symptomatik zum Ende des ersten Behandlungsjahres. Dies gilt für alle Patientinnen, die entweder zu Beginn oder am Ende Psychopharmaka einnahmen, oder die während der Behandlung neu auf Medikamente ein-

gestellt wurden. Das gleiche gilt für Naloxon, das ebenfalls überhaupt keinen Zusammenhang zeigte mit den Werten von „Selbstverletzung/Dissoziation“ nach einem Jahr. Hier muss allerdings erwähnt werden, dass die Dissoziationswerte für sich genommen offensichtlich keine substantielle Veränderung erfahren haben, so dass dieses Ergebnis nicht verwunderlich ist.

Es soll hier nicht behauptet werden, dass die Gabe von Antidepressiva bei Borderline-Patientinnen nicht hilft, es ist nur nicht unterscheidbar, ob diese Patientinnen ohne Medikamente nicht auch profitiert hätten. Sowohl Patientinnen mit Medikamenteneinnahme als auch ohne Medikamente weisen am Ende des ersten Behandlungsjahres etwa gleich gute Verbesserungen auf.

Ein stabiles Ergebnis der multiplen Regressionen ist die Abhängigkeit aller Werte zum Ende des ersten Behandlungsjahres von den Werten zu Beginn bzw. vier Monate nach Beginn der Therapie. Die Richtung ist dabei immer die gleiche, hohe Belastungen zu Beginn bzw. nach vier Monaten gehen einher mit hohen Belastungen am Ende, auch wenn die Absolutwerte gesunken sind. Hier gibt es nur eine einzige Ausnahme, die stationäre Gruppe zeigt im zweiten Behandlungsabschnitt für die depressive Symptomatik überhaupt keinen Zusammenhang zwischen den Werten nach vier Monaten und denen nach einem Jahr, diese Gruppe profitiert vom zweiten Behandlungsabschnitt, unabhängig von ihren vorausgehenden Werten. Möglicherweise ist dies ein Effekt der ambulanten Therapie, wobei es allerdings unklar ist, was genau diesen Effekt ausmacht. Ambulante DBT empfiehlt keine spezielle Strategie zum Umgang mit Depressivität.

Die Abhängigkeit der Höhe der Belastung am Ende des Jahres von den vorhergehenden Werten ist keine Überraschung, dieses Ergebnis findet sich in vielen Therapiestudien. Es kann aber als klinischer Hinweis gewertet werden, dass gerade in Fällen von schwerer Symptombelastung diese gezielte therapeutische Beachtung finden könnte.

Für die interpersonellen Variablen wurden ebenfalls multiple Regressionen durchgeführt mit dem Ziel, den Einfluss von stationärer vs. ambulanter Gruppenzugehörigkeit oder dem Schweregrad auf die Werte der interpersonellen Faktoren nach einem Jahr Behandlung zu überprüfen. Es fand sich zunächst keine Gleichung, bei der Gruppenzugehörigkeit oder Schweregrad als signifikanter Prädiktor eine Rolle gespielt hätte. Das heisst, auch im interpersonellen Bereich ist zunächst keine teststatistisch nachweisbare Überlegenheit der stationären Gruppe gegenüber der ambulanten festzustellen. Allerdings zeigte sich auch hier die Abhängigkeit der Ein-Jahres-Werte von den vorhergehenden, wobei für alle gilt, dass hohe Belastungen zu Beginn mit hohen Belastungen am Ende einher gehen und umgekehrt. Am wenigsten gilt dies für den Bereich, der das Funktionieren und die Zufriedenheit in Bezug auf soziale Bereiche wie Familie, Beruf und Freundschaften umfasst. Hier gibt es auch viele Patientinnen, die trotz ursprünglich schlechter sozialer Einbindung nach einem Jahr sehr viel günstiger eingeschätzt werden.

Unter den interpersonellen Werten, die Abhängigkeit im Sinne von zu ausnutzbar, freundlich, vermeidend und submissiv beschreiben, gab es am Ende des ersten Behandlungsjahres zwei Patientinnen, die ausgesprochen gute Verbesserungen zeigten. Diese zwei Extremwerte wurden aus dem Datensatz entfernt, so dass ein homogener Datensatz entstand. Es zeigte sich, dass die Ein-Jahres-Werte der restlichen Patientinnen dann nicht nur mit ihren früheren Werten zusammenhingen, sondern auch mit Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad. Dieser Zusammenhang sieht so aus, dass in der ambulanten Gruppe Patientinnen nach einem Jahr Behandlung sich weniger abhängig in ihren Einstellungen anderen gegenüber beschrieben. Dies gilt um so mehr für diejenigen Patientinnen, die vor Beginn der Therapie mehr Suizidversuche, selbstverletzende Handlungen und Klinikaufenthalte aufwiesen, also einen höheren Schweregrad hatten.

Die stationären Patientinnen beschrieben dagegen am Ende des ersten Behandlungsjahres eine leichte Verschlechterung ihrer Werte, das heisst, ein höheres Ausmaß an abhängigem interpersonellem Verhalten. Diese leichte Verschlechterung trifft für alle stationären Patientinnen zu, unabhängig von ihrem lebensbedrohlichem Verhalten vor Beginn der Therapie.

Zunächst drängt sich hier die Erklärung auf, dass der stationäre Aufenthalt bei den Patientinnen die dem Faktor „Abhängigkeit“ zugrundeliegenden Einstellungen eher stabilisiert als verbessert. Allerdings muss bedacht werden, dass dieses Ergebnis für die Werte am Ende des Behandlungsjahres gilt, wo die stationären Patientinnen schon acht Monate ambulante Therapie hinter sich haben. Ein unmittelbarer Einfluss des stationären Aufenthaltes müsste dann bei dem Messzeitpunkt kurz nach Ende des stationären Aufenthaltes sichtbar sein, was allerdings nicht der Fall ist. Eine Vermutung wäre, dass während des stationären Aufenthaltes oder aufgrund des stationären Aufenthaltes an sich, bestimmte abhängige Grundannahmen wie beispielsweise „ich kann mein Leben alleine nicht meistern“ verstärkt werden, was sich direkt nach dem Klinikaufenthalt noch nicht in den Fragebögen niederschlagen muss. Es könnte sich dann aber nach acht Monaten ambulanter Therapie zeigen, in denen es kein so umfassendes Angebot an Versorgung mehr gibt, wenn es nicht gelungen ist, diese Annahmen zu verändern. Ambulante Patientinnen erfahren die komplette Versorgung nicht und werden wahrscheinlich stärker in ihrer Eigeninitiative gefordert, wenn sie beispielsweise ihrem Drang zur Selbstverletzung widerstehen müssen ohne stützendes Pflegepersonal zur Seite. Auf einen solchen Zusammenhang weist auch die Abhängigkeit vom Schweregrad bei den ambulanten Patientinnen hin. Die Patientinnen, die hoch belastet sind in Bezug auf Suizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen weisen höhere Verbesserungen auf. Da alle Patientinnen sich in diesem Verhaltensmuster verbessern, sind die ambulanten, schwer belasteten Patientinnen hier am stärksten gefordert.

Unklar sind die Konsequenzen eines solchen interpersonellen Musters für die stationären Patientinnen; wie schon beschrieben, sind hohe Abhängigkeitswerte nicht gleichbedeutend mit Unfähigkeit zur Verbesserung im Symptombereich. Was offen ist, ist einerseits die Frage, wie wünschenswert es ist, als Therapieziel diese Abhängigkeit zu verändern und andererseits, wie sehr sich der Einfluss dieser Abhängigkeit

auf das weitere Leben der Patientinnen auswirkt, wenn die Therapie beendet ist und der Einfluss der stützenden TherapeutIn fortfällt. Die klinische Konsequenz könnte dann heißen, verstärkt auf die Abhängigkeitsmuster zu achten und ihnen therapeutisch zu begegnen.

