

**Komorbidität und Prädiktoren für den Therapieerfolg
bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät für Pädagogik, Philosophie und Psychologie
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von

Christoph Kröger

aus

Bochum

Bochum, den 22.03.2002

Tag der mündlichen Prüfung: 08.07.2002

Erstgutachter: Universitätsprofessor Dr. Hans Reinecker

Zweitgutachter: Privatdozent Dr. Ulrich Schweiger

Danksagung

Herrn Professor Dr. Hans Reinecker, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, danke ich für seine bereitwillige Übernahme meines Promotionsvorhabens, seine Unterstützung und sein persönliches Interesse an der Studie. Für das Thema dieser Arbeit und für die Anleitung möchte ich Herrn PD Dr. Ulrich Schweiger danken. Professor Dr. Fritz Hohagen, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Lübeck, ermöglichte mir die Durchführung der Dissertation neben meiner Tätigkeit als Stationspsychologe.

Das Behandlungskonzept wurde von Frau Dr. Valerija Sipos und Herrn PD Dr. Ulrich Schweiger an der Universitätsklinik Lübeck aufgebaut. Frau Dr. Valerija Sipos danke ich für die kontinuierliche Supervision der Therapien. Die Studie wurde getragen vom Team der Station 7.

Herr Dr. Joachim Kosfelder, Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Ruhr-Universität-Bochum, gab mir zahlreiche Anregungen bei der Datenauswertung und leistete kritische Diskussion.

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung	7
1	Das Phänomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung	9
1.1	Vorbemerkungen zur Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung	9
1.2	Die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung	11
1.3	Prävalenz und Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung	13
1.3.1	Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung	14
1.3.2	Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung	15
1.3.2.1	Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit psychischen Störungen	16
1.3.2.2	Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit anderen Persönlichkeitsstörungen	18
1.3.2.3	Komorbidität anderer psychischer Störungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung	21
1.3.2.3.1	Komorbidität bei affektiven Störungen	21
1.3.2.3.2	Komorbidität bei Substanzstörungen	21
1.3.2.3.3	Komorbidität bei Angststörungen und der Zwangsstörung	23
1.3.2.3.4	Komorbidität bei Essstörungen	24
1.3.2.3.5	Komorbidität bei weiteren psychischen Störungen	25
1.3.3	Zusammenfassung zu Prävalenz und Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung	26
1.4	Prognose und Verlauf	28
2	Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	30
2.1	Kognitiv-behaviorale Konzepte zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	32
2.2	Die dialektische Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	33
2.2.1	Die biosoziale Theorie als Grundlage der dialektischen Verhaltenstherapie	33
2.2.1.1	Die invalidierende Umwelt	33
2.2.1.2	Die emotionale Vulnerabilität	35
2.2.2	Die drei dialektischen Dilemmata als Folge der biosozialen Theorie	37
2.2.3	Das Behandlungskonzept der dialektischen Verhaltenstherapie	38
2.2.3.1	Die Behandlungsstruktur der dialektischen Verhaltenstherapie	38
2.2.3.2	Die Therapiephasen der dialektischen Verhaltenstherapie	39

2.2.3.3	Die Behandlungsstrategien der dialektischen Verhaltenstherapie	41
2.2.4	Bisherige Forschungsergebnisse zur dialektischen Verhaltenstherapie	42
2.3	Das adaptierte Behandlungskonzept der Universitätsklinik Lübeck.....	47
2.3.1	Die Behandlungsstruktur des adaptierten Behandlungskonzeptes	48
2.3.2	Die Therapiephasen des adaptierten Behandlungskonzeptes	48
3	Fragestellungen und Hypothesen	50
3.1	Fragestellungen	50
3.2	Hypothesen	50
4	Durchführung und Auswertung	56
4.1	Design.....	56
4.2	Operationalisierungen	56
4.2.1	Messinstrumente	57
4.2.1.1	Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R).....	57
4.2.1.2	Das Beck-Depression-Inventory (BDI).....	58
4.2.1.3	Die Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)	60
4.2.1.4	Das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)	61
4.2.1.5	Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	62
4.2.1.6	Die zweite Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI-2)	63
4.2.1.7	Die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	66
4.3	Messzeitpunkte	68
4.4	Stichproben.....	68
4.5	Datenaufbereitung und statistische Auswertung	74
5	Ergebnisse	77
5.1	Deskriptive Befunde und Effektstärken	77
5.2	Der Einfluss der Diagnosenanzahl auf die Ausprägung der Symptombelastung und der Depressivität	80
5.3	Der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität	81
5.4	Der Verlauf störungsspezifischer Einstellungen und der Selbstakzeptanz	87
5.5	Allgemeine Einflussfaktoren auf die Ausprägung und den Verlauf der Dissoziation	91
5.6	Der Einfluss der posttraumatischen Symptomatik auf die Ausprägung der Dissoziation	94
5.7	Verbesserte versus nicht verbesserte Patientengruppen.....	99
6	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	109
6.1	Die Ausprägung der verschiedenen Problembereiche.....	109

6.2	Zusammenhang zwischen Diagnosenanzahl und Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität	115
6.3	Die Reduktion der Ausprägung verschiedener Problembereiche.....	116
6.4	Ausprägung und Verlauf der Dissoziation	117
6.5	Der Unterschied zwischen reliabel verbesserten versus nicht verbesserten Patientengruppen	118
7	Abschließende Diskussion und Ausblick.....	121
8	Zusammenfassung.....	126
9	Literaturverzeichnis.....	130
10	Autorenverzeichnis	165
11	Anhang	

0 Einleitung

Die 20jährige Katrin* wird nach einem Suizidversuch zum zweiten Mal in der Universitätsklinik behandelt. Sie leidet unter starken Stimmungsschwankungen mit zeitweiliger Niedergeschlagenheit, Wutausbrüchen, Essanfällen mit anschließendem Erbrechen und regelmäßigen Selbstverletzungen durch Schnitte an den Unterarmen. Jeden Tag geht sie nach dem Mittagessen bei Wind und Wetter von der Station; niemand darf sie begleiten. Auf Nachfrage berichtet sie, dass sie in der Hochschulbibliothek im Internet surfe und die Selbsthilfe-Newsgroups aufsuche. Über die Gruppe habe sie Kontakt zu anderen gefunden, die Gleiches erleben. Außerdem erhalte sie zusätzliche Informationen über die Diagnose ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘. Die folgenden Zeilen der Internetseite „mondstein.web.de“ sollen Schwierigkeiten der Betroffenen verdeutlichen:

Die Münchner Studentin Pia spürt es schon lange vorher kommen. Den ganzen Abend lang ist in ihr eine Unruhe aufgezo-gen, jetzt hat sie sich zu einer wilden Anspannung verdichtet, ist eine Energie geworden, die sich entladen muss. Pia weiß, was jetzt kommen wird. Sie will es nicht tun, sie hasst sich dafür, aber sie weiß, dass sie es wieder tun wird. Schon überprüft Pia die Werkzeuge. Papiertaschentücher und ein Fläschchen Alkohol stellt sie auf dem Schreibtisch bereit. Dann nimmt sie eine Rasierklinge aus der Pappschachtel, fasst sie vorsichtig an, um sich nicht in den Finger zu ritzen, und ohne innezuhalten schneidet sie sich den Unterarm auf. Ein Spalt klafft im Körper, bisweilen ist eine fahle Sehne zu sehen. Warmes Blut fließt über die Haut - für Pia erfrischend, "ein Zeichen, dass man noch nicht tot ist. Wenn man sich seelisch tot, leer fühlt, dann hat Blut etwas unglaublich Belebendes! Man ist befriedigt, packt seine Utensilien weg, verarztet sich, und dann ist es, als ob es nie gewesen wäre. Aber das Schneiden hinterlässt ewig sichtbare Narben." Die Narben darf niemand sehen, vor allem nicht die Eltern; wenn Pia sich die Ärmel hochkrempeln muss, zum Geschirrspülen in der WG, dann werden ihr lästige Fragen gestellt, und Pia muss immer einen Arbeitsunfall erfinden oder eine böse Katze. Die Wunden vernarben nach einigen Wochen. Das ist die Zeitspanne, die es dauert, bis sich bei Pia wieder ein Gefühl unendlicher Leere einstellt, von Trauer oder Hass - ein unerträglicher Seelenschmerz, der irgendwie übertüncht werden muss, am besten mit körperlichen Schmerzen. "Als es angefangen hat, wusste ich zuerst nicht, was ich da tat, ich dachte, ich wäre irre und die Einzige auf der Welt." Dass dem nicht so ist, davon überzeugten sie Dutzende von Einträgen ins Gästebuch einer Internetseite. Eine Notiz: "Ich ritze mir

* Namen wurden abgeändert, um die Anonymität zu wahren.

dauernd meinen Arm auf, und alle halten mich deswegen für verrückt... Den ganzen Tag den Wunsch, sich den Arm aufzuritzen... Ich will endlich mit jemandem reden, der mich versteht." Eine andere: "Endlich fühle ich mich nicht mehr unverstanden, weil ich jetzt weiß, dass es da draußen Mädchen und Frauen gibt, die genauso fühlen wie ich!" ...

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in der Allgemeinbevölkerung eher selten. Eine neuere Studie gibt die Häufigkeit mit 0,7 % an (TORGERSEN et al., 2001). Allerdings steigt das Interesse an diesem Störungsbild in den letzten Jahrzehnten, da sie im stationären Bereich weltweit als die häufigste Persönlichkeitsstörung gilt (LORANGER, 1994). Die Mehrzahl der behandelten Betroffenen sind weiblichen Geschlechts, so dass in dieser Arbeit auf Patientenseite die weibliche Sprachform gewählt wird. Es ist weiterhin bekannt, dass im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein hohes Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen besteht (OLDHAM et al., 1995). Trotz der Häufigkeit und der großen Beeinträchtigungen durch die Störung ist das Wissen über Ursachen und Behandlung gering. Lange Zeit verbanden Kliniker wie Forscher die Diagnose ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ direkt mit negativem Therapieerfolg (MOHR, 1995). Möglicherweise wurde deshalb oft auf die Behandlung der anderen Störungen der Betroffenen ausgewichen. Gegenwärtig ist die dialektische Verhaltenstherapie die einzige Therapieform zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die ausreichend evaluiert erscheint (LINEHAN, 1993a). An der Universitätsklinik Lübeck wurde daher 1999 das ursprünglich ambulante Konzept der dialektischen Verhaltenstherapie für das stationäre Setting adaptiert und modifiziert.

Das Anliegen dieser Arbeit ist es, einige Wirkfaktoren bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu untersuchen. Insbesondere soll der Einfluss zusätzlicher Störungen auf die Behandlung berücksichtigt werden. Gleichzeitig wird das Lübecker Modell vorgestellt und damit möglicherweise ein kleiner Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation geleistet.

1 Das Phänomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Konfrontiert mit dem Verhalten von Pia oder Katrin, reagieren viele Menschen mit Unverständnis und Hilflosigkeit. Einerseits besteht die Gefahr, das Verhalten Betroffener zu katastrophisieren und zu dramatisieren. So führt die Verwechslung von Selbstverletzungen mit Suizidversuchen oft zu psychiatrischen Einweisungen oder gar Fixierungen auf geschlossenen Stationen. Andererseits aber bleiben Patientinnen mit ihrer subjektiv erlebten Not allein. Scham und Selbsthass, Wutausbrüche und hohe Anspannung, Niedergeschlagenheit und Euphorie wechseln zeitweise stündlich und führen dann zu großen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten.

Welche Merkmale müssen erfüllt sein, damit heute die Diagnose ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ gestellt wird? Welche Schwierigkeiten und anderen psychischen Störungen treten im Zusammenhang mit diesem Störungsbild auf? Wie häufig kommt es vor und wie entwickeln sich die Symptome im weiteren Leben?

1.1 Vorbemerkungen zur Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mit der Mitteilung der Diagnose ‚Borderline-Störung‘ verbanden Fachleute bis Mitte der 70er Jahre unterschiedlichste Konzeptualisierungen. Ursprünglich wurde der Begriff ‚Borderline‘ von STERN (1938) in die psychoanalytische Diskussion eingeführt, um Phänomene im Therapieprozess zu beschreiben, die nach der aktuellen Klassifikation psychischer Störungen bei einer schizotypen Störung vorkommen. STERN vermutete einen Übergang von der Neurose zur Psychose, einen Grenzbereich (‚borderline‘). Später bezeichnete der Begriff verschiedene psychodynamisch orientierte Persönlichkeitskonstrukte, die sich ebenfalls auf Beschreibungen therapeutischer Prozesse bei einer bestimmten Patientengruppe stützten. Diese Gruppe schien zu Therapiebeginn für die psychoanalytische Behandlung geeignet zu sein, verschlechterte sich aber während dieser wesentlich (GUNDERSON, 1984). Im psychiatrischen Kontext wurden Personen nosologisch mit dem Begriff ‚Borderline-Schizophrenie‘ gekennzeichnet, bei denen der Verdacht auf eine genetische Prädisposition einer Schizophrenie bestand (KETY et al., 1991). In Adoptiv-Studien mit Kindern schizophrener Eltern hatten einige Personen nicht das Vollbild einer Schizophrenie ausgebildet, sondern nur einige Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Häufig genug wurde aber die Diagnose ‚Borderline-Störung‘ im klinischen Alltag hinter dem Rücken der Patienten als ein abwertendes Label für ‚unbehandelbar, manipulativ‘ benutzt.

Seit Erscheinen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen in der dritten Auflage (DSM-III; APA, 1980) wurde die Kommunikation der Fachleute vereinheitlicht. In diesem Klassifikationssystem wurden erstmalig beobachtbare Merkmale und Merkmalskombinationen zu einzelnen Störungskategorien zusammengefasst und Algorithmen sowie explizite Ein- und Ausschlusskriterien zur Bestimmung einer Differentialdiagnose festgelegt. Wenn die Diagnose ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ mitgeteilt wird, sind jetzt für die Fachleute implizit definierte Problembereiche, Häufigkeit und Verlauf der Störung sowie Indikationspunkte für therapeutische Schritte und Prognose, aber auch Anregungen zur Erforschung enthalten (MARGRAF, 2000). Die operationalisierte Diagnostik ermöglicht die valide Ermittlung aller Fälle von Betroffenen in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem Zeitintervall, was als Punkt- bzw. Periodenprävalenz bezeichnet wird (HÄFNER & WEYERER, 1998). Neben der Prävalenz können aber auch Überlappungen mehrerer Störungskategorien untersucht werden. Bei Vorliegen von mehr als einer Kategorie in einem definierten Zeitintervall im Quer- oder Längsschnitt der Lebensspanne einer Person wird von Komorbidität gesprochen (WITTCHEN & LACHNER, 1996). Das Konzept der Mehrfachdiagnosen wurde mit der Revision des DSM-III eingeführt (DSM-III-R, APA, 1987). Begrifflichkeiten der psychiatrischen Nomenklatur wie Prävalenz, Komorbidität oder Differentialdiagnose laufen aber Gefahr, eine artifiziell geschaffene Störungskategorie als feststehende Entität zu begreifen, die vollständig unabhängig von anderen besteht, jedoch auch mit anderen Entitäten koexistieren kann (MARGRAF, 2000). Damit werden aber mögliche pathogenetische Gemeinsamkeiten der Störungen vernachlässigt.

Die Entstehung psychiatrischer Klassifikationssysteme lässt sich an Beispielen in der historischen Entwicklung der Störungskategorie ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ verdeutlichen. Auf dem Hintergrund der therapeutischen Misserfolge in der psychoanalytischen Behandlung stellten sich GUNDERSON und Mitarbeiter die Aufgabe, die Konzeption der Borderline-Störung psychometrisch zu untersuchen. Sie erstellten eine Merkmalsliste (GUNDERSON & SINGER, 1975) und entwickelten ein reliables und inzwischen mehrfach überprüftes Interview – das Diagnostische Interview für Borderline-Patienten (GUNDERSON & KOLB, 1978; KOLB & GUNDERSON, 1980; dt.: PÜTTERICH, 1985). Damit war eine Grundlage für die spätere Einführung im DSM-III und die reliable und valide Erhebung der Störungskategorie geschaffen. Die empirische Basis für eine Differentialdiagnose zwischen der oben genannten Borderline-Schizophrenie und der Borderline-Störung analytischer Konzeption legten SPITZER & ENDICOTT (1979) sowie SPITZER et al. (1979). Sie lie-

ßen Behandelnde eine Stichprobe von 808 als ‚Borderline‘ klassifizierte Personen anhand einer Merkmalsliste beurteilen und ermittelten in mehreren Diskriminanz- und Faktorenanalysen zwei unabhängige Hauptdimensionen. Die Items der einen Dimension repräsentierten Merkmale einer als ‚instabil‘ bezeichneten, die der anderen Merkmale einer als ‚schizotypal‘ klassifizierten Persönlichkeit. Items beider Dimensionen gingen in das damals neu zu erstellende DSM-III als Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. schizotypen Persönlichkeitsstörung ein. Allerdings bestand eine hohe Komorbidität zwischen den neuen Störungsbildern. Bereits in der genannten Studie von SPITZER et al. (1979) erfüllten 54 % der Personen Items beider unabhängiger Hauptdimensionen. Damit ergibt sich die Frage, ob gemeinsame Einflussfaktoren zu unterschiedlichen psychischen Störungen beitragen und zu einer Komorbidität führen können. Beispielsweise wird wie bei der schizotypen Persönlichkeitsstörung nun auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine genetische Prädisposition angenommen (TORGERSEN, 2001). In den Leitlinien der American Psychiatric Association (APA, 2001) wird die Erforschung atypischer Neuroleptika bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung empfohlen, die bei der schizotypen Persönlichkeitsstörung schon eingesetzt werden. Pathophysiologisch bedingte Gemeinsamkeiten könnten also bei einer Teilstichprobe zur Komorbidität beitragen, die durch die rein deskriptive und atheoretische Diagnostik der Gegenwart nicht erfasst oder berücksichtigt werden. In zukünftigen Revisionen des DSM werden die Fachleute prüfen müssen, ob gesichertes nosologisches Wissen auch in die Beschreibungen der Störungskategorien einfließen darf.

Im Folgenden werden die aktuellen diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kap. 1.2) vorgestellt. In einer Literaturübersicht werden anschließend die Prävalenzraten dieser Persönlichkeitsstörung (Kap. 1.2.1), die Komorbidität mit psychischen (Kap. 1.2.2.1) und mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Kap. 1.2.2.2) sowie das Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Stichproben anderer psychischer Störungen (Kap. 1.2.2.3) dargestellt.

1.2 Die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Erstmals erschien die Borderline-Persönlichkeitsstörung nach operationalisierten Kriterien 1980 im DSM-III (APA, 1980). Die Kriterien beruhten in erster Linie auf fünf von sieben phänomenologisch gewonnenen Dimensionen, die GUNDERSON & SINGER (1975) in der erwähnten Übersichtsarbeit postulierten. SPITZER et al. (1979) ergänzten noch das von

KERNBERG (1967) vorgeschlagene Kriterium der instabilen Identität. Die wichtigste Veränderung in der aktuellen Version des DSM (APA, 1994; DSM-IV) war die Einführung des neunten Kriteriums. Nachfolgend sind die Kriterien des DSM-IV aufgelistet:

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

- (1) Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

- (2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (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. hochgradig episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- (7) Chronisches Gefühl von Leere.
- (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Nach einer Auswertung verschiedener Studien von WIDIGER & WEISSMAN (1991) waren etwa 76 % der behandelten Personen Frauen. Diese Geschlechterdifferenz kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen nehmen Frauen möglicherweise auf der Suche nach sozialer Unterstützung schneller professionelle Hilfe in Anspruch, so dass ein Selektionsprozess vorliegt (HENRY & COHEN, 1983). Andererseits könnte es sich um Artefakte der Forschung handeln, das heißt, infolge geschlechtsspezifischer Einstellungen der Untersucher wird diese Diagnose (fast) ausschließlich an Frauen vergeben (WIDIGER, 1998). Impulsive

interpersonelle Verhaltensweisen, die häufiger bei männlichen Betroffenen auftreten, werden entsprechend eher entweder als antisozial klassifiziert oder als ‚normal‘ während der männlichen Identitätsfindung angesehen (CASTANEDA & FRANCO, 1985).

1.3 Prävalenz und Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Verschiedene Faktoren erschweren die Einschätzung der Prävalenz- und der Komorbiditätsraten der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Auch nach der Einführung des DSM-IV ist die Konstruktvalidität des Störungsbildes umstritten (BLAIS et al., 1999; FOSSATI et al., 1999). Überschneidungen diagnostischer Kriterien mit anderen psychischen Störungen oder anderen Persönlichkeitsstörungen bestehen weiterhin (GUNDERSON et al., 1995; NACE et al., 1983; POPE & HUDSON, 1989; ROUNSAVILLE et al., 1998). In Prävalenzschätzungen gehen Fälle aufgrund des Komorbiditätsprinzips mehrfach in die Zählungen ein. Zusätzliche Einflussfaktoren auf solche Schätzungen sind neben den geringfügigen Veränderungen diagnostischer Kriterien im DSM-VI im Vergleich zum DSM-III-R (GUNDERSON et al., 1995) sowohl die Durchführung kategorialer versus dimensionaler Klassifikation (KASS et al., 1985; WIDIGER, 1993), die Art, Reliabilität und Validität der Instrumente (BRONISCH, 1992; SEGAL, 1997), als auch die Stichprobenwahl.

In der folgenden Literaturübersicht gehen Ergebnisse aller bis 2001 publizierten Studien ein, in denen die Prävalenz systematisch untersucht oder die Komorbidität berücksichtigt wurde. Alle Studien haben psychische Störungen auf der Achse-I und der Achse-II des DSM-III [-R] mit Hilfe [semi-]strukturierter Interviews erhoben. Dazu wurden bestehende Übersichtsarbeiten herangezogen (BROOKS et al., 1989; DAHL, 1985; FYDRICH et al., 1996a; HERZOG et al., 1995; ROSENVINGE et al., 2000; SANSONE et al., 2000; THOMASIU, 1989; TRULL et al., 2000; TYRER et al., 1998; VAN VELZEN & EMMELKAMP, 1999; VERHEUL et al., 1995; WIDIGER et al., 1991) und Recherchen in den Datenbanken PsycINFO und PubMed durchgeführt. In störungsspezifischen Berechnungen der Mediane, Minima und Maxima wurden nur Studien eingeschlossen, die eine Stichprobe von mindestens 20 Personen untersucht haben. Details zu zitierten Studien finden sich in Tabellen im Anhang, auf die im Einzelnen hingewiesen wird.

1.3.1 Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Prävalenzrate in der Gesamtbevölkerung wird auf 0,5 bis 2 % geschätzt (MAIER et al., 1992; MOLDIN et al., 1994; SAMUELS et al., 2000; SWARTZ et al., 1990; TORGENSEN et al.,

2001; ZIMMERMAN & CORYELL, 1989). Tabelle 1.1 gibt einen Überblick über die Prävalenzen der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von unterschiedlichen Stichproben (vgl. auch Tab. 11.1 im Anhang).

Tabelle 1.1
Prävalenzen der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung					
Stichproben	Nr.	Total	Md (%)	Min (%)	Max (%)
Allgemeinbevölkerung	6	5352	1,35	0,5	2
Familienangehörige	4	880	4	0,8	12
Ambulantes Setting	12	2205	17	11	50
Stationäres Setting	15	2168	28	13	68
Persönlichkeitsstörungen	13	1229	34	13	56

[Legende: Nr. = Anzahl der untersuchten Studien; Total = Anzahl der untersuchten Patienten; Md = Median (%); Min = Minimum (%); Max = Maximum (%)]

Die Angaben stimmen mit denen von WIDIGER & WEISSMAN (1991) überein. Bei Familienangehörigen von psychiatrischen Patientengruppen scheint die Prävalenzrate mit einem Median von 4 % und einer Spannweite von 11 % etwas höher zu liegen (BLACK et al., 1993; KLEIN et al., 1995; SAMUELS et al., 2000; ZIMMERMAN et al., 1991). Andere Autoren untersuchten zudem verschiedene Bevölkerungsgruppen: CHABROL et al. (2001) fanden unter Schülern 23 % Betroffene, ZAIDER et al. (2000) unter Patienten der Jugendmedizin 4 %, LENZENWEGER et al. (1997) dagegen unter Studierenden keinen.

Im ambulanten Setting ergab sich ein Median von 17 % mit einer Variation von 11 bis 50 % (ALNÆS & TORGENSEN, 1988; CLARKIN et al., 1983; COMTOIS et al., 1999; FLICK et al., 1993; FRANCES et al., 1984; HYLER et al., 1992; LEVITT et al., 1990; MOREY, 1988; OLDHAM et al., 1990; OLDHAM et al., 1995; ZANARINI et al., 1989; ZIMMERMAN & MATTEA, 1999). Im stationären Setting variiert die Häufigkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung für Erwachsene zwischen 13 und 68 % bei einem Median von 28 % (BECKER et al., 2000; BRODSKY et al., 1995; BRONISCH et al., 1993; BRONISCH & MOMBOUR, 1994; DAHL, 1986; DERKSEN, 1990; DUBRO et al., 1988; HERPERTZ et al., 1994; HYLER et al., 1990; LINKS et al., 1988; LORANGER et al., 1994; MODESTIN et al., 1997; OLDHAM et al., 1990; OLDHAM et al., 1995; PFOHL et al., 1996; ZANARINI et al., 1987); für Adoleszente fanden BECKER et al. (2000) 49 %. 9 bis 40 % der Patienten, die überproportional häufig psychiatrische Einrichtungen beanspruchten, erfüllten die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (GELLER, 1986; MØRS & SRENSSEN, 1994; SURBER et al., 1987; WIDIGER & WEISSMAN, 1991; WOOGH, 1986). Werden nur Stichproben mit Persön-

lichkeitsstörungen berücksichtigt, ergibt sich ein Median von 34 % (BRONISCH et al., 1994; CLARKIN et al., 1983; DERKSEN, 1990; FLICK et al., 1993; FRANCES et al., 1984; HERPERTZ et al., 1994; HYLER et al., 1990; HYLER et al., 1992; LEVITT et al., 1990; MEHLUM et al., 1991; MODESTIN et al., 1997; MOREY, 1988; ZANARINI et al., 1987).

1.3.2 Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Komorbiditätsforschung ist nach der Einführung operationalisierter Diagnostik expandiert. Sie kann langfristig zu einer Verbesserung der Einschätzung von Verlauf und Prognose führen. Die Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden in der vorliegenden Studie ausführlich dargestellt, da möglicherweise die Anzahl komorbider Störungen oder sogar spezifische Störungen ein Prädiktor für den Therapieerfolg sind. Störungsbilder, die nicht mit dem SKID erfasst werden können, wurden ausgeschlossen. Im Folgenden wird zunächst die insgesamt sehr gut dokumentierte Befundlage zu den Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt.

1.3.2.1 Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit psychischen Störungen

Die Angaben zur prozentualen Häufigkeit komorbider psychischer Störungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind in vielen Studien so lückenhaft, dass Mediane und Variationen sinnvoller Weise nicht errechnet wurden (vgl. zu allen zitierten Studien im Folgenden Tab. 11.2 und Tab. 11.3 im Anhang). Drei Studien sollen herausgegriffen werden, da darin vollständige Angaben vorhanden sind und eine ausreichend große Stichprobe untersucht wurde (ZANARINI et al., 1998a, 1989; ZIMMERMAN & MATTIA, 1999). Die Komorbiditätsraten dieser Studien finden sich in Tabelle 1.2. Bei ambulanten wie stationären Patientengruppen waren affektive, Angst- sowie Essstörungen im Vergleich zu den Kontrollpersonen mit anderen Persönlichkeitsstörungen häufiger. Substanzstörungen traten seltener als bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung auf, jedoch häufiger als bei anderen Persönlichkeitsstörungen (ZANARINI et al., 1989).

Tabelle 1.2
Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide psychische Störungen in drei ausgewählten Studien

Psychische Störungen	ZANARINI et al., 1998a		ZANARINI et al., 1989		ZIMMERMAN & MATTIA, 1999			
	lifetime stationär		lifetime ambulant		lifetime		ambulant aktuell	
	N = 379	%	N = 50	%	N = 59	%	N = 59	%
Affektive Störungen	365	96	50	100				
Major Depression	314	83	39	78	42	71	36	61
Dysthymie	146	39	50	100	7	12	7	12
Bipolar I					5	9	5	9
Bipolar II	36	10	0	0	7	12	5	9
Substanzabhängigkeit	243	64	42	84				
Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit	198	52	33	66	33	56	7	12
Drogenmissbrauch/ Abhängigkeit	175	46	35	70	26	44	2	3
Psychotische Störungen	5	2	0	0	3	5	3	5
Angststörungen	335	88	12	24				
Panikstörung	181	48	3	6	1	2	1	2
Agoraphobie	46	12	5	10	20	34	18	31
Soziale Phobie	174	46	1	2	28	48	25	42
Einfache Phobie	120	32	5	10	13	22	12	20
Zwangsstörung	59	16	0	0	15	25	12	20
Posttraumatische Belastungsstörung	212	56			27	49	21	36
Generalisierte Angststörung	51	14	0	0	8	14	8	14
Somatoforme Störungen	39	10	2	4	12	20	12	20
Somatisierungsstörung	16	4	2	4	3	5	3	5
Hypochondrie	18	5	0	0	5	9	5	9
Somatoforme Schmerzstörung	16	4			3	5	3	5
Essstörung	201	53	7	14	17	29	10	17
Anorexia nervosa	79	21	3	6	2	3	0	0
Bulimia nervosa	97	26	4	8	7	12	2	3
Essstörung NNB	99	26			9	15	8	14

[Legende: NNB = Nicht näher bezeichnet.]