Für die anderen zwischenmenschlichen Bereiche, also ärgerlich-abweisende Einstellungen anderen gegenüber und dem Gegenpol der wenig abgrenzenden Einstellungen, ebenso wie für das Ausmaß an Einbindung in soziale Bereiche fanden sich keine Zusammenhänge zwischen den Werten nach einem Jahr und der Zugehörigkeit zur stationären vs. ambulanten Gruppe oder dem Schweregrad. Anhand der grafischen Darstellung dieser Werte in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit zeigte sich für die Einbindung in soziale Bereiche eine Tendenz zugunsten der stationären Gruppe. Die Hauptverbesserung findet für beide Gruppen im zweiten Behandlungsabschnitt statt, für die stationäre ist diese Verbesserung deutlicher ausgeprägt als für die ambulante. Im Rahmen der stationären Therapie wird verstärkt Wert auf die (Wieder-)Eingliederung in den sozialen Alltag gelegt, was beispielsweise auch praktische Maßnahmen wie Hilfe bei der Arbeitsplatz- oder Wohnungssuche einschließt. Richtig greifen können solche Maßnahmen aber erst nach der Entlassung aus der stationären Behandlung, wo die Patientin solche Veränderungen aufrechterhalten muss. Für diesen Faktor ist es vorstellbar, dass Patientinnen von dem umfassenderen therapeutischen und sozialpsychiatrischen Angebot der stationären Behandlung einen „Vorsprung“ gewinnen können, den sie mit Hilfe der ambulanten Therapie aufrechterhalten bzw. ausbauen können. In diesem Fall würde sich als klinische Konsequenz für ambulante Therapien anbieten, stärker die Hilfe von ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten in Anspruch zu nehmen und dies auch zum therapeutischen Ziel zu machen. Wie beschrieben, handelt es sich hier um eine deskriptive Tendenz und die ambulante Gruppe weist in diesem Bereich ebenfalls substantielle Verbesserungen auf. Die Effektstärke, die das Ausmaß an erreichter Verbesserung repräsentiert, ist für die Gesamtgruppe die höchste von allen untersuchten Faktoren.

Verlauf der psychopathologischen Symptomatik und der interpersonellen Variablen bei den Drop-out-Patientinnen

Die bislang diskutierten Ergebnisse treffen nur für die Patientinnen zu, die das erste Behandlungsjahr voll durchlaufen haben. Da von den 22 Patientinnen mit Therapieabbruch neun Patientinnen trotzdem zu allen Messzeitpunkten für Diagnostik zur Verfügung standen, wurde diese Drop-out-Gruppe für sich in ihren Verläufen untersucht und den Patientinnen ohne Abbruch gegenübergestellt.

Es zeigte sich, dass die Drop-out-Patientinnen in der subjektiven und objektiven Einschätzung der Symptomatik allgemein auf deskriptiver Ebene mit einer geringeren Symptombelastung die Therapie starteten als die Patientinnen ohne Abbruch. Der statistische Test auf Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ist nicht signifikant, weist allerdings nur eine geringe Power auf, was die Nicht-Signifikanz erklären kann. Die eingänglich niedrigere Belastung der Drop-out-Patientinnen gilt nicht für

den Bereich „Selbstverletzung/Dissoziation“. Bei den non-Drop-out-Patientinnen zeigte sich das Ausmaß an Verbesserung am höchsten bei der depressiven Symptomatik und den Selbstverletzungen. Die Drop-out-Patientinnen erreichten nach einem Jahr in diesen beiden Bereichen fast identische Werte. Patientinnen, die schon vorher die Therapie abgebrochen hatten, verbesserten sich also trotzdem und zwar auch oder gerade in dem Zeitraum, in dem sie die Therapie beendeten. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnte darin liegen, dass in der DBT am Anfang der Fokus stark auf dem selbstverletzenden und suizidalen Verhalten liegt. Die Patientinnen konnten in den ersten Therapiemonaten gut von der Behandlung profitieren und dies alleine aufrechterhalten. Dies würde speziell für das selbstverletzende Verhalten gelten. Bei der depressiven Symptomatik hat es den Anschein, als ob die Therapie zunächst eher geschadet hätte, die Werte werden schlechter. Das gleiche gilt für Fremdeinschätzungen der depressiven und ängstlichen Symptomatik, allerdings schätzten die Patientinnen ihre depressiven Symptome im zweiten Behandlungsabschnitt als verbessert ein. Nur in einem Bereich, der allgemeinen Symptomatik, wie sie der SCL-90-R ausdrückt, schildern die Drop-out-Patientinnen ihre Belastungen nach einem Jahr als ausgeprägter als die non-Drop-out-Patientinnen, und dies, obwohl sie mit einer geringeren Belastung die Therapie anfangen. Wenn es im Bereich der psychopathologischen Symptomatik so etwas wie einen Ansteckungseffekt gibt, dann könnte das vielleicht die Verschlechterung in den ersten vier Therapiemonaten erklären, die in allen drei Faktoren auftritt, wo die Drop-out-Patientinnen mit einer geringeren Symptombelastung beginnen als der Rest. Unter diesem Gesichtspunkt, wäre der Therapieabbruch für die Patientinnen eher heilsam als schädlich.

Leider ist die Zahl von neun Patientinnen zu klein, um allgemeinere Aussagen treffen zu können, weil Mittelwerte zu stark von einzelnen Extremwerten bei so kleinen Gruppen beeinflusst werden. Trotzdem kann die Verbesserung der Drop-out-Patientinnen in zwei Faktoren als sicheres Ergebnis festgehalten werden, was als Hinweis interpretiert werden kann, dass es sich dabei um Patientinnen handelt, die keine einjährige Therapie benötigen oder dass eine viermonatige DBT an sich schon erfolgreich sein kann, v.a. bei Patientinnen mit nicht so ausgeprägter Symptombelastung.

Bei den interpersonellen Faktoren zeigen sich für die Drop-out-Patientinnen ähnliche Ergebnisse. Die Drop-out- und die non-Drop-out-Patientinnen beschreiben sich zu Beginn sehr ähnlich in Bezug auf das Ausmaß an kalt-abweisend-dominanten Einstellungen anderen gegenüber. Nach vier Monaten haben sie sich in genau entgegengesetzte Richtungen voneinander entfernt und nach einem Jahr beschreiben sie sich wieder sehr ähnlich. Das bedeutet bei Patientinnen, die sich zu Beginn als wenig abgrenzend beschrieben, ein stärkeres Ausmaß an Abgrenzung nach einem Jahr und bei den hoch kontaktabweisenden Patientinnen keine Veränderung. Auch dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es Patientinnen gibt, die keine einjährige Therapie benötigen, um Veränderungen in Gang zu setzen oder dass kurzzeitige DBT an sich auch im interpersonellen Bereich wirksam sein kann.

Im Faktor „Abhängigkeit“ zeigt die Drop-out-Gruppe von Anfang an keine so hohen Abhängigkeitswerte wie die non-Drop-out-Gruppe, die im Lauf des Jahres auch noch niedriger werden. Es scheint schlüssig zu sein damit, dass die Drop-out-Patientinnen möglicherweise keine so stark abhängige Bindung mit ihren Therapeuten eingegangen sind und der Prozess des Abbrechens vielleicht mit den niedrigeren Werten am Ende des Behandlungsjahres zusammenhängt.

Die Einschätzungen zur Funktionsfähigkeit im Bereich Familie, Beruf, Freundschaften werden bei den Patientinnen mit Therapieabbruch nach vier Monaten deutlich besser, verschlechtern sich dann aber im zweiten Behandlungsabschnitt, obwohl sie dann immer noch besser sind als zu Beginn. Dies könnte zu der Hypothese passen, dass für das Aufrechterhalten von bestimmten sozialen Funktionen wie beispielsweise dem Arbeitsplatz längere Unterstützung durch eine TherapeutIn wichtig ist. Ebenso passt dazu der Befund, dass die Patientinnen, die von vornherein über eine bessere soziale Einbindung verfügen auch früher die Therapie abbrechen.

Insgesamt gilt für die Patientinnen mit Therapieabbruch, dass sie erstaunlich günstige Verläufe aufweisen, sei es, weil sie teilweise von vornherein mit geringerer Symptombelastung beginnen oder weil sie auf autonomere Weise vom Therapieangebot profitieren können oder sei es, weil es dritte, dazwischengeschaltete, unbekannte Prozesse gibt, die sich günstig für sie auswirken.

Ein interessantes Ergebnis ist der deutliche Unterschied zwischen der Belastung im Symptom- und im interpersonellen Bereich zwischen den Drop-out-Patientinnen, die den Kontakt nicht abbrechen und für weitere Diagnostik zur Verfügung standen und denen, die den Kontakt mit dem Forschungsteam abbrechen. Letztere Gruppe weist zu Beginn der Therapie eine deutlich höhere Symptombelastung auf als alle anderen Patientinnen. Was leider nicht geklärt werden kann, ist der weitere Verlauf dieser Patientinnen.