Weiterhin zeigte sich in der bisher größten Stichprobe (ZANARINI et al., 1998a) ein Geschlechtseffekt: Männer mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wiesen nämlich Substanzstörungen häufiger auf. Umgekehrt erfüllten Frauen häufiger die Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung sowie die der Essstörungen. Tabelle 1.3 zeigt die aus verschiedenen Studien berechneten Mediane und Variationsbereiche der Anzahl komorbider psychischer Störungen oder Persönlichkeitsstörungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung für ein stationäres oder ambulantes Setting im Einzelnen. Die Anzahl psychischer Störungen aktuell und lifetime liegt im Median über 4.

1.3.2.2 Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit anderen Persönlichkeitsstörungen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist häufig mit weiteren Persönlichkeitsstörungen verbunden, nach der Übersicht von WIDIGER et al. (1991) insbesondere mit der histrionischen-, der antisozialen-, der selbstunsicher-vermeidenden- und der schizotypen Persönlichkeitsstörung. Die Raten schwanken in Abhängigkeit von der Stichprobenwahl und Selektionsfaktoren, insbesondere dem sozioökonomischen Status. Beispielsweise findet sich eine Komorbidität zwischen der Borderline- und der antisozialen Persönlichkeitsstörung von ungefähr 14 % mit Ausnahme der Studien von COID (1993) und DE JONG et al. (1993), die knapp 50 % beschreiben. COID führte die Studie in einem forensischen Hospital durch; die Arbeitsgruppe von DE JONG in einer spezialisierten Klinik für Substanzstörungen. Umgekehrt wird zwischen antisozialer- und Borderline-Persönlichkeitsstörung in den meisten Studien eine Komorbiditätsrate von 10 bis 25 % berichtet, wenn auch hier einige Studien mit besonders hoher Rate ausgeschlossen werden (ZANARINI & GUNDERSON, 1997). Patientenkollektive mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen in Studien im stationären (BECKER et al., 2000; COID, 1993; DE JONG et al., 1993; DAHL, 1986; PFOHL et al., 1986; STUART et al., 1998; ZANARINI et al., 1987) wie im ambulanten Setting (CLARKIN et al., 1983; COMTOIS et al., 1999; FLICK et al., 1993; FRANCES et al., 1984; MEHLUM et al., 1991; NURNBERG et al., 1991; ZANARINI et al., 1998b) eine hohe Variationsbreite in der prozentualen Häufigkeit aller komorbiden Persönlichkeitsstörungen. Tabelle 1.4 gibt einen Überblick über diese Komorbiditätsraten (vgl. zu weiteren Details der Studien Tab. 11.4 im Anhang).

Tabelle 1.3

Anzahl psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Anzahl der Störungen	Stationäres Setting					Ambulantes Setting					Gesamt				
	Nr.	Total	Median	Min	Max	Nr.	Total	Median	Min	Max	Nr.	Total	Median	Min	Max
Psychische Störungen															
life time	4	601	2,81	1,78	5,11	2	109	7,59	7,51	7,68	6	710	4,24	1,78	7,68
aktuell	2	126	4,75	1,36	8,13	6	248	5,54	1,88	29,67	8	388	5,54	1,36	29,67
Persönlichkeitsstörungen	9	711	5,88	0,61	10,63	6	190	5,45	2,00	6,25	16	1072	4,99	0,60	10,63

[Legende: Gesamt = Auswertung der Studien im stationären und ambulanten Setting sowie Studien, die aus beiden Bereichen Patienten rekrutiert haben; Nr. = Anzahl der untersuchten Stichproben; Total = Anzahl der untersuchten Patienten; Md = Median (%); Min = Minimum (%); Max = Maximum (%).]

Tabelle 1.4

Prävalenz komorbider Persönlichkeitsstörungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung im stationären und ambulanten Setting

Persönlichkeitsstörungen	Stationäres Setting			Ambulantes Setting			Gesamt		
	Nr. = 9		Total = 711	Nr. = 6		Total = 190	Nr. = 16		Total = 1072
	Md (%)	Min (%)	Max (%)	Md (%)	Min (%)	Max (%)	Md (%)	Min (%)	Max (%)
Cluster A									
Paranoid	8	0	49	12,5	3	42	12,5	0	49
Schizoid	0	0	11	2	0	6	5	0	11
Schizotyp	21	7	50	4,5	3	40	17	3	50
Cluster B									
Histrionisch	31	15	82	18,5	2	36	29	2	82
Narzistisch	16	5	54	15,5	4	18	16	4	54
Antisozial	23	13	49	4	0	8	13,5	0	49
Cluster C									
Selbstunsicher-vermeidend	29	5	46	15,5	5	42	26,5	2	46
Dependent	34	3	58	13,5	7	16	22	3	58
Zwanghaft	9	0	32	2,5	0	33	8,5	0	33
Negativistisch	25	0	61	0	0	10	11,5	0	61

[Legende: Gesamt = Auswertung der Studien im stationären und ambulanten Setting sowie Studien, die aus beiden Bereichen Patienten rekrutiert haben; Nr. = Anzahl der untersuchten Stichproben; Total = Anzahl der untersuchten Patienten; Md = Median (%); Min = Minimum (%); Max = Maximum (%).]

In der bisher größten Stichprobe von ZANARINI et al. (1998b) ergaben sich im Vergleich zu den in Tabelle 1.4 angegebenen Medianen andere prozentuale Häufigkeiten: Paranoide-, selbstunsicher-vermeidende- und dependente Persönlichkeitsstörung waren die häufigsten komorbiden Störungen auf der Achse-II. Außerdem zeigte sich in dieser Studie ein Geschlechtseffekt: Männer erfüllten häufiger die Kriterien der paranoiden-, negativistischen-, narzisstischen- und antisozialen Persönlichkeitsstörung. Damit ist die Anzahl komorbider Persönlichkeitsstörungen erheblich. Personen mit einer Persönlichkeitsstörung besitzen eine höhere Wahrscheinlichkeit, auch die Kriterien einer zweiten und weiterer zu erfüllen. Im Median haben Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weitere vier Persönlichkeitsstörungen (vgl. Tab. 1.3).

1.3.2.3 Komorbidität anderer psychischer Störungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung

130 Studien wurden ausgewertet, um das Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Stichproben anderer psychischer Störungen abzuschätzen. Die Auswertung versucht das Setting zu berücksichtigen, da erwartet werden kann, dass die Komorbiditätsraten im stationären höher als im ambulanten Bereich liegen. Tabelle 1.5 gibt auf der folgenden Seite einen Überblick über berechnete Mediane sowie die Variationsbreite der Komorbiditätsraten für die verschiedenen Störungen.

1.3.2.3.1 Komorbidität bei affektiven Störungen

Die Komorbidität bei Patienten mit Major Depression Disorder in Studien mit stationärem Setting scheint höher zu liegen als im ambulanten Bereich. Stationär ergibt sich ein Median von 20,5 % (BELLODI et al., 1992; FAVA et al., 1996; O'BOYLE & SELF, 1990; PFOHL et al., 1984; ZIMMERMAN et al., 1991; vgl. zu den zitierten und folgenden Studien die Tab. 11.5 im Anhang), ambulant dagegen einer von 13 % (ALNÆS & TORGERSEN, 1989; ALNÆS & TORGERSEN, 1997; JOYCE et al., 1994; MAURI et al. 1992; PEPPER et al., 1995; REICH & NOYES, 1987; SANDERSON et al., 1992; SHEA et al., 1987; SULLIVAN et al., 1994; ZANARINI et al., 1990; ZLOTNICK et al., 2001). FAVA et al. (1996) konnten zeigen, dass in einer Patientengruppe mit Major Depression vor Beginn des 18. Lebensjahres mehr Personen die Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen als in einer mit späterem Auftreten der Störung.

Tabelle 1.5

Komorbidität anderer psychischer Störungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung im stationären und ambulanten Setting

Psychische Störungen	Stationäres Setting					Ambulantes Setting					Gesamt				
	Nr.	Total	Md (%)	Min (%)	Max (%)	Nr.	Total	Md (%)	Min (%)	Max (%)	Nr.	Total	Md (%)	Min (%)	Max (%)
Major Depression	6	565	20,5	10	25	11	1189	13	0	19	17	1750	14	0	25
Dysthymie						5	267	24	8	24					
Bipolar-II						2	106	20	13	27					
Double Depression						2	73	22,5	16	29					
Panik/Agoraphobie	2	126	9	6	12	13	948	6	0	25	15	1074	6	0	25
Soziale Phobie						6	286	2	0	6					
Zwangsstörung	5	230	3	0	9	7	393	3	0	19	12	623	3	0	19
Schmerzstörungen						3	268	15	0	15					
Generalisierte Angstst.						5	237	4	0	11					
Schizophrenie	2	75	16	14	18										
Alkoholabhängigkeit	4	689	21,5	17	27	2	71	17,5	16	19	8	870	20	16	27
Opiatabhängigkeit	2	138	37	35	39	3	754	15	9	23	7	1394	23	6	39
Kokainabhängigkeit	3	174	34	6	34	3	502	18	11	20	6	676	19	6	34
Substanz (gemischt)											7	1635	21	6	30
Anorexia nervosa	5	191	24	14	45	2	181	9	8	10	7	372	20	8	45
Bulimia nervosa	4	194	36	20	60	13	737	18,5	2	48	17	881	21	2	60
Binge Eating Disorder						3	266	9	7	14					

[Legende: Gesamt = Auswertung der Studien im stationären und ambulanten Setting sowie Studien, die aus beiden Bereichen Patienten rekrutiert haben; Nr. = Anzahl der untersuchten Studien; Total = Anzahl der untersuchten Patienten; Md = Median (%); Min = Minimum (%); Max = Maximum (%).]

Dies deckt sich mit Studien der Kinder- und Jugendpsychiatrie (GRILO et al., 1997; GRILO et al., 1996): Die prozentuale Häufigkeit bei Adoleszenten lag im Vergleich zu dem berechneten Median von 20,5 % für Erwachsene bei über 30 %. Bei zusätzlichem Vorliegen des weiblichen Geschlechts oder einer Substanzstörung stieg die Häufigkeit auf über 70 bzw. 80 %. Die Geschlechterdifferenz lässt sich möglicherweise auf die in Kapitel 1.2 angesprochenen Ursachen zurückführen. JERSCHKE et al. (1998) fanden in ihrer Untersuchung eine zweigipflige Verteilung der Erstmanifestation der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Eine Gruppe zeigte bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten, die zu einem stationären Aufenthalt führten; eine zweite wurde im Durchschnitt mit 24 Jahren erstmalig behandelt. Die höhere Prävalenz in adoleszenten Stichproben mit Major Depression könnte also in der Erstmanifestation begründet sein.

Die Komorbidität bei Dysthymie, Bipolar-II-Störung oder Double Depression kann nur im ambulanten Bereich abgeschätzt werden. Für die Dysthymie ergibt sich ein Median von 24 % (ALNÆS & TORGENSEN, 1989; FAVA et al., 1992; MARKOWITZ et al., 1992; PEPPER et al., 1995; SANDERSON et al., 1992), für die Bipolar-II-Störung einer von 20 % (PRESLOW et al., 1995; VIETA et al., 2000) und für die Double Depression schließlich einer von 22,5 % (PEPPER et al., 1995; SANDERSON et al., 1992).

1.3.2.3.2 Komorbidität bei Substanzstörungen

Bei Studienergebnissen in Kollektiven mit Substanzstörungen muss berücksichtigt werden, dass meistens eine häufig vorkommende Substanzstörung herausgegriffen wird, obwohl weitere komorbide Substanzstörungen vorliegen können. Außerdem überschneiden sich die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit denen der Substanzstörungen. Wurde das diagnostische Kriterium der Impulsivität ausgelassen, ergaben sich niedrigere Komorbiditätsraten (DE JONG et al., 1993; NACE et al., 1983; ROUNSAVILLE et al., 1998). WEISS et al. (1993) stellten bei Kokainabhängigkeit fest, dass sich die Häufigkeit betroffener Personen in der drogenfreien Phase allerdings kaum veränderte. Substanzinduzierte Persönlichkeitsveränderungen können allerdings erst nach anhaltender Abstinenz und genauer Kenntnis der Biographie von den ähnlichen Mustern bei Persönlichkeitsstörungen unterschieden werden (TYRER et al., 1997).

Auch bei Berücksichtigung dieser Einschränkungen scheint die Komorbiditätsrate der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Substanzstörungen insgesamt trotzdem ausgeprägt zu sein (vgl. zu den folgenden Studien die Tab. 11.6 bis 11.10 im Anhang). Stationäre Pa-

tientengruppen mit Opiatabhängigkeit weisen im Median zu 37 % die Kriterien auf (APTER et al., 1994; MALOW et al., 1989), ambulante zu 15 % (BROONER et al., 1993; KOSTEN et al., 1982; ROUSAR et al., 1994). Ohne Berücksichtigung des Settings ergibt sich insgesamt (unter Einschluss der Studien von CLERICI et al., 1989; KOKKEVI et al., 1989) ein Median von 23 %. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bei der Kokainabhängigkeit. Im stationären Setting liegt der Median der Komorbidität für diese Störung bei 34 % (KRANZLER et al., 1994; MALOW et al., 1989; WEISS et al., 1993), im ambulanten bei 18 % (BARBER et al., 1996; KLEINMAN et al., 1990; MARLOWE et al., 1997). In Patientenkollektiven mit Alkoholabhängigkeit scheint das Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu den erstgenannten Substanzstörungen etwas geringer zu sein. Stationär findet sich ein Median von 21,5 % (DE JONG et al., 1993; JONSDOTTIR-BALDURSSON & HORVATH, 1987; MORGENSTERN et al., 1997; NACE et al., 1983), ambulant einer von 17,5 % (NURNBERG et al., 1993; TOUSIGNANT & KOVESS, 1989). Unter Einschluss der Studien von HAVER & DAHLGREN (1995) und SUZUKI et al. (1993) erhält man einen Median von 20 %. In Studien zu gemischten Substanzstörungen ergibt sich ein Median von 21 % ohne Berücksichtigung des Settings (BALL et al., 1997; BUNIA & SMOLE, 1997; NACE et al., 1991; POLING et al., 1999; ROUNSAVILLE et al., 1998; SKINSTAD & SWAIN, 2001; SKODOL et al., 1999). Ähnliche Medianwerte für die genannten Substanzstörungen geben VERHEUL et al. (1995) und TRULL et al. (2000) an. Weiterhin scheint eine hohe Komorbidität der Substanzstörungen mit der antisozialen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu bestehen (BARBER et al., 1996; BROONER et al., 1993; KOSTEN et al., 1982; ROUSAR et al., 1994; SKINSTAD & SWAIN, 2001). Diese Personen konsumieren im Vergleich zu anderen Patienten mit Substanzstörungen häufiger unterschiedliche Substanzen und unternehmen häufiger Suizidversuche (NACE et al., 1983; TOUSIGNANT & KOVESS, 1989). Bei Narkotikakonsum fanden KHANTZIAN & TREECE (1985) allerdings mit 7 % eine wesentliche geringere Rate der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

1.3.2.3.3 Komorbidität bei Angststörungen und der Zwangsstörung

Die Komorbiditätsraten bei Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen sind im Vergleich zu affektiven Störungen und Substanzstörungen wesentlich geringer. Bei Panikstörung mit und ohne Agoraphobie fand sich im stationären Setting ein Median von 9 % (HOFFART et al., 1994; SCIUTO et al., 1991; vgl. zu den zitierten und folgenden Studien die Tab. 11.11 im Anhang), im ambulanten einer von 6 % (AMPOLLINI et al., 1997; BROOKS et al., 1991;

CRINO & ANDREWS, 1996; DIAFERIA et al., 1993; DREESEN et al., 1994a; DREESEN et al., 1994b; FRIEDMAN et al., 1987; GREEN & CURTIS, 1988; JANSEN et al., 1994; MAURI et al., 1992; REICH & NOYES, 1987; RENNEBERG et al., 1992; SANDERSON et al., 1994b). Ähnliches gilt auch für die soziale Phobie (CRINO & ANDREWS, 1996; JANSEN et al., 1994; MERSCH et al., 1995; SANDERSON et al., 1994b; SKODOL et al., 1995; TURNER et al., 1991) und die generalisierte Angststörung (GASPERINI et al., 1990; MANUSCO et al., 1993; MAURI et al., 1992; SANDERSON et al., 1994a, b), die beide nur im ambulanten Setting untersucht worden sind. Bei diesen Störungsbildern ergaben sich Mediane von 2 bzw. 4 %. Für die Zwangsstörung fand sich unabhängig von stationärer (BAER et al., 1992; RONCHI et al., 1992; SCIUTO et al., 1991; STANLEY et al., 1990; WINKELMANN et al., 1994; vgl. zu den zitierten und folgenden Studien die Tab. 11.12 im Anhang) oder ambulanter Behandlung (BAER et al., 1990; BLACK et al., 1993; CRINO & ANDREWS, 1996; SAMUELS et al., 2000; SANDERSON et al., 1994b; THOMSEN et al., 1993; TORRES & DEL PORTO, 1995) eine mediane Rate von 3 %. In Studien zur posttraumatischen Belastungsstörung wurden bisher nur Kriegsveteranen systematisch untersucht (BOLLINGER et al., 2000; SOUTHWICK et al., 1993). Die angegebenen Komorbiditätsraten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung variieren unter stationären Bedingungen zwischen 6 und 83 %. Erhebungen prämorbidier Persönlichkeitsstile oder -störungen vor Traumatisierungen sind bisher nicht erfolgt, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich um Persönlichkeitsveränderungen nach massiver Traumatisierung handelt (FIEDLER, 2001).

1.3.2.3.4 Komorbidität bei Essstörungen

Die Komorbiditätsstruktur der Essstörungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat bereits in der Vergangenheit vielfaches Interesse gefunden (HERZOG et al., 1995; POPE et al., 1987; ROSENVINGE et al., 2000; SANSONE et al., 2000). Ebenso wie bei den Erhebungen von Substanzstörungen muss darauf hingewiesen werden, dass sich die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit denen der Anorexia nervosa des binge/purge Typus und der Bulimia nervosa überschneiden und deshalb Komorbiditätsraten überschätzt werden können (POPE & HUDSON, 1989).

Die Bulimia nervosa ist mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung eng assoziiert (ROSENVINGE et al., 2000; SKODOL et al., 1993; vgl. zu folgenden Studien Tab. 11.13 im Anhang). Dies zeigt sich auch an einer Stichprobe von Studentinnen einer Einführungsveranstaltung für Psychologie. Diejenigen, die die Kriterien der Bulimia nervosa erfüllten, wiesen zu 35 % zusätzlich die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (SCHMIDT &

TELCH, 1990). Für die Bulimia nervosa ergab sich in den ausgewerteten Studien im Median eine Komorbiditätsrate von 36 % im stationären (AMES-FRANKEL et al., 1992; BRAUN et al., 1994; SCHMITZ, 1989; SUNDAY et al., 1993) und von 18,5 % im ambulanten Setting (AMES-FRANKEL et al., 1992; BULIK et al., 1997; CAROLL et al., 1996; HERZOG et al., 1991, 1992, 1995; MCCANN et al., 1991; POPE et al., 1987; POWERS et al., 1988; ROSSITER et al., 1993; STEIGER et al., 1993, 1994, 2000; ZANARINI et al., 1990). Wird im ambulanten Bereich zusätzlich zur Bulimia nervosa eine komorbide Substanzstörung diagnostiziert, steigt die prozentuale Häufigkeit auf den Wert des stationären Bereiches (BULIK et al., 1997; WIESEMAN et al., 1999). Sind lifetime die Kriterien zweier Essstörungen erfüllt, zeigt sich ebenfalls eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BRAUN et al., 1994; GARTNER et al., 1989; HERZOG et al., 1992; SCHMITZ, 1989).

Die Komorbiditätsraten der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei der Anorexia nervosa sind etwas geringer. Im stationären Setting fand sich ein Median von 24 % (BRAUN et al., 1994; GARTNER et al., 1989; PIRAN et al., 1988; SCHMITZ, 1989; WONDERLICH et al., 1990), im ambulanten einer von 9 % (HERZOG et al., 1992, 1995). Vier Studien (BRAUN et al., 1994; PIRAN et al., 1988; HERZOG et al., 1992, 1995) lassen eine Differenzierung zwischen den Typen der Anorexia nervosa zu: Bei Patientinnen mit restriktivem Typus liegt der Median bei 0 % (Min = 0; Max = 10; N = 136), bei Patientinnen mit binge/purge Typus bei 10 % (Min = 7; Max = 66; N = 179).

Aussagen zur Binge Eating Disorder können bisher nur für ambulante Bedingungen gemacht werden. Hier liegt der Median bei 9 % (TELCH & STICE, 1998; WILFEY et al., 2000; YANOWSKI et al., 1993; vgl. zu den zitierten und folgenden Studien die Tab. 11.14 im Anhang). Bei Patienten mit Übergewicht, die eine chirurgische Behandlung aufsuchten, zeigte sich dagegen eine Rate von 30 % (BLACK et al., 1992; LARSEN, 1990; SANSONE et al., 1996).

1.3.2.3.5 Komorbidität bei weiteren psychischen Störungen

Komorbiditäten bisher nicht aufgeführter psychischer Störungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind wesentlich schlechter untersucht. Stationäre Patienten mit Schizophrenie weisen in zwei Studien eine mediane Rate von 16 % auf (HOGG et al., 1990; JACKSON et al., 1991; vgl. zu den zitierten und folgenden Studien die Tab. 11.15 im Anhang). In einer Studie von ROST et al. (1992) fanden sich unter ambulanten Patienten mit Somatisierungsstörung 11 %, die zusätzlich die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeits-

störung aufwiesen. In Studien zu chronischen Schmerzstörungen ergab sich ein Median von 15 % (MONTI et al., 1998; POLATIN et al., 1993; REICH et al., 1983), wenn die Studie von SANSONE et al. (2001) aufgrund der kleinen Stichprobe unberücksichtigt bleibt. Studien zu dissoziativen Störungen weisen nur kleine Kollektive auf, doch scheint die Komorbiditätsrate eher hoch zu sein (SAXE et al., 1993; STEINBERG et al., 1991).

1.3.3 Zusammenfassung zu Prävalenz und Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Insgesamt geben ältere Untersuchungen etwas geringere Prävalenzraten im stationären wie ambulanten Setting an. WIDIGER & FRANCES (1989) schätzten in ihrer Analyse, dass etwa 11 % der Patientinnen im ambulanten und 19 % im stationären Setting die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen. Gegenwärtig kann nicht entschieden werden, ob die Inzidenz der Störung ansteigt. Möglicherweise spiegelt sich in den höheren Raten eine zunehmende Bereitschaft der Fachleute wider, nach der Einführung und Etablierung einer operationalisierten Diagnostik diese Diagnose auch zu stellen. Obwohl die Borderline-Persönlichkeitsstörung nur mit knapp über 1 % in der Allgemeinbevölkerung auftritt, ist das Störungsbild ein bedeutendes Problem in der Gesundheitsversorgung.

In Stichproben mit Borderline-Persönlichkeitsstörung waren affektive-, Angst- und Essstörungen im Vergleich zu Kontrollgruppen mit anderen Persönlichkeitsstörungen häufiger. Männer wiesen mehr Substanzstörungen auf, Frauen häufiger Essstörungen bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Anzahl komorbider psychischer Störungen betrug insgesamt im Median 4 mit einer Variationsbreite von 6. Aussagen hinsichtlich der Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander sind aufgrund der hohen Variationsbreite kaum zu machen. Im Mittel hatten die Patientinnen 5 weitere Persönlichkeitsstörungen mit einer Variationsbreite von 10.

In allen Stichproben anderer psychischer Störungen trat eine komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Die Häufigkeiten unterscheiden sich jedoch in Abhängigkeit vom Setting und der jeweiligen Störung. Etwa jede fünfte Person im Erwachsenenalter mit einer affektiven Störung erfüllte auch die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ausnahmen bestanden bei ambulanten Patienten mit Major Depression, die nur zu ungefähr 13 % diese Kriterien zeigten, und bei Adoleszenten im stationären Bereich mit Häufigkeiten über 30 %. Eine zusätzliche Substanzstörung in der Adoleszenz verdoppelte die Wahrscheinlichkeit. Insgesamt wiesen über 30 % der stationären Patienten mit Kokain-

oder Opiatabhängigkeit die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, im ambulanten Setting im Gegensatz dazu über 15 %. In Kollektiven mit Alkoholabhängigkeit lagen die Raten bei 20 %. Außerdem bestand eine höhere Komorbidität bei Substanzstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Eine Ausnahme bildeten Personen mit Narkotikakonsum. Die prozentuale Häufigkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Patientengruppen mit Angststörungen lag dagegen unter 6 % (vgl. PHILLIPS et al., 2001). Ausnahme scheint hier die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie zu sein (SKODOL et al., 1995). Bisher gibt es keine Studie zu Komorbiditätsraten bei Traumatisierten durch Vergewaltigung und sexuellen Missbrauch, die die in Kapitel 1.3 genannten Kriterien erfüllen. Untersuchungen an Kriegsveteranen berücksichtigen die Persönlichkeit vor der Traumatisierung nicht, so dass neben der hohen Variation ihrer Ergebnisse auch letztlich unklar bleibt, wie hoch die prämorbid Prävalenz in diesem Kollektiv ist. Generell ergab sich eine höhere Komorbiditätsrate bei Essstörungen im stationären Setting. In Patientenkollektiven mit Bulimia nervosa fiel im stationären Setting mit 36 % die höchste mediane Rate im Vergleich zu 24 % bei der Anorexia nervosa auf. Unter ambulanten Bedingungen lagen die Komorbiditätsraten der Anorexia nervosa und der Binge Eating Disorder unter 10 %, die der Bulimia nervosa bei knapp 20 %. Im Vergleich der anorektischen Typen trat der impulsive Typ häufiger mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Die Wahrscheinlichkeit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhöht sich weiterhin bei Komorbidität einer Essstörung und einer Substanzstörung sowie einer zweiten Essstörung lifetime. Zu anderen psychischen Störungen sind weitere Studien erforderlich, um die Auftretenswahrscheinlichkeit genauer abschätzen zu können. In den bisherigen Untersuchungen zur Schizophrenie, Somatisierungsstörung und zur somatoformen Schmerzstörung ergaben sich Prävalenzraten von über 10 %.

1.4 Prognose und Verlauf

Aussagen über Prognose und Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung können nur mit Hilfe von behandelten Personen gemacht werden. Das durchschnittliche Lebensalter bei Erstmanifestation lässt sich gegenwärtig nicht festlegen, wobei bereits mit dem 14. Lebensjahr die Kriterien für das Störungsbild erfüllt sein können (JERSCHKE et al., 1998). Die Störung zeichnet sich durch eine erhebliche Chronifizierung aus: Vier bis sieben Jahre nach der Ersterhebung erfüllten 57 bis 67 % der Betroffenen weiterhin die diagnostischen Kriterien (POPE et al., 1983), nach 15 Jahren waren es noch 44 % (MCGLASHAN, 1986; vgl. auch LINEHAN & HEARD, 1999). Es muss damit von einer geringen Spontanremission ausgegangen werden. Ab dem vierzigsten Lebensjahr scheint sich die Symptomatik jedoch zu reduzieren (PARIS, 1993; PERRY, 1993).

Häufige suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen sind unter den oben genannten diagnostischen Kriterien besonders hervorzuheben. Nach einer Literaturübersicht von LINEHAN et al. (1995) erfüllten in sechs ausgewerteten Studien 2 bis 38 % der Personen mit vollendetem Suizid die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei Suizidversuchen waren es 26 % (SUOMINEN et al., 1996). Adoleszente mit Suizidversuch wiesen eine Rate von über 50 % auf (CRUMLEY, 1979). Umgekehrt kamen bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in 69 bis 80 % selbstverletzende Verhaltensweisen vor (CLARKIN et al., 1983; COWDRY et al., 1985; GUNDERSON, 1984), vollendete Suizide in 5 bis 10 % der untersuchten Personen (FRANCES et al., 1986). Gemäß der Übersicht von LINEHAN et al. (1995) haben bis zu 76 % mindestens einen Suizidversuch unternommen. Risikofaktoren für Suizidversuche waren in einer Studie von SOLOFF et al. (1994) höheres Lebensalter, Anzahl vorausgegangener Suizidversuche, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung, hohe Impulsivität und Depressivität. Als weiterer Faktor können Selbstverletzungen gelten (SHEARER et al., 1988). Depressivität war in mehreren Studien zudem ein Prädiktor für geringeren Therapieerfolg (COMTOIS et al., 1999; GOODMAN et al., 1998; HUDZIAK et al., 1996; SOLOFF et al., 1994). Aus diesen Risikofaktoren werden die Ansatzpunkte für eine langfristig effektive Behandlung bereits deutlich. Wenn komorbide Störungen sowie suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen eine prädiktive Bedeutung für den Verlauf haben, so sollten sie auch direkt Gegenstand der Behandlung dieser Persönlichkeitsstörung werden.

2 Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Aufgrund der Komorbiditäten und der Prognose gilt die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als große Herausforderung. Die Schwierigkeiten in der herkömmlichen psychiatrischen Behandlung verdeutlichen einige Studien, die die Krankengeschichte ausgewertet haben (BENDER et al., 2001; CLARKE et al., 1995; PERRY & COOPER, 1985; PHILLIPS et al., 2001; SKODOL et al., 1983; SOLOFF, 1998; vgl. die Auswertungen von LINEHAN & HEARD, 1999). Im Vergleich zu Kontrollgruppen zeichnete sich diese Patientengruppe durch folgende Merkmale aus:

- häufigere und länger anhaltende stationäre Aufenthalte,
- spezielle und aufwendigere Krisenmanagements während dieser Aufenthalte,
- häufiger Beginn einer ambulanten Psychotherapie,
- geringer Therapieerfolg sowie häufige Abbrüche – auch seitens der Therapeuten,
- häufig erfolglose Behandlungen mit *allen* psychopharmakologischen Klassen und
- häufigere Nutzung psychosozialer Dienste.