Die Tatsache, dass diese Patientinnen nicht bereit waren zu weiteren Kontakten mit dem Borderline-Team entspricht vielleicht schon einem entscheidenden Unterschied zwischen diesen unterschiedlichen Gruppen von Drop-out-Patientinnen. Patientinnen, die mit dem Behandlungs- und Diagnostikteam in Kontakt bleiben, sind möglicherweise eher diejenigen, die keine Enttäuschung oder Ärger über die Therapie oder die Therapeuten verspüren, weil sie schon eine für sich ausreichende Verbesserung erfahren haben. Dies würde einmal mehr dafür sprechen, dass es vielleicht Patientinnen gibt, für die eine kürzere Therapie sinnvoller ist, vielleicht sogar ohne die engeren Kontakte mit anderen, schwerer belasteten Patientinnen, die sich durch stationäre Aufenthalte oder Gruppen-Fertigkeitentraining ergeben.

Veränderung des selbstverletzenden Verhaltens nach vier Monaten Therapie und nach einem Jahr Therapie

Eine weitere wichtige, oder, besser gesagt, *die* wichtige Zielvariable der DBT ist die Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens. Es konnte schon gezeigt werden, dass im Rahmen der Veränderung der Symptomatik die Selbstverletzungen signifikant abnahmen. Dabei wurden die Selbstverletzungen über den Zeitraum der letzten vier Wochen zusammen mit Dissoziation als Teil der Symptomatik aufgefasst. Da von den Patientinnen fortlaufende Messungen zur Verfügung standen, das heisst, die Häufigkeit von selbstverletzenden Handlungen für jeden Monat des Behandlungszeitraumes, wurde diese wichtige Variable einzeln untersucht. Dabei wurde das Ausmaß an Selbstverletzungen als Summe über einen Vier-Monats-Block zusammengefasst, so dass insgesamt vier längere Zeiträume (vier Monate vor Therapiebeginn und jeweils vier Monate während des ersten Therapiejahres) für die Verlaufsuntersuchungen zur Verfügung standen. Es zeigte sich ein ausgeprägter Rückgang der Selbstverletzungshäufigkeiten über die vier Zeiträume, wobei die stärkste Reduktion innerhalb der ersten vier Monate der Behandlung stattfand. Die Veränderungen in der Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten wurde einzeln untersucht für Patientinnen, die sich zu Beginn nur wenig selbstverletzten, solche mit mittleren Häufigkeiten und Patientinnen, die ein ausgeprägtes selbstverletzendes Verhalten vor Therapiebeginn aufwiesen. Es zeigte sich, dass die Aussage einer Verbesserung im ersten Behandlungsabschnitt für alle Patientinnen gilt, auch für die mit extrem hohen Selbstverletzungen vor Beginn. Die folgenden vier Monate waren gekennzeichnet durch uneinheitliche Verläufe. Etwas über ein Viertel der Patientinnen verschlechterte sich wieder, circa ein Viertel verbesserte sich, weniger als die Hälfte blieben stabil in der Anzahl ihrer Selbstverletzungen. Im letzten Drittel des Behandlungsjahres zeigt sich mehr Stabilität und mehr Verbesserung, so dass am Ende des ersten Behandlungsjahres 35% der Patientinnen angaben, sich überhaupt keine Selbstverletzung mehr in den vergangenen vier Monaten zugefügt zu haben und der größte Teil der Patientinnen nur noch eine sehr geringe Anzahl.

Für die Variable „Selbstverletzendes Verhalten“ lässt sich sagen, dass die DBT ihr Therapieziel sehr gut erreicht. Selbst Patientinnen mit ausgeprägt häufigen Selbstverletzungen zeigen gute Verbesserungen. Dass dies vor allem in den ersten vier Monaten stattfindet, stimmt mit dem Therapiefokus der DBT überein und dass es danach zu Verschlechterungen kommt, ist gut vorstellbar. Wenn ein Fortschritt im selbstverletzenden Verhalten erreicht ist und andere Themen bearbeitet werden, liegt erstens die Aufmerksamkeit von Patientin und TherapeutIn nicht mehr so ausschließlich auf diesem Thema und zweitens können andere Themen sehr schmerzliche Gefühle hervorrufen, bzw. haben Patientinnen vielleicht jetzt gerade gelernt, schmerzliche Gefühle bewusster wahrzunehmen, so dass ein Rückgriff auf alte Verhaltensmuster naheliegt. Offensichtlich scheint es in vielen Fällen zu gelingen, diese Zusammenhänge so zu bearbeiten, dass es danach wieder zu einer Verbesserung und Stabilisierung des dysfunktionalen Verhaltens kommt. Möglich ist auch, dass ein

Teil der Verschlechterung in den zweiten vier Monaten mehr auf stationäre Patientinnen zurückzuführen ist, bei denen die stationäre Struktur und Aufmerksamkeit fehlt und die den „Wiedereinstieg“ bewältigen müssen. Trotz der allgemeinen Verbesserungen scheint es für die Patientinnen nicht leicht zu sein, auf Selbstverletzungen komplett zu verzichten. Möglicherweise braucht es dazu einen längeren Zeitraum, in dem Ressourcen und bessere Perspektiven aufgebaut werden müssen und dies gilt mehr für Patientinnen, bei denen Selbstverletzungen als häufiges, gut gelerntes Muster vorliegt.

Die Drop-out-Patientinnen wurden ebenfalls gesondert in ihrem selbstverletzenden Verhalten untersucht. Dies geschah auf gleiche Weise, durch Zusammenfassen von Vier-Monats-Zeiträumen und Aufteilung in Kategorien unterschiedlicher Selbstverletzungshäufigkeiten. Ähnlich wie in der Symptomatik und den Klinikaufenthalten beginnen die Drop-out-Patientinnen mit einer geringeren Belastung als die Restgruppe, aber sie weisen – mit Ausnahme einer Patientin – äusserst gute Reduktionen über das Jahr hinweg auf. Die Drop-out-Patientinnen zeigen, anders als die Restgruppe, im ersten Behandlungsabschnitt neben Verbesserungen auch Verschlechterungen, die Hauptverbesserung findet bei ihnen im zweiten Vier-Monats-Block statt. Im letzten Abschnitt bleiben alle Patientinnen stabil in ihren Kategorien, obwohl für viele in diesen Zeitraum der Therapieabbruch fällt.

Das Gesamtmuster ist also dem bei der Symptomatik bzw. den interpersonellen Variablen sehr ähnlich. Die Patientinnen beginnen mit niedrigeren Werten die Therapie, bei einigen kommt es zu Verschlechterungen am Beginn, danach verbessert sich das dysfunktionale Verhalten und bleibt stabil über den Therapieabbruch hinaus. Offensichtlich konnten diese Patientinnen ausreichend profitieren oder verfügten vielleicht schon von vorher über mehr Fertigkeiten, die durch die Therapie nur „angeschoben“ wurden.

Ein interessanter Nebenbefund ist noch der Vergleich der Drop-out-Patientinnen mit weiterer Diagnostik und ohne weitere Diagnostik. Dabei zeigte sich, dass – ähnlich wie im Symptomatik- und im interpersonellen Bereich - die Patientinnen, die sich weigerten, weitere diagnostische Sitzungen durchzuführen, zu Beginn der Therapie drastisch höhere Werte in der Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens in den vier Monaten vor Beginn der Therapie angaben als die Patientinnen, die weiter Diagnostik mitmachten, aber auch als die Restgruppe. Obwohl die Zahlen zu klein sind für Signifikanztests weisen sie doch darauf hin, dass anscheinend unter den Patientinnen mit sehr hohen Selbstverletzungsraten das Risiko für diese Art von Therapieabbruch höher ist. Möglicherweise brechen diese Patientinnen auch speziell die DBT ab, weil sie sich wegen der starken Betonung auf die Veränderung des selbstverletzenden Verhaltens überfordert fühlen.