Patientinnen mit komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung profitieren wesentlich weniger von störungsspezifischen Behandlungskonzepten als Patientengruppen ohne diese Persönlichkeitsstörung. Dies gilt für die Behandlung affektiver Störungen (ALNÆS & TORGENSEN, 1997; PHILLIPS & NIERENBERG, 1994), der einzelnen Substanzstörungen (BUNIA & SMOLE, 1997; LINEHAN et al., 1999; KOSTEN et al., 1989; MARLOWE et al., 1997; NACE et al., 1986), der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa (AMES-FRANKEL et al., 1992; HERZOG et al., 1991; STEIGER et al., 1993), aber auch der Angst- (PHILLIPS et al., 2001) und der Zwangsstörungen (BAER et al., 1992). Außerdem respondiert diese Patientengruppe schlechter auf eine antidepressive Pharmakotherapie, die angesichts der hohen Depressivität häufig eingesetzt wird (JOYCE et al., 1994; PFOHL et al., 1984).

Die psychotherapeutische Behandlung der Kernsymptomatik dieser Persönlichkeitsstörung orientierte sich lange Zeit an psychodynamischen Konzeptionalisierungen. Allerdings gibt es dazu bis heute nur zwei kontrollierte Studien (Überblick: DAMMANN et al., 2000). MUNROE-BLUM & MARZIALI (1988) verglichen in einer Studie psychodynamisch orientierte Gruppentherapie mit herkömmlicher Einzeltherapie. Im Therapieerfolg unterschieden sich die Gruppen nicht. Die Abbruchquote war in der Gruppentherapie geringer. In der bislang einzigen kontrolliert randomisierten Studie stellten BATEMAN & FONAGY (1999) eine herkömmlich psychiatrische und eine 18-monatige teilstationäre Behandlung gegenüber. Letztere umfasste eine psychodynamisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie mit

Supervision. Nach der teilstationären Phase erfolgte eine ebenso lange ambulante psychodynamisch orientierte Behandlung mit insgesamt 180 Sitzungen. Die untersuchten Gruppen bestanden jeweils aus 19 Personen. Nach sechs Monaten reduzierte sich die Zahl der Suizidversuche und Selbstverletzungen in der Experimentalgruppe. Auch die Dauer stationärer Aufenthalte konnte in dieser Gruppe ab dem gleichen Zeitpunkt konstant auf durchschnittlich vier Tage verringert werden. In der Kontrollgruppe gab es keine Veränderung hinsichtlich parasuizidaler Verhaltensweisen. Die Dauer stationärer Behandlungen verdoppelte sich fast. Die Ausprägung der Depressivität und der allgemeinen Symptombelastung ging ausschließlich in der Experimentalgruppe in den letzten neun Monaten zurück, blieb aber im klinisch auffälligen Bereich. Diese differenzierte Betrachtung zeigt, dass trotz einer spezifischen Ausbildung und intensiver Behandlung mit hohen Kosten, der Therapieerfolg eher gering blieb. Eine herkömmlich psychiatrische Behandlung ist jedoch eindeutig unzureichend.

Diese bislang als mangelhaft zu bezeichnende Versorgungssituation für Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt auch für Deutschland. Etwa 80 % aller Betroffenen suchen zwar gemäß einer Studie von JERSCHKE et al. (1998) therapeutische Unterstützung, ca. 75 % brechen jedoch die herkömmliche Behandlung ab. Die direkten Kosten der Behandlung belaufen sich nach den in dieser Studie vorgenommenen Schätzungen jährlich auf ca. 24.000 DM (12.240 €) pro Patient, davon 22.000 DM (11.220 €) für stationäre Aufenthalte. Legt man eine Prävalenzrate von ungefähr 1 % zu Grunde, entspricht dies einer Summe von 6 Mrd. DM (3.060.000.000 €) für die Behandlung dieser Störungsgruppe im Jahr bzw. 15 % des Gesamtbudgets für psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung.

Die anfallenden Kosten, die schweren Beeinträchtigungen der Betroffenen sowie die Schwierigkeiten der Behandelnden machen ein spezielles Behandlungskonzept, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung *und* komorbide psychische Störungen fokussiert, dringend notwendig. Nach einer Übersicht über kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte (Kap. 2.1) werden die dialektische Verhaltenstherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kap. 2.2) und das adaptierte Behandlungskonzept in Lübeck (Kap. 2.3) vorgestellt.

2.1 Kognitiv-behaviorale Konzepte zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Bereich der Verhaltenstherapie bestanden lange Zeit große Vorbehalte gegenüber der

kategorialen Klassifikation, insbesondere hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen (vgl. u.a. LIEB, 1998). Infolgedessen setzte eine Konzeptualisierung im Vergleich zu psychodynamischen Therapieformen erst später ein. 1981 legte MILLON einen ersten verhaltenstheoretischen Erklärungsansatz von Persönlichkeitsstörungen auf der Grundlage der biosozialen Lerntheorie vor (vgl. auch SHEA, 1996; SCHMITZ, 1999). Seit Mitte der 80er Jahre wurden dann behavioral orientierte Konzepte von der Arbeitsgruppe um TURKAT veröffentlicht (LIEBOWITZ et al., 1986; TURKAT & LEVIN, R.A., 1984; TURKAT & MAISTRO, 1985; TURKAT, 1990). Etwas später erschienen Einzelfallberichte zur Konzeption und Behandlung einzelner Persönlichkeitsstörungen aus kognitiver Perspektive (FLEMING, 1988; PRETZER, 1988; YOUNG & SWIFT, 1988). Zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wurde die Kognitive Therapie der Depressionen (BECK et al., 1979) weiterentwickelt und modifiziert (BECK et al., 1990). Zur gleichen Zeit erschienen aber auch andere Konzepte kognitiv orientierter Theoretiker (SAFRAN & SEGAL, 1990; YOUNG, 1990). Zu allen genannten Ansätzen wurden hinsichtlich Konzeption und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zahlreiche Einzelfallstudien veröffentlicht (DAVIDSON & TYRER, 1996; MAYS, 1985; PERRIS, 1994; TURNER, 1989; YOUNG & LINDEMANN, 1992; YOUNG & SWIFT, 1988, für das stationäre Setting von DAVIS & CASEY, 1990), so kürzlich auch im deutschsprachigen Raum (GEIBEL-JAKOBS & KOPPENHÖVER, 2000; WALTZ & TRAUTMANN-SPONSEL, 1999).

Aus der theoretischen Perspektive der Kognitiven Therapie nach BECK entwickelten ARNTZ (1994) und LAYDEN et al. (1993) eine ausführliche Therapieplanung. Von kognitiven Vertretern wird bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine längere Behandlungsdauer, eine höhere Wahrscheinlichkeit des Therapieabbruchs und ein geringerer Therapieerfolg erwartet (ARNTZ, 1994; BURNS & NOLEN-HOEKSEMA, 1992; MAYS, 1985). Kontrollierte Studien liegen bis heute jedoch nicht vor.

Besondere Erwähnung muss der Ansatz von TURNER (1987, 1989) finden, der mehrere Gemeinsamkeiten mit dem dialektisch-behavioralen Konzept von LINEHAN (1993a, b) aufweist. TURNER (1989) nimmt ebenfalls als Grundlage ein biosoziales Modell der Borderline-Persönlichkeitsstörung an. Den biologischen, kognitiven und behavioralen Ebenen des Modells werden verschiedene Behandlungsstrategien zugeordnet. Diese beinhalten Medikation, Exposition mit Reaktionsverhinderung, kognitive Umstrukturierung sowie ein Training sozialer Kompetenzen (TURNER, 1987). Die Behandlung erfolgt in der Kombination von einer Gruppen- und zwei Einzeltherapien in einer Woche über einen Zeitraum von 12 Monaten. Behandlungsstrategien und Behandlungsstruktur werden in der dialektischen

Verhaltenstherapie wesentlich spezialisiert, sind bei TURNER jedoch schon zu Grunde gelegt worden. Im Folgenden soll nun die dialektische Verhaltenstherapie vorgestellt werden.

2.2 Die dialektische Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die dialektische Verhaltenstherapie („dialectical behavior therapy“ [DBT]) wurde zur ambulanten Behandlung chronisch suizidaler Frauen von MARSHA M. LINEHAN entwickelt. Sie führte die Bezeichnung „dialektisch“ ein, nachdem sie mit ihrem Team ihre eigene therapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung ausgewertet hatte (LINEHAN, 1993a). In der systematischen Beobachtung fiel ein schneller und flexibler Wechsel zwischen einer Reihe von direkten, respektlosen oder konfrontativen Interventionen und einem Wärme, Akzeptanz und Empathie vermittelnden Stil in Abhängigkeit von dem Verhalten der Patientinnen auf. Aus dieser Erfahrung setzte sie sich mit der dialektischen Philosophie (KEGAN, 1982) auseinander, die Veränderungsprozesse als Integration von Gegensätzen beschreibt. Widersprüche und Unvereinbarkeiten in der Wirklichkeit erzeugen Spannungen, die schrittweise neue Lösungen hervorbringen. In dialektischer Terminologie gesprochen entsteht neben der These eine Antithese, die Spannungen erzeugen und zu einer Synthese streben. Diese Synthese wird wieder zur These, die eine zweite Antithese hervorrufen wird, so dass ein kontinuierlicher Wandel einsetzt.

Seit der ersten Veröffentlichung 1987 wurde das Konzept der dialektischen Verhaltenstherapie von der Arbeitsgruppe in zahlreichen Publikationen vorgestellt und diskutiert (COMTOIS et al., 1999; IVANOFF et al., 2001; HEARD & LINEHAN, 1993, 1994; KOERNER & LINEHAN, 1992, 1997, 2000; LINEHAN, 1987a, 1987b, 1987c, 1989a, 1992, 1997a, 1997b, 1999a, b; LINEHAN et al., 1989; LINEHAN & KEHRER, 1993; LINEHAN & HEARD, 1999; LINEHAN et al., 1999; MCLEOD et al., 1992; MCMAIN et al., 2001; POLLACK et al., 1990; ROBINS et al., 2001; ROBINS & KOONS, 2000; ROBINS, 1999; SHEARIN & LINEHAN, 1989, 1994; WAGNER & LINEHAN, 1997; WALTZ, 1994; WALTZ & LINEHAN, 1999; WASSON & LINEHAN, 1993). DBT ist gegenwärtig die einzige störungsspezifische Therapieform, die als ausreichend evaluiert erscheint (LINEHAN et al., 1991, 1993, 1994, 1999; SHEARIN & LINEHAN, 1992) und in manualisiert Form vorliegt (LINEHAN, 1993a, b). Als einziges Behandlungskonzept für Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurde DBT auf einer von der APA akzeptierten ‚Liste empirisch validierter psychotherapeutischer Verfahren‘ als „probably efficacious“ bezeichnet (CRITS-CHRISTOPH, 1998).

Auch andere Autoren haben in der Vergangenheit das Konzept vorgestellt und erörtert

(ADAMS et al., 2001; ALLEN, 1997; BENJAMIN, 1997; COTTRAUX & BLACKBURN, 2001; FARRELL & SHAW, 1994; GABBARD & LAZAR, 1999; KATZ & LEVENDUSKY, 1990; MILLER, 1995; SWENSON, 1989; ZITTEL & WESTEN, 1998). Die American Psychological Association brachte im Jahre 2000 einen Band mit Artikeln verschiedener Autoren unterschiedlicher theoretischer Orientierung heraus, um das Konzept und den Stand bisheriger Forschung kritisch zu diskutieren (Clinical Psychology: Science & Practice, Vol. 7, No. 1, pp. 68-119). Neuere Studien wenden die DBT auf andere Störungen, Personengruppen oder Settings an, so auf Binge Eating Disorder (TELCH, 1997; WISER & TELCH, 1999), Bulimia nervosa (SAFER et al., 2001), suizidale Jugendliche (MILLER et al., 1997; MILLER et al., 2000) und forensische Patienten (MCCANN & BALL, in press; LOW et al., 2001). Das Konzept wurde in den USA vielfach modifiziert und in der allgemeinen psychiatrischen Versorgung genutzt (FOX, 1998; HAMPTON, 1997; HAWKINS & SINHA, 1998; KERN et al., 1997; MARSCHKE, 1997; MCKEEGAN et al., 1993; SILK et al., 1994; SIMPSON et al., 1998; SWALES et al., 2000; SWENSON et al., 2001). Inzwischen liegen auch Befunde hinsichtlich der Anwendung des ursprünglich ambulanten Konzepts im stationären Bereich vor (BARLEY et al., 1993; BOHUS et al., 2000a, SPRINGER et al., 1996).

Im deutschsprachigen Raum folgten der ersten Veröffentlichung LINEHANS 1989 mehrere Überblicksartikel (LINEHAN, 1989b, 1994, 1996; COMTOIS et al., 2000) sowie Darstellungen anderer Autoren (BOHUS, 2002, 2001, 2000; BOHUS & BERGER, 1996; BOHUS & HAAF, 2001; DAMMANN et al., 2000). Inzwischen wird das Konzept auch in der psychiatrischen Versorgung umgesetzt (vgl. u.a. BOHUS et al., 1996; GUNIA et al., 2000). Zudem ist ein therapeutisches Netzwerk gebildet worden.

Die dialektische Verhaltenstherapie legt ein Störungsmodell und ein umfassendes ambulantes Behandlungskonzept vor. In der folgenden Darstellung soll zuerst auf die biosoziale Theorie eingegangen werden (Kap. 2.2.1), die durch drei typische bipolare Verhaltensdimensionen charakterisiert wird (Kap. 2.2.2) und als theoretische Grundlage für das Behandlungskonzept dient. Die Beschreibung des Konzepts gliedert sich in Behandlungsstruktur (Kap. 2.2.3.1), Therapiephasen (Kap. 2.2.3.2) sowie Behandlungsstrategien (Kap. 2.2.3.3). Schließlich werden die bisherigen Forschungsergebnisse dargestellt und diskutiert (Kap. 2.2.4).

2.2.1 Die biosoziale Theorie als Grundlage der dialektischen Verhaltenstherapie

Die biosoziale Theorie kann inzwischen als ein Rahmenkonzept gelten, in das verschiedene Befunde unterschiedlicher Forschungsrichtungen eingeordnet werden können. Im Sinne transaktionaler Ansätze werden von LINEHAN (1993a) für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine *invalidierende Umwelt* als Stressor und eine *emotionale Vulnerabilität* als Prädisposition postuliert, die sich wechselseitig beeinflussen.