Veränderung der Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten und Einfluss durch Gruppenzugehörigkeit und Schweregrad der Störung

Eine wichtige Zielvariable in der Therapie der Borderline-Patientinnen stellt die Reduktion von Klinikaufenthalten dar. Zur Untersuchung dieser Variable wurden unter Ausschluss eines Drei-Monatszeitraumes für den designbedingten stationären Aufenthalt die Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten vor und nach Beginn der Therapie miteinander verglichen. Dabei fanden sich für die Gruppe von 42 Patientinnen, die nach einem Jahr noch in Behandlung waren, signifikante Reduktionen sowohl der Häufigkeit als auch der Dauer der Klinikaufenthalte für die letzten neun Monate. Für den längeren Zeitraum von 21 Monaten erwies sich die Reduktion als noch ausgeprägter. Was zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar ist, ist die Frage, inwieweit diese Erfolge von den Patientinnen nach Beendigung der Therapie aufrechterhalten werden können. Da aber viele Patientinnen vor dem Beginn ihrer DBT-Therapie in den vorangegangenen zwei Jahren in irgendeiner Form von Behandlung waren, lässt sich zumindest sagen, dass es während einer ambulanten DBT-Therapie zu deutlich weniger Klinikaufenthalten kommt.

Auch für diese Variable wurde die Frage nach dem Einfluss der Zugehörigkeit zur ambulanten oder stationären Gruppe, sowie dem Schweregrad der Störung gestellt. Die Vermeidung erneuter Klinikaufenthalte stellt ebenso wie die Unterstützung der sozialen Wiedereingliederung ein wichtiges Therapieziel für die stationäre Therapie dar. Die größte Einwirkung auf die Verringerung der Klinikaufenthalte hat die Anzahl an Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn. Patientinnen mit vielen Klinikaufenthalten sind diejenigen, die sich am stärksten verbessern, eine hohe Anzahl von Patientinnen hat im ersten und auch im zweiten Jahr der ambulanten Therapie keinen stationären Aufenthalt mehr und zwar unabhängig davon, wie viele sie vorher hatte. Dies stellt natürlich ein sehr wünschenswertes Ergebnis dar, weil es bedeutet, dass es ein für alle erreichbares Ziel darstellt.

Weiteren Einfluss auf die Verringerung der Klinikaufenthalte haben die Zugehörigkeit zur stationären bzw. ambulanten Gruppe, aber auch der Schweregrad der Störung im Sinne von lebensbedrohlichem Verhalten vor Therapiebeginn. In der ambulanten Gruppe haben nur Patientinnen, die neun Monate bzw. 21 Monate vor Therapiebeginn keinen oder nur einen Klinikaufenthalt hatten, ein Risiko für eine Verschlechterung. Verschlechterung heisst hier immer, nach Therapiebeginn mehr Klinikaufenthalte aufzuweisen als vor Beginn. Das Risiko ist um so höher, je höher das Ausmaß an suizidalem und selbstverletzendem Verhalten vor Therapiebeginn war. In der stationären Gruppe ist für den Zeitraum von neun Monaten keine Abhängigkeit vom Schweregrad feststellbar, aber für den längeren Zeitraum von 21 Monaten. Diese Abhängigkeit ist stärker als in der ambulanten Gruppe und wirkt in der gleichen Richtung. Das heisst, stationäre Patientinnen mit keinem oder einem Klinikaufenthalt vor Beginn haben ein Risiko, nach Beginn mindestens einmal stationär eingewiesen zu werden, vor allen Dingen, wenn sie ein ausgeprägtes suizidales und selbstverlet-

zendes Verhalten vor Therapiebeginn aufwiesen. Hier muss allerdings eingewendet werden, dass die Ergebnisse für den Zeitraum von 21 Monaten noch vorläufigen Charakter haben, weil noch nicht alle Patientinnen, die in die Studie eingeschlossen wurden, zwei Jahre Therapie beendet haben.

Was den Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Gruppe angeht, ist hier eine eindeutige Überlegenheit der stationären Gruppe feststellbar. Patientinnen dieser Gruppe haben die Zahl ihrer Klinikaufenthalte deutlich stärker reduziert als die der ambulanten Gruppe. Dies gilt für den Vergleich des Zeitraums sowohl von neun als auch von 21 Monaten vor und nach Therapiebeginn. Die stationären Patientinnen haben auch die Dauer ihrer Klinikaufenthalte stärker reduziert als die ambulanten, dies gilt allerdings nur auf deskriptivem Niveau. Allerdings weist die stationäre Gruppe vor Therapiebeginn eine wesentlich höhere Anzahl an vorausgegangenen Tagen Klinikaufenthalt auf als die ambulante Gruppe. Für die Randomisierung wurde die Anzahl der Klinikaufenthalte kontrolliert, nicht aber die Dauer, so dass hier eine ungleiche Verteilung zustande kam.

Bei der Zielvariablen „Klinikaufenthalte“ gibt es also einen nicht nur tendenziellen Vorteil der stationären Gruppe gegenüber der ambulanten. Dieses Ergebnis auf den Einfluss des stationären Moduls zurückzuführen scheint sinnvoll. Eine etwas andere Erklärung wäre, dass bei Patientinnen, die „nur“ ambulant gematcht wurden, leichter die Entscheidung für einen stationären Aufenthalt gefällt wurde, weil man beispielsweise bei hartnäckigen komorbiden „alles versuchen“ wollte, stationäre Patientinnen hatten diesen „Problemlöseversuch“ schon hinter sich. Eine weitere Möglichkeit liegt in einem verstärkten Wunsch der Patientinnen selbst nach einer stationären Behandlung. Da alle Patientinnen das Studiendesign und viele sich untereinander kannten, ist es denkbar, dass ambulante Patientinnen leichter das Gefühl entwickelten „unfair“ gematcht zu sein und stärker auf eine stationäre Behandlung drängten.

Die Frage nach Zusammenhängen zwischen Klinikaufhalten und der psychopathologischen Symptomatik bzw. interpersonellen Faktoren wurde explorativ untersucht. Dabei zeigte sich, dass nur für die ambulante Gruppe ein Prädiktionszusammenhang existiert zwischen dem Ausmaß an Symptomatik vier Monate nach Beginn der Therapie und der Anzahl und Dauer von Klinikaufhalten im ersten Behandlungsjahr (genauer gesagt, in den letzten neun Monaten des ersten Behandlungsjahres). Patientinnen mit hohen Werten im Faktor „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu Post1 – mit anderen Worten: Patientinnen, die sich nach vier Monaten häufig selbstverletzen – weisen eine höhere Zahl und längere Dauer von Klinikaufhalten nach einem Jahr auf. Da die ambulanten und stationären Patientinnen vier Monate nach Beginn keinen Unterschied in „Selbstverletzung/Dissoziation“ zeigen, bedeutet das, dass eine höhere Anzahl an Selbstverletzungen bei Post1 bei den ambulanten Patientinnen entweder direkt oder als Gesamteindruck zu anderen Konsequenzen führen kann als dies bei der stationären Gruppe der Fall ist. Im Prinzip gelten hier die gleichen Argumente wie für den Unterschied in den Klinikaufhalten allgemein, Patientinnen könnten selbst mehr auf einen Klinikaufenthalt drängen oder TherapeutInnen

fühlen sich unsicher, weil ihre Patientinnen sich noch nicht so gut verbessert haben und hoffen auf bessere Erfolge durch einen stationären Aufenthalt.

Für die selbst- und fremdeingeschätzte Symptomatik im Bereich Angst, Depression und allgemeine Symptome gilt, dass ein hohes Ausmaß an Symptomatik vier Monate nach Therapiebeginn nicht einhergeht mit höherer Anzahl Klinikaufenthalte. Da es im DBT-Sinne nicht wünschenswert ist, hohe Symptomatik mit Klinikaufhalten zu verstärken, ist dieses Ergebnis eher günstig zu werten.

Wie für die Symptomatik, wurde auch für die interpersonellen Einstellungen die Frage nach Zusammenhängen mit Klinikaufhalten gestellt. Dabei zeigte sich, dass Patientinnen, die sich zu Beginn der Therapie als wenig abgrenzend anderen gegenüber beschrieben, in der Vergangenheit nicht unbedingt die meisten, aber die längsten Klinikaufenthalte hatten. Dieser Zusammenhang gilt nicht mehr für die Zeit der ambulanten DBT, das heißt, dass auch diese Patientinnen mit langen Klinikaufhalten in der Vergangenheit gute Chancen haben, diese unter ambulanter DBT auf Null zu reduzieren. Ein „Schutzfaktor“ stellt dabei eine gute soziale Einbindung dar, die das Risiko auf einen stationären Aufenthalt vermindert.

Patientinnen, die sich zu Beginn genau entgegengesetzt einschätzen, also als abweisend und streitsüchtig anderen gegenüber, sind diejenigen, die während der ambulanten DBT die wenigsten und tendenziell auch die kürzesten Klinikaufenthalte haben.

Interessant sind hier die Patientinnen, die sich als wenig abgrenzend anderen gegenüber einschätzen. Patientinnen mit diesen Einstellungen waren diejenigen, die in der Symptomatik die breiteste Verbesserung berichteten. Auch bei der Reduktion der Klinikaufenthalte ist es ihnen offensichtlich gelungen, trotz teilweise sehr langer stationärer Aufenthalte vor Beginn der Therapie während der ambulanten DBT solche weitgehend zu vermeiden. Auch dies stellt einen Hinweis dar, dass es bestimmte Merkmale bei Patientinnen gibt, die es ihnen ermöglicht, besser von DBT zu profitieren als andere. Die Unterschiede sind nicht ausgeprägt, aber tendenziell durchaus vorhanden.

Ein weiteres interessantes Ergebnis stellen die Daten der Drop-out-Patientinnen in Bezug auf die Klinikaufenthalte dar. Tendenziell sind das Patientinnen, die schon mit einer geringeren Anzahl an zurückliegenden Klinikaufhalten die Therapie starten. Nach einem Jahr und nach dem Therapieabbruch zeigt keine der neun Patientinnen einen Klinikaufenthalt nach Therapiebeginn. Dies scheint konform mit den Ergebnissen zur psychopathologischen Symptomatik zu sein, wo die Patientinnen ebenfalls tendenziell mit einer geringeren Belastung starten, aber trotzdem gute Verbesserungen aufweisen. Weitere Hinweise gibt die Gruppe der Patientinnen, die die Therapie abbrachen, aber für weitere Diagnostik nicht mehr zur Verfügung standen. Im Gegensatz zu allen anderen Zielvariablen zeigte sich hier keine größere Belastung dieser Patientinnen vor Therapiebeginn. Sie wiesen tendenziell eher weniger Klinikaufenthalte auf, einige von ihnen allerdings mit längeren Aufenthalten als die Patientinnen, die die diagnostischen Sitzungen auch weiterhin mitmachten. Beide Drop-out-

Gruppen wiesen also vor Therapiebeginn weniger Klinikaufenthalte auf als die Patientinnen, die nicht abbrachen. Was die Dauer der Klinikaufenthalte angeht, scheinen die non-Drop-outs und die Patientinnen, die die Diagnostik verweigerten ähnlich lange Aufenthalte zu haben. Damit zeichnen sich die Drop-out-Patientinnen ohne weiteren Kontakt zum DBT-Team als solche aus, die stärker in Symptomatik und interpersonellen Schwierigkeiten belastet sind als alle anderen Patientinnen und die in der Vergangenheit weniger, aber längere Klinikaufenthalte aufweisen. Damit stellen sie zum einen anscheinend eine Gruppe besonders belasteter Borderline-Patientinnen dar, zum anderen fühlen sie sich möglicherweise wenig unterstützt durch einen therapeutischen Ansatz, der sehr schnell und konsequent auf Eigenverantwortung und auf Veränderung setzt. Die langen Klinikaufenthalte würden beide Vermutungen stützen, aufgrund der höheren Belastung kamen möglicherweise längere Klinikaufenthalte zustande und befreiten gleichzeitig die Patientinnen in gewisser Weise von Verantwortungsübernahme. Was diese Drop-out-Patientinnen mit langen Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn von den Patientinnen mit langen Klinikaufenthalten vor Therapiebeginn, aber ohne Therapieabbruch zusätzlich unterscheidet, ist ein hohes Ausmaß an selbsteingeschätzter interpersoneller Kälte und Distanzierung. Damit könnte diese Risikogruppe von Borderline-Patientinnen möglicherweise noch genauer eingegrenzt werden auf die Merkmale lange Klinikaufenthalte und stärkere Symptombelastung vor Therapiebeginn und ein interpersoneller Stil, der eher durch abweisend-distanzierendes Verhalten in Kombination mit hohen Ärgerwerten gekennzeichnet ist.

Dagegen zeigen sich die Drop-out-Patientinnen, die weitere Diagnostik mitmachten, als Patientinnen mit eher geringerer Belastung zu Beginn auf allen Ebenen, die zum Teil zunächst eine Verschlechterung durchmachen, dann aber trotz oder wegen des Therapieabbruches sich gut verbessern.

13.3. Implikationen für Forschung und Praxis

Wenn man die Ergebnisse dieser Arbeit zusammenfasst, dann kann man sagen, dass Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einem Jahr therapeutischer Behandlung nach DBT in wichtigen Bereichen substantielle Verbesserungen erfahren haben. Dies ist vor allem bei den Zielvariablen „selbstverletzendes Verhalten“ und „Klinikaufenthalte“ der Fall, aber auch bei einem Teil der psychopathologischen Symptomatik. Es lässt sich nicht nachweisen, dass ein vorgeschalteter stationärer Aufenthalt mit einer „Kompakt“-Therapie nach DBT zu besseren Ergebnissen führt als eine rein ambulante DBT-Therapie. Es gibt Hinweise darauf, dass für die Reduktion von Selbstverletzungen und für die bessere soziale Einbindung die stationäre Behandlung nach DBT einen Vorteil verschaffen kann, ohne dass dies nicht auch durch ambulante Therapie erreichbar wäre.

Patientinnen, die die Therapie abbrechen und weiteren Kontakt ablehnen, scheinen sich auszuzeichnen durch lange Klinikaufenthalte vor Therapiebeginn, ein sehr hohes Ausmaß an selbstverletzendem Verhalten, insgesamt stärkere Belastung in der

Symptomatik und durch einen interpersonellen Stil von Abweisung und Abgrenzung anderen gegenüber.

Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass es Borderline-Patientinnen gibt, die keine einjährige Therapie benötigen für eine erfolgreiche Veränderung.

Damit lassen sich die Ergebnisse einreihen in die Studien derer, die signifikante Veränderungen durch DBT fanden. Gleichzeitig machen sie aber auch deutlich, dass DBT an sich eine wirkungsvolle therapeutische Methode für Borderline-Patientinnen darstellt. Eine zusätzliche Behandlung, wie ein vorgeschalteter stationärer Aufenthalt, müsste einen ungewöhnlich hohen Behandlungseffekt erzielen, um sich – statistisch – von dem allgemeinen DBT-Effekt zu unterscheiden.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich mehrere Schlüsse ableiten. Die Behandlung von chronisch-suizidalen Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DBT zeigt auch in ihrer Replikation in Deutschland gute Erfolge, vor allem in den traditionell als schwer behandelbar angesehenen parasuizidalen Verhaltensweisen und den häufigen Klinikaufenthalten. Die Verbreitung und Anwendung von DBT sollte möglichst breit gefördert werden, sowohl um Patientinnen den Zugang zu einer hilfreichen Therapie zu ermöglichen, als auch um TherapeutInnen ein hilfreiches Werkzeug an die Hand zu geben. Da bis jetzt nicht klar ist, welcher Teil der DBT der wirkungsvollste ist, oder ob DBT nur als Ganzes wirkt, sollten immer alle Hauptelemente eingesetzt werden. Diese Elemente umfassen Einzeltherapie, Gruppen-Fertigkeitentraining, Telefon-Kontakte und eine unterstützende Supervisionsgruppe. Gerade niedergelassene TherapeutInnen, die in der Regel in Einzelpraxen arbeiten, sehen sich meist nicht in der Lage, all dies zu verwirklichen. Eine praktische Konsequenz daraus wäre die Bildung von ambulanten Netzwerken, in deren Rahmen sich sowohl Fertigkeitengruppen als auch Unterstützung durch (Peer-)Supervision implementieren ließe. Eine Konsequenz für die Forschung ist die Suche nach den wirksamen Elementen der DBT. Bisläng scheint nur klar zu sein, dass eine Fertigkeiten-gruppe ohne DBT-Einzeltherapie nicht so wirksam ist wie die Kombination aus Einzel und Gruppe (Linehan, 1993a).