2.2.1.1 Die invalidierende Umwelt

LINEHAN (1993a) fasst den psychosozialen Einfluss unter dem Begriff der *invalidierenden Umwelt* zusammen. Invalidierung beschreibt eine Interaktion zwischen den Betroffenen und wichtigen Bezugspersonen, die in früheren Lebensabschnitten emotionale Erfahrungen bestraft, bagatellisiert oder nicht beachtet haben. Gefühle wurden abgewertet oder mangelnde Motivation bzw. Disziplin attribuiert. Empirisch gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung korrespondieren mit dieser Annahme: Neben dem weiblichen Geschlecht sind körperliche und sexualisierte Gewalt, insbesondere wenn der Täter mit einer primären Bezugsperson identisch ist, Vernachlässigung sowie Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter zu nennen (ZANARINI et al., 1997). Ambulant behandelte Kinder mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten zu 37 % die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung, allerdings berichteten 79 % von traumatischen Ereignissen (FAMULARO et al., 1991). Die Rate sexuellen Missbrauchs bei Borderline-Persönlichkeitsstörung beträgt in kontrollierten Studien 26 bis 71 % und die physischer Misshandlungen 42 bis 71 % (GAST, 2000). Ein direkter Zusammenhang zwischen der Rate sexuellen Missbrauchs und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann jedoch post hoc nicht hergestellt werden (FIEDLER, 2001; ZWEIG-FRANK & PARIS, 1997; vgl. dagegen REDDEMANN & SACHSSE, 2001). Weitere Studien weisen auf einen frühen Zeitpunkt einer Traumatisierung hin (DE BELLIS et al., 1999; TEICHER et al., 1997). Auch das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit gewährt und die Wahrnehmung sowie die Emotionen der Betroffenen bestätigt, scheint ein Risikofaktor zu sein (HEFFERNAN & CLOITRE, 2000). Möglicherweise werden die von LINEHAN (1993a) angenommenen schrittweisen Internalisierungen invalidierender Äußerungen hierdurch erleichtert und widersprüchliche Schemata gebildet (vgl. BOHUS, 2000).

2.2.1.2 Die emotionale Vulnerabilität

Aufgrund klinischer Beobachtungen nahm LINEHAN (1993a) mit Bezug auf COID (1993) eine Störung der Emotionsregulation an: Eine erhöhte Sensitivität für emotionale Reize führt zu plötzlichen starken Reaktionen, einer langsameren Rückkehr zum Ausgangsniveau bzw. einer langsameren Habituation an entsprechende Stimuli. Erste experimentelle Hinweise auf eine solche Störung ergeben sich aus einer Studie von HERPERTZ et al. (1997). Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gaben im Vergleich zu einer Kontrollgruppe beim Vorlesen einer belastenden Kurzgeschichte häufiger intensive Emotionen an. Die gleiche Arbeitsgruppe fand allerdings nach Präsentation von Fotos mit unterschiedlicher emotionaler Valenz keinen Unterschied in psychophysiologischen Parametern zwischen Kontrollpersonen, Personen mit einer Borderline- und Personen mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung (HERPERTZ et al., 1999; HERPERTZ et al., 2000).

Eine genetische Prädisposition für eine Störung der Emotionsregulation kann wie bei LINEHAN (1993a) bisher nur vermutet werden. In einer Studie von TORGENSEN et al. (2000), die die Konkordanzrate monozygoter Zwillinge mit dizygoten vergleicht, konnten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung 69 % der Varianz durch den genetischen Faktor aufgeklärt werden. Allerdings wurde die hohe Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht berücksichtigt. Aus mehreren Familienstudien (LORANGER et al., 1982; SOLOFF & MILLWARD, 1983; ZANARINI et al., 1988) wurden zwar Hinweise auf hereditäre Faktoren abgeleitet, soziale Einflussfaktoren können aber in diesen Studien nicht von genetischen getrennt werden, so dass die Aussagekraft gering ist (Übersicht: TORGENSEN, 2000).

Morphologische, funktionelle oder neurophysiologische Untersuchungen des ZNS bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen auf Auffälligkeiten im (prä)frontalen Kortex und im limbischen System hin, lassen aber spezifischere Aussagen gegenwärtig nicht zu (Übersicht: GÖDECKE-KOCH & EMRICH, 2001; KOENIGSBERG & SIEVER, 2000). Beispielsweise fanden DRIESSEN et al. (2000), dass das Volumen des Hippokampus um 16 %, das der Amygdala um 8 % im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe reduziert war. Allerdings kann ein direkter Zusammenhang zu stressprovozierenden Bedingungen in der Biographie nicht hergestellt werden. Zudem wurde die Komorbidität nicht berücksichtigt. In Studien zur posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch ergaben sich ähnliche Befunde (BREMNER et al., 1999, 1997). HERPERTZ et al. (2001) berichten in einer Pilotstudie mit 6 Patientinnen mit Borderline-

Persönlichkeitsstörung, dass während einer Präsentation von Fotos mit unterschiedlicher emotionaler Valenz im Vergleich zu Kontrollpersonen im fMRI eine bilaterale Aktivierung der Amygdala auffiel. Gleiches konnte aber auch bei der Zwangsstörung (BREITER et al., 1996) und der posttraumatischen Belastungsstörung (RAUCH et al., 1996) gezeigt werden, so dass die Aktivierung der Amygdala auf eine allgemein erhöhte Reagibilität auf emotionale Stimuli bei psychischen Störungen hinweisen könnte. Von LINEHAN (1993a) postulierte intrauterine oder postnatale Faktoren wurden bisher nicht untersucht.

Möglicherweise muss die Störung der Emotionsregulation noch anders konzeptionalisiert werden. Ausgehend von den invalidierenden Erfahrungen nimmt BOHUS (2000) eine Aktivierung widersprüchlicher Schemata an, die zu einem Anstieg der psychophysiologischen Anspannung führten. Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe erlebten Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger, intensiver und länger aversive Anspannungen, ohne Emotionen differenzieren zu können (STIGLMAYR et al., 2001). Während dieser Anspannung scheinen die Schmerzwahrnehmung vermindert und dissoziative Prozesse erhöht zu sein (BOHUS et al., 2000b; KEMPERMAN et al., 1997). Betroffene geben einen höheren Grad an Dissoziation als andere Patientengruppen an (ZWEIG-FRANK et al., 1994a, b). Aufgrund intensiver anhaltender Emotionen, undifferenzierter Spannungszustände oder dissoziativer Zustände kommt es gemäß LINEHAN (1993a) zu suizidalen, parasuizidalen oder anderen impulsiven Verhaltensweisen (Übersicht: SACHSSE, 2000 zu anderen theoretischen Erklärungsmodellen). Empirische Befunde können diese Annahme unterstützen. Patientinnen mit Substanzstörungen und komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung berichteten häufiger von Substanzkonsum zur Emotions- und Spannungsregulation als Patientinnen ohne dieser Persönlichkeitsstörung (KRUEDELBACH et al., 1993). Unabhängig von der Diagnose scheint selbstverletzendes Verhalten mit dissoziativen Phänomenen zu korrelieren (ZLOTNICK et al., 1999). Dies gilt insbesondere für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BRODSKY et al., 1995; SOLOFF et al., 1994; SHEARER, 1994; KEMPERMAN et al., 1997; SPITZER et al., 2000; Übersicht: GERSHUNY & THAYER, 1999). BOHUS (2001) nimmt deshalb eine prädisponierte Neigung zu dissoziativen Zuständen an, die Lernprozesse verhindert und die oben genannten widersprüchlichen Schemata aufrechterhält. Wenn also dissoziative Prozesse eine aufrechterhaltende Bedingung für Schemata und selbstverletzendes Verhalten sind, dann sollte die Dissoziation einen Prädiktor für einen geringeren Therapieerfolg bilden.

2.2.2 *Die drei dialektischen Dilemmata als Folge der biosozialen Theorie*

Die emotionale Vulnerabilität wirkt sich auch auf das Verhalten der Betroffenen aus. Nach klinischer Beobachtung postulierte LINEHAN (1993a) drei Dilemmata, in denen Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verharren und die kurz beschrieben werden sollen:

1. *Emotionale Vulnerabilität versus Selbst-Invalidierung*

Wird die eigene emotionale Vulnerabilität von den Betroffenen anerkannt, so resultiert daraus große Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Gleichzeitig kann Wut auf andere auftreten, die scheinbar kein Verständnis für den psychischen Schmerz aufbringen und keine Bemühungen zeigen, den Betroffenen zu helfen. Mangels gelernter Fertigkeiten zur Emotionsregulation entfremden sich Betroffene von ihren eigenen Emotionen und ihrem Motivsystem. Sie übernehmen Merkmale der invalidierenden Umwelt und beginnen, sich selbst zu invalidieren. Dabei reagieren sie affektiv mit Scham, Schuld oder Wut auf ihre eigenen Emotionen. Kognitiv herrschen Selbstkritik, Selbstbestrafung und unrealistische Zielsetzungen vor.

2. *Aktive Passivität versus scheinbare Kompetenz*

Aus den mangelhaften Fertigkeiten zur Emotionsregulation, der emotionalen Vulnerabilität und der Erfahrung, trotz erheblicher Anstrengungen zu versagen, entwickeln Betroffene intensive emotionale Reaktionen auf drohende oder erlittene Verluste von Bezugspersonen. Sie erleben sich als absolut unfähig, eigene Probleme zu lösen. Infolgedessen erwarten sie die Problemlösung von anderen und fordern sie vehement ein. Tatsächlich vorhandene Kompetenzen, die in Interaktion mit der invalidierenden Umwelt eine Ausprägung über dem Standard einer nicht-klinischen Population erreichen können, generalisieren nicht über Situationen und Stimmungen hinweg. Fehleinschätzungen der Kompetenzen führen zu weiteren Invalidierungen; Erwartungen an die soziale Umwelt werden enttäuscht.

3. *Permanente Krise versus gehemmte Trauer*

Die häufigen Krisen resultieren aus traumatischen Ereignissen und Verlusten, mangelhaften interpersonellen Fertigkeiten oder unangemessenen Bewältigungsversuchen. Die bereits oben beschriebenen Dilemmata und ihre Konsequenzen intensivieren die Krisen. Die Betroffenen versuchen, stark belastende Emotionen zu hemmen und zu meiden. Die notwendige Trauerarbeit wird häufig mit Verweis der Betroffe-

nen auf die emotionale Vulnerabilität verhindert. Ein Teufelskreislauf zwischen (kognitiver) Vermeidung und kurzzeitiger Aktivierung entsteht.

Die jeweils zuerst genannten Merkmale der Dilemmata lassen sich nach LINEHAN (1993a) auf die emotionale Vulnerabilität zurückführen; die zuletzt genannten Merkmale beziehen sich auf die Konsequenzen der invalidierenden Umwelt. Die Betroffenen bewegen sich zwischen den Polen hin und her, unfähig zu einer ausgewogenen Position oder Integration. Diese Dilemmata führten zu der Entwicklung einer „dialektischen“ Gesprächsführung, nach der diese Form der Verhaltenstherapie bezeichnet wurde.

2.2.3 Das Behandlungskonzept der dialektischen Verhaltenstherapie

Die Behandlung komplexer Störungen – wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung - bedarf einer multimodalen Behandlungsstruktur mit verschiedenen Therapiephasen zur systematischen Bearbeitung hierarchisierter Problembereiche sowie spezifischen den Phasen zugeordneten Strategien und Methoden (BOHUS, 2000; LINEHAN, 1993a, 1999a, b).

2.2.3.1 Die Behandlungsstruktur der dialektischen Verhaltenstherapie

Das ambulante Konzept hat folgende Behandlungsstruktur:

- Eine Einzeltherapie, die sich über einen Zeitraum von zwei Jahren mit ein bis zwei Wochenstunden erstreckt,
- ein einmal wöchentlich stattfindendes Fertigkeitentraining in der Gruppe über sechs Monate oder ein Jahr,
- vereinbarte Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten in akuten Krisen und
- eine wöchentliche Supervisionsgruppe zur Unterstützung der Therapeuten, insbesondere zur Burn-out-Prophylaxe (vgl. dazu FRUZZETTI et al., 1997).

Das Fertigkeitentraining besteht aus vier Modulen (Achtsamkeit, Emotionsregulation, interpersonelle Wirksamkeit, Stresstoleranz), die manualisiert vorliegen (LINEHAN, 1993b). Gelernte Fertigkeiten werden in der Einzeltherapie individuell angepasst. Inhaltlich gliedert sich der Ablauf der Therapie in vier Therapiephasen mit verschiedenen Behandlungszielen und -strategien.

2.2.3.2 Die Therapiephasen der dialektischen Verhaltenstherapie

Die Therapiephasen sind hierarchisch aufeinander aufgebaut, so dass deren Reihenfolge im Behandlungsverlauf unbedingt eingehalten werden sollte. Sie werden im Überblick genannt und anschließend einzeln beschrieben.

<i>1. Vorbereitungsphase</i>	
1.1	Diagnostik
1.2	Aufklärung und Zustimmung über die Behandlung
1.3	Motivations- und Zielanalyse
<i>2. Erste Therapiephase</i>	
2.1	Verringerung von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen
2.2	Verringerung therapiegefährdender Verhaltensweisen
2.3	Verringerung von Lebensqualität beeinträchtigendem Verhalten
2.4	Training alternativer Verhaltensfertigkeiten
<i>3. Zweite Therapiephase</i>	
3.1	Verringerung der posttraumatischen Symptomatik
3.2	Verringerung der gehemmten Trauer
<i>4. Dritte Therapiephase</i>	
4.1	Aufbau und Förderung der Selbstachtung
4.2	Anstreben individueller Ziele der Patientinnen
4.3	Reintegration in den Alltag

1. In der *Vorbereitungsphase* werden Informationen über die psychische Störung und die Behandlungsbedingungen vermittelt. Das ausführliche diagnostische Gespräch dient nicht nur der Erhebung von Problembereichen, sondern auch der Entpathologisierung typischer Verhaltensmuster und der Etablierung einer therapeutischen Beziehung. Die Durchführung von Telefonkontakten in akuten Krisen wird mit dem Einzeltherapeuten vereinbart. Eine genaue Analyse früher erfolgter Therapieabbrüche sowie früherer suizidaler und parasuizidaler Verhaltensweisen sollte bereits in dieser ersten Phase in detaillierten Verhaltens- und Bedingungsanalysen durchgeführt werden, um Frühwarnzeichen gemeinsam erkennen und Gegenmaßnahmen einsetzen zu können. Die psychoedukative Vorbereitung sowie die Vereinbarungen sind motivational unbedingt notwendig, um die erste lange und belastende Therapiephase erfolgreich anschließen zu können.
2. In der *ersten Therapiephase* werden die vereinbarten Problembereiche schrittweise bearbeitet. Die einzelnen Problem- und Zielbereiche der Therapiephase sind hierarchisch nach ihrer Priorität für den Behandlungsverlauf geordnet. Wann immer eine höher angeordnete

Verhaltensweise oder ein Verhalten, das höher angeordnetes Verhalten auslöst, auftreten, *muss* dieser Problembereich vorgezogen und bearbeitet werden. Typische Problembereiche werden unter zu Hilfenahme eines Wochenprotokolls selbst beobachtet. Suizidabsichten und -drohungen sowie Selbstverletzungen ohne suizidale Intentionen werden als inadäquate Problemlösestrategien gewertet, deren Funktionalität in detaillierten Verhaltens- und Bedingungsanalysen erarbeitet wird. Therapiegefährdende Verhaltensweisen (feindseliges oder aggressives Verhalten, Terminversäumnisse, Verweigerung der Mitarbeit) und Verhalten, das die Lebensqualität schwer beeinträchtigt (Substanzmissbrauch, finanzielle Probleme, kriminelles oder antisoziales Verhalten, Vernachlässigung medizinisch notwendiger Behandlung, Promiskuität), werden nach ausführlicher Verhaltens- und Bedingungsanalyse schrittweise verringert. Gleichzeitig muss Alternativverhalten im Fertigkeitentraining und der Einzeltherapie aufgebaut werden. Ziel der ersten Therapiephase ist es, die emotionale Belastbarkeit zu erhöhen, eine stabile therapeutische Beziehung herzustellen sowie anhaltende Verbesserungen in den individuellen Problembereichen durch Verhaltenskontrolle zu erreichen. Damit werden die Voraussetzungen für die folgende Therapiephase geschaffen, die den Behandlungsschwerpunkt auf die Emotionskontrolle legt.