In diesem Rahmen wäre es auch interessant, zu fragen, welche Merkmale der Patientinnen oder der TherapeutInnen machen die DBT wirksam? Die vorliegende Arbeit hat einige Hinweise auf interpersonelle Merkmale von Patientinnen geliefert, die offensichtlich größere Chancen auf Verbesserung mit sich bringen, auch wenn die Unterschiede nicht sehr groß sind. Gerade im Hinblick auf die teilweise ausgeprägten Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich der Borderline-Patientinnen lohnt es sich, auch auf die therapeutische Beziehung als erfolgsfördernden oder –hindernenden Faktor einzugehen. Möglicherweise spielt deren Qualität eine größere Rolle bei der Erklärung mancher Phänomene als es sich aufgrund der bislang vorliegenden Ergebnisse vermuten lässt. Aufgrund von klinischer Erfahrung lässt sich beispielsweise vermuten, dass die „Passung“ von TherapeutInnen und Patientinnen bei Therapieabbrüchen eine Rolle spielt, vielleicht birgt auch ein bestimmter Beziehungsstil

bei einer Patientin eher das Risiko einer „Ansteckung“ mit dysfunktionalem Verhalten als ein anderer Beziehungsstil.

Ähnliches gilt für die Untersuchung von Therapeutenvariablen, auch hier wäre es interessant, festzustellen, ob es – neben der Manualtreue – Zusammenhänge gibt mit Therapieerfolg oder Drop-out-Rate.

Da die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein komplexes Störungsbild ist und die Patientinnen eine heterogene Gruppe darstellen, wäre es natürlich günstig, wenn bestimmte Patientinnenmerkmale mit bestimmten therapeutischen Strategien und vielleicht auch TherapeutInnenmerkmalen für eine besserer Erfolgsprognose kombiniert werden könnten. Dazu müsste aber zusätzlich zu den Passungen von Patientin und TherapeutIn besser bekannt sein, welche therapeutischen Strategien bei welchen Patientinnen oder in welchen therapeutischen Situationen günstig wirken. So stellt sich beispielsweise die Frage, unter welchen genauen Umständen ist bei welcher Patientin ein stationärer Aufenthalt indiziert. Zu den therapeutischen Strategien würde auch die Länge der Therapie zählen, bis jetzt spricht nichts dafür, dass eine Therapie um so besser wirkt, je länger sie dauert. Es wäre lohnenswert, a-priori solche Patientinnen zu identifizieren, denen mit einer kürzeren Therapie genau so gut geholfen werden kann wie mit einer längeren, um die Therapieplanung von Anfang an entsprechend zu gestalten. Die vorliegende Arbeit liefert Hinweise in der Richtung, dass es Patientinnen gibt, die kürzer DBT haben als andere und dennoch genau so gute Ergebnisse vorweisen können.

Ein weiterer wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Frage, wie lange Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Therapie benötigen, bis sie die Erfolge auch ohne therapeutische Begleitung aufrechterhalten können. Diese Frage stellt sich vor allem für die Patientinnen mit einem höheren Schweregrad der Störung und mit mehreren Klinikaufenthalten oder Therapien. Dabei wären katamnestische Untersuchungen von großer Wichtigkeit.

Ein wichtiges Ergebnis betrifft die Implementation von DBT im stationären Setting. Es konnte zwar keine Überlegenheit einer vorgeschalteten stationären DBT belegt werden, aber die Daten, die nach dem stationären Aufenthalt erhoben wurden, weisen darauf hin, dass nach der stationären Therapie substantielle Erfolge zu verzeichnen sind. Wie für den ambulanten Bereich scheint die DBT auch für psychiatrische/psychosomatische Kliniken eine gute Möglichkeit darzustellen, Borderline-Patientinnen effiziente Therapie zur Verfügung zu stellen. Weniger weil stationäre Therapie die Therapie der Wahl ist bei Borderline-Störung als vielmehr, weil diese Kliniken in ihrer praktischen Arbeit damit täglich konfrontiert sind. In diesem Zusammenhang wäre es wichtig zu klären, ob eine dreimonatige stationäre DBT eine ausreichende Therapie darstellt, ob sie immer gefolgt sein muss von ambulanter DBT oder ob es vielleicht ausreicht, prinzipiell nur kurze stationäre DBT-Kriseninterventionen anzubieten im Rahmen einer ambulanten Versorgung. Angesichts der vielfältigen und weitreichenden Problematik von Borderline-Patientinnen,

bei der die Kontrolle des dysfunktionalen parasuizidalen Verhaltens nur ein Anfang ist, scheint das letztere Modell das wahrscheinlichere.

Ein weitere wichtige Forschungsfrage ist die nach den Risiken für einen Therapieabbruch. Offensichtlich gab es in der vorliegenden Studie zwei Typen von Therapieabbruchern. Einige Patientinnen brachen ab, blieben aber für weitere diagnostische Kontakte offen und wiesen überraschend gute Ergebnisse auf, auch und vor allem nach dem Therapieabbruch. Eine zweite Gruppe brach ab und brach damit entweder ganz oder zumindest zeitweise auch den Kontakt ab bzw. regierte auf Kontaktversuche seitens des DBT-Teams nicht. Diese Gruppe unterscheidet sich ganz deutlich von allen anderen Patientinnen. Wichtig wäre hier zum einen, diese Risikopatientinnen zunächst einmal von vornherein identifizieren zu können. Daneben ist es für die klinische Arbeit von Bedeutung zu klären, warum genau es bei diesen Patientinnen zum Abbruch kam. Dies könnte beispielsweise ein Gefühl von Überfordertsein durch die Ziele und Struktur der DBT sein, das in Kombination mit einem eher abweisenden interpersonellen Stil den Abbruch förderte.

LITERATUR

- Aiken, L.S. & West, S.G. (1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Newbury Park: Sage.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; revised). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Armeliu, B. (1991). University of Umea: The Borderline Patient Project. In Beutler, L.E. & Crago, M. (1991). *Psychotherapy Research*. Washington DC: APA.
- Aronson, T. (1989). A Critical Review of Psychotherapeutic Treatments of the Borderline Personality. Historical Trends and Future Directions. *The Journal for Nervous and Mental Disease*, 177(9), 511-528.
- Asendorpf, J. & Walbott, H.G. (1979). Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Barley, W., Buie, S., Peterson, E., Hollingsworth, A., Griva, M., Hickerson, S., Lawson, J. & Bailey, B (1993). Development of an Inpatient Cognitive-Behavioral Treatment Program for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 232-240.
- Bartko, J. & Carpenter, W. (1976). On the Methods and Theory of Reliability. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 163(5),307-317.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Months Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Beck, A., Freeman, A. et al. (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.E. (1991). *Der Gießen-Test (GT)*. Bern: Huber.
- Benjamin, L.S. (1992). An Interpersonal Approach to the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. In Clarkin, J.F, Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (1992). *Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bohus, M. & Haaf, B. (2001). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 4, 619-642.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C.E., Pohl, U., Boehme, R. & Linehan, M.M. (2000). Evaluation of Inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder - a Prospective Study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power for the Behavioral Sciences* (2nd Ed.). New York: Academic Press.
- Deneke, F.-W. & Hilgenstock, B. (1989). *Das Narzißmusinventar*. Handbuch. Bern: Huber.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual II*. Towson, MD, Clinical Psychometric Research. [dt. Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis -Deutsche Version - Manual*. Beltz: Weinheim.]
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten*. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- European Rating Aggression Group (1992). Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS-21) in Generalized Aggression and Aggressive Attacks: A Validity and Reliability Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2, 15-29.

- Fava, M., Alpert, J. E., Borus, J. S., & Nierenberg, A. A. (1996). Patterns of Personality Disorder Comorbidity in Early-onset versus Late-onset Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1308-1312.
- Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz: Weinheim.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (2nd. Ed.) New York: Wiley.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C. & Stieglitz R.D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS): Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES)*. Bern: Huber.
- Graf, A. & Ortseifen, C. (1995). *Statistische und grafische Datenanalyse mit SAS*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Gunderson, J. & Singer, I. (1975). Defining Borderline Patients: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, *132*(1), 1-9.
- Gunderson, J., Shea, T., Skodol, A.E., McGlashan, T., Morey, L., Stout, R.L., Zanarini, M.C., Grilo, C.M., Oldham, J.M. & Keller, M.B. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Development, Aims, Design, and Sample Characteristics. *Journal of Personality Disorders*, *14*(4), 300-315.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Washington, DC: . American Psychiatric Publishing, Inc.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I.M. & Bohus, M. (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, *51*, 246-254.
- Hamilton, M. (1976). Hamilton Scale. In Guy, W. (Ed.). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (revised. Ed) (S.193-198). Maryland: Rockville.
- Hamilton, M. (1986). Hamilton Anxiety Scale. In *CIPS: Internationale Skalen für Psychiatrie*. Beltz: Weinheim.
- Hautzinger, M. & Greif, S. (1981). *Kognitionspsychologie der Depression*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Huber.: Bern.