3. Erst in der *zweiten Therapiephase* werden erlittene sexuelle, physische oder emotionale Misshandlungen sowie Vernachlässigungen thematisiert. Die Patientinnen werden angeleitet, dissoziative Zustände im Selbstmanagement zu reduzieren. Dies ist die Voraussetzung für Expositionen mit intensiven Emotionen und anschließender Reaktionsverhinderung durch die in Phase 1 gelernten Fertigkeiten.
4. Die *dritte Therapiephase* betont die Integration der erlernten Fertigkeiten in den Alltag. Bisher noch fehlende Generalisierungen der Fertigkeiten über Stimmungen hinweg werden angestrebt. Individuelle Ziele der Patientinnen sollen entwickelt und umgesetzt werden, um die Selbstwirksamkeit und Handlungen nach eigenen Werten zu fördern. Der innere Dialog wird zugunsten der Selbstachtung modifiziert.

2.2.3.3 Die Behandlungsstrategien der dialektischen Verhaltenstherapie

Die klinische Beobachtung der beschriebenen dialektischen Dilemmata haben zu einer Integration verschiedener Elemente aus unterschiedlichen Therapieformen geführt. Ursprünglich wollte LINEHAN (1993a) die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung nach dem Problemlösemodell von GOLDFRIED & DAVIDSON (1976) anwenden. In der systematischen Beobachtung fiel aber ein rascher Wechsel zwischen kognitiv-behavioralen

Methoden und der Verwirklichung der Basisvariablen gemäß der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie auf. Später arbeitete sie (mit Bezug auf ROGERS & TRUAX, 1967) spezifische Validierungsstrategien aus (LINEHAN, 1997b) und integrierte zusätzliche Zen-Übungen zur inneren Achtsamkeit in die Behandlung. Damit wird, im Unterschied zur kognitiven, in der dialektischen Verhaltenstherapie der Akzeptanz und Funktionalität von Problemverhalten im Therapieprozess besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Akzeptanz wird als Voraussetzung für eine Veränderung angesehen. Ziel ist es im Sinne eines dialektischen Prozesses, eine Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz in der Gesprächsführung herzustellen. LINEHAN (1993a) unterscheidet Basisstrategien, die in jeder Therapiephase ihre Anwendung finden und Ausdruck der therapeutischen Grundhaltung sind, von spezifischen Strategien, die nach vorangegangener Verhaltens- und Bedingungsanalyse indiziert sind.

- Zu den Basisstrategien gehören die *dialektischen Strategien* (Metaphern, Geschichten, paradoxe Interventionen), die anhaltend widersprüchliche Prozesse und Phänomene fokussieren und dazu führen sollen, dass die Betroffenen Widersprüche ertragen, das dichotome Denken erkennen und schrittweise aufgeben können.
- Die *Validierungsstrategien* berücksichtigen den Wunsch nach unbedingter Wertschätzung der Person und bestätigen die subjektive Sicht- und Erlebnisweise (LINEHAN, 1997b). Sie vermitteln radikale Akzeptanz des gegenwärtigen Erlebens und Verhaltens sowie dessen Funktionalität und eröffnen erst damit die Möglichkeit für die Anwendung spezifischer Strategien zur Veränderung des gegenwärtigen Zustands. Der Therapeut versucht eine *Balance* zwischen Validierung und den folgenden Veränderungsstrategien zu erreichen.
- Ausgehend von detaillierten Verhaltens- und Bedingungsanalysen, die die Betroffenen schrittweise selbständig durchführen, werden die verhaltenssteuernden Konsequenzen modifiziert. Dieses *Kontingenzmanagement* gelingt nur nach grundlegender Aufklärung mit Einverständnis und unter Mitwirkung der Patientinnen, da sonst der Einsatz von Löschung oder aversiven Konsequenzen nicht akzeptiert wird. Die Betroffenen müssen lernen, zwischen ihrer Person und den Verhaltensweisen zu differenzieren.
- *Expositionen mit anschließender Reaktionsverhinderung* versuchen, den Teufelskreis zwischen Vermeidung und kurzzeitiger Aktivierung der Emotionen zu unterbrechen. Bei der Förderung des Erlebens, Akzeptierens und Ausdrückens situationsadäquater Emotionen müssen dissoziative Zustände, kognitive Vermeidung und dysfunktionale Grundannahmen besondere Beachtung finden. Aufgeschobene Reaktionen nach der

Therapie, besonders parasuizidale Verhaltensweisen, sollen durch Vereinbarungen und ausreichende Hilfestellung verhindert werden.

- Die *kognitive Umstrukturierung* bei der Behandlung dieses Störungsbildes muss berücksichtigen, dass dysfunktionale Grundannahmen und Regeln auf dem Hintergrund traumatischer Erlebnisse als Bewältigungsstrategien entstanden sind. Sie zeichnen sich deshalb durch erhebliche Rigidität aus und können nur mit häufiger Validierung modifiziert werden.

2.2.4 Bisherige Forschungsergebnisse zur dialektischen Verhaltenstherapie

LINEHAN et al. (1991) untersuchten 47 ambulante Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R, die mindestens zwei parasuizidale oder suizidale Handlungen in der Vorgeschichte unternommen hatten (Überblicke: KOERNER & LINEHAN, 2000; SCHEEL, 2000; SHEARIN & LINEHAN, 1994). Die Patientinnen wurden randomisiert zwei Gruppen zugeordnet, die entweder nach den Richtlinien der DBT (N = 24) oder nach einer unspezifischen Einzeltherapie von Psychiatern oder nicht-ärztlichen Therapeuten (N = 23) über ein Jahr behandelt wurden. Gruppenunterschiede bestanden vor Behandlungsbeginn nicht. Nach vier Monaten zeigte sich eine Überlegenheit der mit DBT behandelten Gruppe: Die Anzahl der Therapieabbrüche sowie die Häufigkeit und der Schweregrad (para)suizidaler Handlungen waren signifikant geringer. Im weiteren Verlauf ergaben sich Unterschiede zugunsten der DBT-Gruppe in den Bereichen Ärger, soziale Integration und stationäre Verweildauer. Anhand der zweiten Kohorte (N = 26) konnten LINEHAN et al. (1994) zeigen, dass Patientinnen der DBT-Gruppe im Umgang mit Ärger sowie in interpersonellen Fertigkeiten, in Fremd- und Selbsteinschätzung signifikant besser abschnitten. Die Effekte blieben in mehreren Reanalysen mit der Gesamtpopulation gemäß KOERNER & LINEHAN (2000) auch dann bestehen, wenn die Anzahl der telefonischen und therapeutischen Kontakte mit dem Therapeuten berücksichtigt wird. Gleiche Ergebnisse ergeben sich auch, wenn die von Linehan persönlich behandelten Patientinnen (N = 5) herausgenommen oder ausschließlich Patientinnen berücksichtigt werden, die durchgehend Psychotherapie in der DBT behandelten Gruppe (N = 20) und der Kontrollgruppe (N = 9) erhalten hatten. Auch die Sitzungsanzahl der Einzeltherapien und die ambulante Stundenzahl waren keine Prädiktoren für die Reduktion parasuizidaler Verhaltensweisen – wie HOFFMAN (1993) vermutete (LINEHAN & HEARD, 1993).

In der Katamnese konnten 39 Patientinnen hinsichtlich (para)suizidaler Handlungen untersucht werden, alle weiteren Daten lagen nur für die zweite Kohorte vor (LINEHAN et al., 1993). Im ersten halben Jahr nach Beendigung der Therapie zeichnete sich die mit DBT behandelte Gruppe durch geringere (para)suizidale Handlungen, Abnahme von Ärger sowie im Ausbau der sozialen und beruflichen Integration aus. Im zweiten Halbjahr bestand nur der Unterschied in der sozialen und beruflichen Integration weiter; stationäre Aufenthalte von Personen der DBT-Gruppe waren ebenfalls signifikant geringer.

Inzwischen wurde das Konzept auf Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit erfolgreich adaptiert (LINEHAN et al., 1997, 1999). Zusätzlich zur herkömmlichen DBT wurden spezifische Therapieziele bezüglich Substanzkonsum, motivationale Strategien, ein Programm zur Substanzsubstitution, dreimal wöchentliche Urinanalysen und eine Einzelfallbetreuung ergänzt. 28 Patientinnen wurden nach der Durchführung semistrukturierter diagnostischer Interviews randomisiert zwei Gruppen zugewiesen. In der mit DBT behandelten Gruppe konnte die Einnahme von Substanzen während des Behandlungsjahres und in der Katamnese nach einem Jahr signifikant reduziert werden. In dieser Gruppe gab es weniger Therapieabbrüche, die soziale Integration und der Umgang mit Ärger waren besser. Folgende Kritikpunkte an den Studien ergaben sich und konnten inzwischen teilweise ausgeräumt werden:

- Eine standardisierte Diagnostik erfolgte in der Studie LINEHANS et al. (1991) ausschließlich mit dem DIB. Weitere komorbide Störungen wurden nicht angegeben. Substanzabhängigkeit war trotz der bekannten hohen Komorbidität mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ein Ausschlusskriterium der ersten Studie. In der Studie von LINEHAN et al. (1999) konnte allerdings gezeigt werden, dass bei Patienten mit Substanzabhängigkeit die DBT mit störungsspezifischen Modifikationen erfolgreicher im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung ist. Gegenwärtig läuft eine weitere Studie, die Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Opiatabhängigkeit einschließt (KOERNER & DIMEFF, 2000). Hinweise zur selektiven oder differentiellen Indikation bei den Patientinnen mit einer sehr heterogenen Kernsymptomatik und einer hohen Komorbidität gibt es bisher nicht.
- Die interne Validität der Studie von LINEHAN et al. (1991) wird durch verschiedene Faktoren gefährdet. In der Kontrollgruppe wurden die Behandlungsbedingungen nicht weiter spezifiziert oder vereinheitlicht. In der zweiten Kohorte erhielten nur 9 Personen der herkömmlichen Behandlung durchgehend Psychotherapie (LINEHAN et al., 1994), insgesamt waren 15 Therapeuten unterschiedlicher Ausbildung und Profession beteiligt. Die Patientinnen mussten die Behandlung bezahlen (LINEHAN & HEARD, 1993). In der mit DBT behandelten Gruppe führten die Einzeltherapien fünf Therapeuten mit einem Doktorgrad durch, davon vier Psychologen. In den Gruppentherapien waren dies Teams aus Psychologen mit einem Master als Abschluss und erfahrene Studenten. Alle erhielten regelmäßig Supervision nach den

DBT-Richtlinien (FRUZZETTI et al., 1997; LINEHAN et al., 1993a). Es gab mehrfach personelle Überschneidungen mit der Forschergruppe (LINEHAN et al., 1994). Auch wenn in den oben genannten Reanalysen besondere Fertigkeiten Linehans als Therapeutin als Faktor ausgeschlossen werden, könnten die Erfolge der DBT also auch weiterhin auf das besondere Engagement ihrer Arbeitsgruppe, das höhere Angebot von Supervision oder die Kosten für die Behandlung in der Kontrollgruppe zurückgeführt werden.

- Der Einfluss pharmakologischer Behandlung kann in der Studie von LINEHAN et al. (1991) nicht abgeschätzt werden. In der Kontrollgruppe könnte der medikamentöse Einfluss größer gewesen sein, da diese Gruppe u.a. von 5 niedergelassenen Psychiatern behandelt wurde und geringere Medikamentenraten in der mit DBT behandelten Gruppe berichtet wurden (LINEHAN et al., 1994). Insgesamt unterschieden sich die Gruppen aber am Ende der Behandlung hinsichtlich Medikation nicht, obwohl der Verzicht auf Medikation zugunsten von gelernten Fertigkeiten erklärtes Ziel der DBT ist (KOERNER & LINEHAN, 2000). In der Studie von LINEHAN et al. (1999) wurde allen Patientinnen eine Medikation angeboten bzw. wurde eine Substitution vorgenommen.
- In der Studie LINEHANS et al. (1991) ergaben sich hinsichtlich Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und Coping ein signifikanter Zeiteffekt, aber kein Haupt- oder Interaktionseffekt. Eine Person aus der mit DBT behandelten Gruppe beging während der Studie Suizid. LINEHAN et al. (1994; p. 1775) kommen selbst zu dem Schluss, dass ein Jahr Behandlung hilfreich, aber nicht ausreichend für diese Population war. Weitere Katamnesen zu späteren Zeitpunkten fehlen gegenwärtig.
- KOERNER & LINEHAN (2000) sowie KOERNER & DIMEFF (2000) berichten von Befunden unveröffentlichter Studien anderer Arbeitsgruppen, die eine Behandlung unter der Supervision LINEHANS durchgeführt haben. Diese Befunde unterstützen die Annahme einer Überlegenheit der DBT gegenüber einer herkömmlicher Behandlung. Zur Erhöhung der internen Validität sollte in Zukunft ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe durchgeführt werden, die konstant eine herkömmliche oder manualisierte Behandlung erhält. Ein Vergleich mit der kognitiv-behavioralen Therapie (LAYDEN et al., 1993) oder der ‚Transference-Focused-Therapy‘ (TFT; CLARKIN et al., 1999) bieten sich an. Am Karolinska-Institut in Stockholm und am Cornell Medical Center in New York wurden vergleichende Studien zwischen DBT und TFT gestartet. In einer noch laufenden Studie werden die oben genannten Faktoren, die die interne Validität in der ersten Studie beeinträchtigt haben, gemäß KOERNER & DIMEFF (2000) berücksichtigt. Eine Replikation der Befunde an einer anderen, größeren Stichprobe würde auch die Gefahr eines Fehlers erster Art ausschließen.
- Eine Dosis-Wirkungsbeziehung, die den hohen Aufwand einer Implementierung der gesamten Behandlungsstruktur rechtfertigen könnte, ist bisher nicht möglich. Effektstärken verschiedener Teile der Behandlungsstruktur (Einzeltherapie, Fertigkeitentraining, Module des Fertigkeitentrainings, Telefonkontakte) können nicht differenziert werden. LINEHAN (1993a, p. 25) selbst berichtet von einer unveröffentlichten Studie, in der von 19 Patientinnen mit herkömmlicher, bereits laufender Behandlung ein Teil zusätzlich randomisiert am Fertigkeitentraining teil-

Behandlung ein Teil zusätzlich randomisiert am Fertigkeitentraining teilnahm. Es zeigten sich nach einem Jahr keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Dies weist darauf hin, dass das Fertigkeitentraining, wenn es wirksam ist, nur in Kombination mit anderen Teilen der Behandlungsstruktur wirkt. Welche der Teile unbedingt für die Behandlung erforderlich sind, bleibt empirisch ungesichert.