- Higgit, A. & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in Borderline and Narcissistic Personality Disorder. Review Article. *British Journal of Psychiatry*, 161, 23-43.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme - deutsche Version*. Beltz: Weinheim.
- Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., Irion, T., Johns, S. & Vaglum, P. (1992). Day Hospital Community Treatment for Patients with Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 238-243.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson. [deutsch (1980). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus* (4. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O.F., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A. & Appelbaum, A. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basics Books.
- Kjelsberg, E. & Dahl, A. (1991). Suicide in Borderline Patients - Predictive Factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 283-287.
- Koerner, K., Linehan, M. (2000). Research on Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-167.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Beltz: Weinheim
- Linehan, M. (1987). *The Treatment History Interview (THI)*. Unpublished Manuscript. Seattle: University of Washington.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M., Heard, H. & Armstrong, H. (1993c). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

- Linehan, M., Tutek, D., Heard, H. & Armstrong H (1994). Interpersonal Outcome of Cognitive-Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1776.
- Linehan, M. & Comtois, K. (1994). *Lifetime Parasuicide Count (LPC)*. Unpublished Manuscript. Seattle: University of Washington.
- Linehan, M. & Heard, H. (1995). *Social History Inventory (SHI)*. Unpublished Manuscript. Seattle: University of Washington.
- Linehan, Marsha M., Schmidt, Henry III, Dimeff, Linda A., Craft, J.Christopher, Kanter, Jonathan, & Comtois, Katherine A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients With Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-92.
- Macaskill, N. (1992). Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(1), 61-73.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189-199.
- Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (1995). An Interpersonal Approach to Group Psychotherapy with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 9(3), 179-189.
- McGlashan, T. (1986). The Chestnut Lodge Follow-up Study. III. Long-term Outcome of Borderline Personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., & Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II Diagnostic Co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256-264.
- Meares, R., Stevenson, R. & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with Borderline Patients: A Comparison between Treated and Untreated Cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 467-472.
- Mehlum, L., Friss, S., Irion, J., Karterud, S., Vaglum, P. & Vaglum, S. (1991). Personality Disorders 2-5 Years after Treatment: A Prospective Follow-up Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 72-77.

- Mehlum, L., Friss, S., Vaglum, P. & Karterud, S. (1994). The Longitudinal Pattern of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: a Prospective Follow-up Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 124-130.
- Mestel, R., Neeb, K., Hauke, B., Klingelhöfer, J. & Stauss, K. (2000). Zusammenhänge zwischen Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In Bassler, M. (Hrsg.) (2000). *Empirische Forschung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Modestin, J. & Villiger, C. (1989). Follow-up-Study on Borderline versus Nonborderline Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 236-244.
- Munroe-Blum, H. & Marziali, E. (1988). Time-Limited Group Psychotherapy for Borderline Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 364-369.
- Munroe-Blum, H. (1992). Group Treatment of Borderline Personality Disorder. In Clarkin, J., Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (1992). *Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Munroe-Blum, H., Marziali, E. (1995). A Controlled Trial of Short-Term Group Treatment for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 190-198.
- Paris, J., Brown, R. & Nowlis, D. (1987). Long-Term Follow-up of Borderline Patients in a General Hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-535.
- Paris, J. (1988). Follow-up Studies of Borderline Personality Disorder: A Critical Review. *Journal of Personality Disorders*, 2(3), 189-197.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (1997). Parameters of Childhood Sexual Abuse in Female Patients. In Zanarini, M.C. (Ed.) (1997). *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Pfitzer, F., Rosen, E., Esch, E. & Held, T. (1990). Stationäre psychiatrische Behandlung von Borderline-Patienten. *Nervenarzt*, 61, 294-300.
- Plakun, E., Burkhardt, P.E. & Muller, J. (1985). 14-Year Follow-up of Borderline and Schizotypal Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26(5), 448-455.
- Salvendy, J. (1989). Short-Term Group Psychotherapy with Severe Borderlines. *Group Analysis*, 22, 309-316.

- Schmidt, F. (1992). What Do Data Really Mean? Research Findings, Meta-Analysis, and Cumulative Knowledge in Psychology. *American Psychologist*, 47(10), 1173-1181.
- Schramm, E. (Hrsg.) (1998). *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C.D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar, STAXI: Handbuch*. Bern: Lang Druck.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II Comorbidity of Substance Use Disorders among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733-738.
- Shea, M. (1991). Standardized Approaches to Individual Psychotherapy of Patients with Borderline Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1034-1037.
- Springer, T., Lohr, N., Buchtel, H. & Silk, K. (1996). A Preliminary Report of Short-Term Cognitive-Behavioral Group Therapy for Inpatients with Personality Disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 57-71.
- Stevenson, J. & Meares, R. (1992). An Outcome Study of Psychotherapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stone, M., Hurt, S. & Stone D (1987). The PI 500: Long-Term Follow-up of Borderline Patients Meeting DSM-III Criteria. I. Global Outcome. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 291-298.
- Stone, M. (2000). Clinical Guidelines for Psychotherapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 193-210.
- Tewes, U. (1991). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene*, Revision 1991 (HAWIE-R). Bern: Huber.
- Thornton, M.F. (1998). *Eclipses: Behind the Borderline Personality Disorder*. Monte Sano Publishing.
- Torgersen, S. (1998). *Epidemiology of Personality Disorders*. Vortrag auf dem 1. Internationalen Kongress für Persönlichkeitsstörungen, München.

- Tucker, L., Bauer, S., Wagner, S., Harlam, D. & Sher, I. (1987). Long-Term Hospital Treatment of Borderline-Patients: A Descriptive Outcome Study. *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1443-1448.
- Waldinger, R. & Gunderson, J. (1984). Completed Psychotherapies with Borderline Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.
- Weissman, M.M. & Bothwell, S (1976). Assessment of Social Adjustment by Patient Self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115. (dt. Wietersheim v., J. Ennulat, A., Probst, B., Wilke, E. & Feiereis, H. (1989). Konstruktion und erste Evaluation eines Fragebogens zur sozialen Integration. *Diagnostica*, 35(4), 359-363.
- White, S. & Freedman, L. (1978). Allocation of Patients to Treatment Groups in a Controlled Clinical Study. *British Journal of Cancer*, 37, 849-857.
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Spengler, P., Rummeler, R., Mombour, W. (1989). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R, Achse I*. Weinheim: Beltz
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.U., Wunderlich, U, Gruschwitz, S & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I*. Göttingen: Hogrefe.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1989). The Revised diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. [dt. Baum-Dill, B., Richter, A. & Rohde-Dachser, C. (1993). *Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten*, revidierte Fassung.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Axis I Diagnostic Comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

ANHANG

Anhang A: Deskriptive Daten der interpersonellen Faktoren, getrennt nach interpersonellen Einstellungen

Anahng B: Deskriptive Daten der psychopathologischen Symptomatik, getrennt nach interpersonellen Einstellungen

Anhang C: Multiple Regressionsgleichungen für die Vorhersage von Symptomwerten durch interpersonelle Faktoren für die einzelnen interpersonellen Gruppen

ANHANG A: Deskriptive Daten der interpersonellen Faktoren, getrennt nach interpersonellen Einstellungen

Deskriptive Daten der interpersonellen Faktoren, getrennt nach hoher und niedrige „Distanz“

Tabelle 1 Faktorscores der Faktoren „Abhängigkeit“ und „Soziale Einbindung“ zu drei Messzeitpunkten und getrennt nach hohen und niedrigen Werten im Faktor „Distanz“

	„Distanz“	n	MW	SD	Min	Max
„Abhängigkeit“						
Prä	Niedrig	20	0.25	0.97	-2.56	1.66
	Hoch	22	0.07	0.98	-2.52	2.06
Post1	Niedrig	20	0.27	0.76	-1.07	1.64
	Hoch	22	0.15	0.75	-1.35	1.55
Post2	Niedrig	20	0.29	0.89	-1.50	1.47
	Hoch	22	0.17	0.92	-1.71	1.73
„Soziale Einbindung“						
Prä	Niedrig	20	-0.02	1.05	-1.93	1.71
	Hoch	22	-0.15	1.02	-2.21	1.73
Post1	Niedrig	20	-0.17	0.73	-1.55	1.43
	Hoch	22	-0.63	0.96	-2.75	0.77
Post2	Niedrig	20	-0.82	1.25	-2.69	1.14
	Hoch	22	-0.98	1.01	-2.90	1.37

ANHANG B: Deskriptive Daten der Symptom-Faktoren, getrennt nach interpersonellen Gruppierungen

Tabelle 2 Faktorscores des Faktors „SCL-Pathologie“ zu drei Messzeitpunkten und getrennt nach interpersonellen Gruppen

	„Distanz“	n	MW	SD	Min	Max
„Distanz“						
Prä	Niedrig	20	-0.09	0.78	-1.58	1.45
	Hoch	22	-0.04	1.18	-2.59	3.01
Post1	Niedrig	20	-0.49	0.78	-1.71	1.29
	Hoch	22	-0.25	1.00	-2.09	2.61
Post2	Niedrig	20	-0.54	0.81	-1.94	1.05
	Hoch	22	-0.04	1.30	-1.81	2.47
„Abhängigkeit“						
Prä	Niedrig	5	-0.64	0.64	-1.21	0.37
	Hoch	37	0.01	1.02	-2.57	3.01
Post1	Niedrig	5	-0.53	0.59	-1.10	0.40
	Hoch	37	-0.35	0.94	-2.09	2.61
Post2	Niedrig	5	-0.24	0.86	-1.34	0.65
	Hoch	37	-0.28	1.15	-1.94	2.47

Tabelle 3 Faktorscores des Faktors „Depressivität“ zu drei Messzeitpunkten und getrennt nach interpersonellen Gruppen

	„Distanz“	n	MW	SD	Min	Max
„Distanz“						
Prä	Niedrig	20	-0.12	0.92	-1.58	1.74
	Hoch	22	0.17	0.2	-1.72	1.43
Post1	Niedrig	20	-0.18	0.86	-1.89	1.38
	Hoch	22	-0.42	1.18	-2.36	2.28
Post2	Niedrig	20	-0.76	1.31	-3.02	1.91
	Hoch	22	-0.59	1.20	-2.88	2.01
„Abhängigkeit“						
Prä	Niedrig	5	0.04	0.96	-1.10	1.14
	Hoch	37	0.03	0.93	-1.72	1.74
Post1	Niedrig	5	-0.05	0.42	-0.77	0.29
	Hoch	37	-0.34	1.09	-2.36	2.28
Post2	Niedrig	5	-0.12	0.48	-0.57	0.54
	Hoch	37	-0.74	1.30	-3.02	2.01

Tabelle 4 Faktorscores des Faktors „Fremdrating“ zu drei Messzeitpunkten und getrennt nach interpersonellen Gruppen

	„Distanz“	n	MW	SD	Min	Max
„Distanz“						
Prä	Niedrig	20	0.01	1.01	-2.15	1.97
	Hoch	22	0.01	1.08	-2.08	1.87
Post1	Niedrig	20	0.43	1.03	-1.56	2.20
	Hoch	22	-0.02	1.04	-1.43	2.21
Post2	Niedrig	20	0.10	0.97	-2.14	2.18
	Hoch	22	-0.23	0.94	-1.80	1.67
„Abhängigkeit“						
Prä	Niedrig	5	0.05	0.99	-0.88	1.69
	Hoch	37	0.00	1.05	-2.15	1.97
Post1	Niedrig	5	-0.03	0.87	-0.75	1.07
	Hoch	37	0.22	1.07	-1.56	2.21
Post2	Niedrig	5	-0.13	1.07	-1.80	1.09
	Hoch	37	-0.07	0.96	-2.14	2.18

Tabelle 5 Faktorscores des Faktors „Selbstverletzung/Dissoziation“ zu drei Messzeitpunkten und getrennt nach interpersonellen Gruppen

	„Distanz“	n	MW	SD	Min	Max
„Distanz“						
Prä	Niedrig	20	-0.24	0.80	-1.45	1.72
	Hoch	22	-0.07	0.97	-1.97	1.58
Post1	Niedrig	20	-0.56	0.82	-1.11	1.37
	Hoch	22	-0.78	0.81	-1.93	0.73
Post2	Niedrig	20	-0.72	0.74	-1.72	0.72
	Hoch	22	-0.78	0.77	-2.16	0.56
„Abhängigkeit“						
Prä	Niedrig	5	-0.42	0.96	-1.97	0.40
	Hoch	37	-0.11	0.89	-1.65	1.72
Post1	Niedrig	5	-0.82	1.31	-1.90	1.37
	Hoch	37	-0.65	0.75	-1.53	0.73
Post2	Niedrig	5	-0.86	1.13	-2.16	0.72
	Hoch	37	-0.74	0.70	-1.72	0.56

Anhang C: Multiple Regressionsgleichungen für die Vorhersage von Symptomwerten durch interpersonelle Faktoren für die einzelnen interpersonellen Gruppen

1. „Distanz“ – niedrig

Gleichung 1

$$\text{fac2po1} = -.168 + .427 * \text{faci3pr}$$

$$t = 2.6, p = .018, R^2 = .273$$

Legende: pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2,
fac2=„Depressivität“, faci3=„Soziale Eingebundenheit“

2. „Distanz“ – hoch

Gleichung 2

$$\text{fac1po1} = -.938 + .278 * \text{fac1pr} + .950 * \text{faci1pr}$$

$$t_{\text{fac1pr}} = 2.6, p = .046, R^2_{\text{fac1pr}} = .097; t_{\text{faci1pr}} = 3.57, p = .0008, R^2_{\text{faci1pr}} = .497$$

Gleichung 3

$$\text{fac2po2} = -.55 + .453 * \text{fac2pr} - .731 * \text{faci3pr}$$

$$t_{\text{fac2pr}} = 2.23, p = .038, R^2_{\text{fac2pr}} = .119; t_{\text{faci3pr}} = 4.02, p = .0007, R^2_{\text{faci3pr}} = .430$$

Legende: pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2,
fac1=„SCL-90-Pathologie“, faci1=„Distanz“,
fac2=„Depressivität“, faci3=„Soziale Eingebundenheit“

3. „Abhängigkeit“ – hoch

Gleichung 4

$$\text{fac1po1} = -.173 + .448 * \text{fac1pr} + .312 * \text{faci1pr} - .431 * \text{faci2pr}$$

$$t_{\text{fac1pr}} = 3.98, p = .004, R^2_{\text{fac1pr}} = .288; t_{\text{faci1pr}} = 2.67, p = .0117, R^2_{\text{faci1pr}} = .150;
t_{\text{faci2pr}} = -2.61, p = .0135, R^2_{\text{faci2pr}} = .096$$

Gleichung 5

$$\text{fac2po2} = -.635 + .645 * \text{faci3pr}$$

$$t = 3.50, p = .0013, R^2 = .253$$

Gleichung 6

$$\text{fac4po1} = -.327 + .446 * \text{fac4pr} - .341 * \text{faci2pr}$$

$$t_{\text{fac4pr}} = 4.33, p = .0001, R^2_{\text{fac4pr}} = .355; t_{\text{faci2pr}} = -2.46, p = .0189, R^2_{\text{faci2pr}} = .098$$

Legende: pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2,
fac1="SCL-90-Pathologie", faci1="Distanz", faci2="Abhängigkeit"
fac2="Depressivität", faci3="Soziale Eingebundenheit"
fac4="Selbstverletzung/Dissoziation", faci2="Abhängigkeit"

4. Gesamtgruppe

Gleichung 7

$$\text{fac1po1} = -.327 + .446 * \text{fac1pr} + .320 * \text{faci1pr}$$

$$t_{\text{fac1pr}} = 3.97, p = .0003, R^2 = .301; t_{\text{faci1pr}} = 2.79, p = .0082, R^2 = .116$$

Gleichung 8

$$\text{fac2po2} = -.614 + .601 * \text{faci3pr}$$

$$t = 3.61, p = .0008, R^2 = .246$$

Legende: pr=Prä, po1=Post1, po2=Post2,
fac1="SCL-90-Pathologie", faci1="Distanz", faci2="Abhängigkeit"
fac2="Depressivität", faci3="Soziale Eingebundenheit"