- Bisher wurde der Prozessverlauf nur in einer Studie von SHEARIN & LINEHAN (1992) untersucht. In einem Zeitraum von sieben Monaten sollten vier Patient-Therapeut-Dyaden nach der Einzeltherapie die therapeutische Beziehung einschätzen. Diese Beurteilungen wurden mit der Anzahl von Selbstverletzungen und mit Suizidgedanken in Verbindung gebracht. Postulierte Zusammenhänge zwischen der dialektischen Gesprächsführung und dem Erfolgskriterium mussten in der Einzelfallanalyse verworfen, konnten dafür aber in der Gesamtanalyse angenommen werden. Allerdings wurden weder Beobachtungsverfahren zur Prozessanalyse auf der Mikroebene noch die Adherence-Scale von LINEHAN (1993a) zur empirischen Bestimmung der Manualtreue herangezogen. Effekte anderer Teile der Behandlungsstruktur wurden nicht berücksichtigt. Die dialektische Gesprächsführung erscheint daher gegenwärtig nicht ausreichend untersucht.
- In den Studien wurde nur die erste Therapiephase untersucht. Nach einem Behandlungsjahr erfüllte in der Studie von LINEHAN et al. (1991) keine Patientin die Voraussetzungen für die zweite Therapiephase. Die Reduktion posttraumatischer Ereignisse sowie die Steigerung der Selbstachtung sind konzeptionelle Ziele, die noch auf eine empirischen Überprüfung warten.

Die Anwendung des ursprünglich ambulanten Konzepts in einem stationären Setting wurde bisher nur in einer prospektiven Studie von BOHUS et al. (2000a) untersucht. Nach drei Monaten stationärem Aufenthalt konnte die depressive, dissoziative und allgemein psychische Symptomatik bei 24 Patientinnen hoch signifikant reduziert werden. Eine standardisierte Diagnostik und die Berücksichtigung der häufig vorkommenden Essstörungen fehlten. Patientinnen mit aktuell bestehender Substanzabhängigkeit wurden ausgeschlossen.

Drei weitere Studien untersuchten zwar eine Implementierung der DBT in ein stationäres Setting, veränderten aber das Konzept in erheblichem Maße. BARLEY et al. (1993) führten neben einer psychodynamisch ausgerichteten Einzeltherapie das Fertigkeitentraining der DBT, eine Basisgruppe und eine Hausaufgabengruppe ein. Eingeschlossen wurden 130 Patienten mit einer mittleren Behandlungsdauer von 100 Tagen. Zwar nahm die mittlere Anzahl parasuizidaler Handlungen nach der Implementierung im Vergleich zu vorher ab, doch konnte kein Unterschied zu einer allgemein psychiatrischen Station festgestellt werden. Die fehlende Randomisierung und das Design lassen keine weiteren Schlussfolgerungen zu.

MILLER et al. (1994) entwickelten eine täglich stattfindende Problemlösegruppe für hospitalisierte Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, die 45 Min. umfasste und die

Inhalte der DBT-Module gekürzt in sechs Wochen vermittelt. Nach zwei Jahren führten SPRINGER et al. (1996) eine kontrollierte Studie mit 31 Patienten, 13 mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, durch. Die Zufriedenheit der für zwei Wochen aufgenommenen Patienten war in dieser Gruppe im Vergleich zu Patienten einer Kontrollgruppe größer. Zwei von sechs Personen verletzten sich aber selber, obwohl sie diese Strategie bisher in ihrer Biographie nicht angewandt hatten. Wichtige Behandlungsstrukturen und Prinzipien der DBT wurden nicht eingehalten:

- Therapeuten waren nicht ausreichend in DBT trainiert;
- selbstverletzendes Verhalten wurde in der Gruppe besprochen;
- eine Integration gelernter Fertigkeiten in eine Einzeltherapie wurde nicht geleistet;
- der Zeitraum von sechs Wochen darf für eine bewältigungsorientierte Therapie als zu kurz angesehen werden.

EVANS et al. (1999) verglichen zwei Gruppen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Cluster B, die entweder an einer nur sechs Sitzungen dauernden, kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Problemlösegruppe mit Verhaltensanalyse, Strategien zur Stresstoleranz und Bibliothherapie teilnahmen oder einer herkömmlich psychiatrischen Behandlung zugeordnet wurden. In einer Katamnese nach sechs Monaten lag die Anzahl parasuizidaler Handlungen in der Problemlösegruppe tendenziell niedriger, ein signifikanter Unterschied ergab sich in der selbstbeurteilten Depressivität.

Insgesamt kann aufgrund der beschriebenen Studien festgehalten werden, dass die Wirksamkeit der dialektischen Verhaltenstherapie in der Behandlung der Kernsymptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorausgesetzt werden kann, die Effektivität in einer unselektierten Stichprobe aber noch nicht. Außerdem gibt es ausreichend Hinweise dafür, dass das ambulante Konzept so robust ist, dass es erfolgreich für das stationäre Setting modifiziert werden kann.

2.3 Das adaptierte Behandlungskonzept der Universitätsklinik Lübeck

An der Universitätsklinik Lübeck wurde 1999 damit begonnen, ein spezielles stationäres Behandlungskonzept für Patientinnen mit der Kombination von Essstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Im Unterschied zum bisherigen dialektisch-behavioralen Konzept werden im Lübecker Modell Essstörungen gleichrangig neben suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen an höchster Stelle der Hierarchie gestellt. Aus klinischer Erfahrung ist bekannt, dass in den herkömmlichen kognitiv-behavioralen Be-

handlungen von Essstörungen suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zunehmen. Wird umgekehrt die Reduktion suizidaler und parasuizidaler Verhaltensweisen wie in der herkömmlichen DBT angestrebt, so steigt häufig die Anzahl der Heißhungeranfälle mit und ohne gegensteuernde Maßnahmen. Außerdem werden gelernte Fertigkeiten aus dem Fertigkeitentraining von den Patientinnen unregelmäßig angewendet, da Heißhungeranfälle als alternative Bewältigungsstrategie der Spannungszustände genutzt werden. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa führt die ständige Beschäftigung mit Nahrung und die Mangelernährung zu einer Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit, so dass die Bearbeitung einzelner Problembereiche nur sehr eingeschränkt möglich ist. Bei dieser Patientengruppe ist die Anwendung gelernter Fertigkeiten zusätzlich abhängig vom bestehenden Gewicht, so dass bei einem höheren (Ziel-)Gewicht bereits gelernte Fertigkeiten nicht mehr abrufbar sind. Aufgrund dieser funktionalen Zusammenhänge werden im Lübecker Modell Essstörungen auf die gleiche Ebene wie suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen gehoben.

2.3.1 Die Behandlungsstruktur des adaptierten Behandlungskonzeptes

Die Struktur des ambulanten Konzeptes wurde wie folgt an das stationäre Setting adaptiert:

- Die dreimal wöchentlich durchgeführte strukturierte Gruppentherapie legt den Schwerpunkt auf die Förderung von Verhaltensfertigkeiten aus den Modulen Achtsamkeit, Emotionsregulation, interpersonelle Fertigkeiten und Stresstoleranz. Die Gruppentherapie kann aber auch von den Patientinnen für individuelle Anliegen genutzt werden. Zusätzlich wurden Module zur Förderung des Selbstmanagements (vgl. KANFER et al., 1996) und zur Behandlung komorbider Angststörungen nach gängigen Manualen eingebaut.
- In der einmal wöchentlich stattfindenden Einzeltherapie werden die erlernten Fertigkeiten auf die individuelle Situation der Patientinnen angepasst. Außerdem werden individuelle Schwierigkeiten behandelt.
- Patientinnen mit Essstörungen nehmen zu den Hauptmahlzeiten an der Tischgruppe sowie einmal wöchentlich an einer psychoedukativen Gruppentherapie teil.
- Der Erwerb und die Anwendung gelernter Fertigkeiten wird durch ein Bezugspflegesystem unterstützt. Die zweimal wöchentlich stattfindende Ergotherapie und weitere stationsspezifische Aktivitäten sollen ebenfalls der Generalisierung von Fertigkeiten und der Ressourcenaktivierung dienen.

- Schwierigkeiten, die die Lebensqualität vor dem stationären Aufenthalt beeinträchtigt haben, werden mit Unterstützung sozialarbeiterischer Beratung angegangen, so dass auch die poststationäre Reintegration gelingen kann.

2.3.2 Die Therapiephasen des adaptierten Behandlungskonzeptes

Die Inhalte der ambulanten Therapiephasen werden grundsätzlich auch für das stationäre Konzept übernommen. Veränderungen ergeben sich aus dem stationären Setting oder aus der Berücksichtigung der Essstörungen.

1. Die *Vorbereitungsphase* beginnt häufig vor der stationären Aufnahme, da bereits zuvor Vorgespräche mit Patienten durchgeführt und erste Informationen über die Behandlungsbedingungen vermittelt werden. Die zeitliche Festlegung auf durchschnittlich drei Monate Behandlungszeit schützt vor der Angst, bei raschen Therapiefortschritten entlassen zu werden. Viermaliges Fehlen in Folge in den einzelnen Therapien führt zu einer Behandlungspause von mindestens einer Woche. Weitere Vereinbarungen hinsichtlich der schrittweisen Reduktion therapiegefährdender Verhaltensweisen werden mit der Patientin individuell abgesprochen. Neben dem diagnostischen Erstgespräch findet eine standardisierte Diagnostik statt. Diese Informationen werden anschließend für ein Bedingungsmodell auf der Mikro- und der Makro-Ebene genutzt. Im Sinne des Selbstmanagement-Ansatzes von KANFER et al. (1996) werden auch individuelle Problem- und Zielbereiche vereinbart. Ein gemeinsam erarbeiteter Non-Suizid-Entschluss soll ermöglichen, dass die erste Therapiephase überhaupt beginnen kann.
2. Die *erste Therapiephase* dient der Reduktion der Essstörungen sowie der suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen.
3. In der *zweiten Therapiephase* wird die kognitiv-behaviorale Behandlung anderer komorbider Störungen angeschlossen. Dafür werden bestehende Manuale genutzt.
4. Die *dritte Therapiephase* verläuft während der stationären Behandlung bereits neben der ersten sowie zweiten Therapiephase und wird gegen Ende des stationären Aufenthaltes verstärkt. Die Verringerung belastender äußerer Faktoren vor der stationären Aufnahme und die Suche nach einer beruflichen Perspektive wird durch sozialarbeiterische Beratung unterstützt. Der Aufbau von angenehmen Aktivitäten ist Bestandteil der Einzeltherapie und verschiedener gemeinsamer Aktivitäten der Station. Damit wird auch ein Ausgleich zu den Belastungen der ersten und zweiten Therapiephase geschaffen.

Katrin, die schon in der Einleitung erwähnt wurde, erfüllte neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung zusätzlich bei Aufnahme die Kriterien einer leichten Major Depression und einer Bulimia nervosa. Nach einer anstrengenden Zeit von zwei Monaten hat sie gelernt, bei Anspannungen nicht mehr zur Rasierklinge zu greifen oder zu erbrechen. Sie besitzt jetzt andere Fertigkeiten, um ihre Emotionen auszuhalten. Akut hilft ihr beispielsweise ein ‚Cool-pack‘, das sie auf die Unterarme legt. Für längere Ausgeglichenheit hat sie das Fitness-Studio entdeckt. Mit Hilfe der Sozialarbeiterin konnte eine Ausbildung zur Industriekauffrau geplant werden. Diese Patientin konnte von dem beschriebenen Behandlungskonzept profitieren. Gilt dies auch für andere Patientinnen mit anderen Komorbiditäten? Dieser Frage soll nun im empirischen Teil dieser Arbeit nachgegangen werden.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Auf dem Hintergrund der bisherigen Erörterungen werden in diesem Kapitel die zentralen Fragestellungen und die zu überprüfenden Hypothesen abgeleitet. Schwerpunkt dieser Studie bildet dabei der Einfluss der Komorbidität auf und mögliche Prädiktoren für den Therapieerfolg. Damit müssen prozessurale Veränderungen, differentielle Aspekte und Erfolgsparameter berücksichtigt werden.

3.1 Fragestellungen

Die bisherigen Studien haben gezeigt, dass die dialektische Verhaltenstherapie im ambulanten Setting den herkömmlichen Behandlungen in der Reduktion typischer Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie in der Erhöhung des sozialen Funktionsniveaus überlegen ist. Es bleiben aber noch einige offene Fragen:

1. Angesichts der hohen Komorbiditäten ist eine standardisierte Diagnostik gemäß DSM-IV notwendig. Bisher wurden die Befunde von ZANARINI et al. (1998a, b) weder an einer kleineren Stichprobe repliziert noch die dialektische Verhaltenstherapie an unselektierten Kollektiven evaluiert. Welchen Einfluss haben die Komorbiditäten auf den Therapieerfolg?
2. Die dialektische Verhaltenstherapie scheint in der Behandlung der Kernsymptomatik auch im stationären Setting effektiv zu sein (BOHUS et al., 2000a), doch sollte dies an einer unselektierten Stichprobe untersucht werden. Kann die Ausprägung

der vielfältigen Problembereiche dieser komorbiden Patientengruppe reduziert werden?

3. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Major Depression oder eine hohe Ausprägung dissoziativer Symptome scheinen einen Einfluss auf den Therapieverlauf zu nehmen. Welche Problembereiche haben eine prädiktive Bedeutung für den Therapieerfolg?

3.2 Hypothesen

Die berichteten Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit psychischen Störungen und anderen Persönlichkeitsstörungen sollten Einfluss auf die allgemeine Symptombelastung und die Depressivität haben.

Hypothese 1: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen und der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung.

Hypothese 2: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen und der Ausprägung der Depressivität.

Wenn DBT ein angemessenes Rahmenkonzept für diese multimorbide Patientengruppe ist und es sich im stationären Bereich erfolgreich umsetzen lässt, so sollte sich dies in der Reduktion der subjektiv erlebten allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität zeigen.

Hypothese 3: Die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität reduziert sich im Therapieverlauf.

Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen müssten sich von Patientinnen mit einer hohen Anzahl an Diagnosen in der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität unterscheiden. Außerdem ist eine stärkere Reduktion der Symptomatik in der zuerst genannten Gruppe zu erwarten.

Hypothese 4: Es gibt einen Unterschied in der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen.

Hypothese 5: Bei Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen werden die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und die der Depressivität im Therapieverlauf mehr reduziert als bei Patientinnen mit einer höheren Anzahl an Diagnosen.

Mit der Reduktion der allgemeinen Symptombelastung und Depressivität sollten auch Veränderungen in störungsspezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen eintreten. Dies gilt für die Kernsymptomatik, aber auch für die Essstörungen, die im Lübecker Modell besonders fokussiert werden.

Hypothese 6: Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, werden im Therapieverlauf reduziert.

Auch bei diesen Veränderungen könnte die Anzahl der Diagnosen einen Einfluss haben und sich ein unterschiedlicher Therapieverlauf in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen zeigen.

Hypothese 7: Es gibt einen Unterschied in der Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen.

Hypothese 8: Bei Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen wird die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, im Therapieverlauf mehr reduziert als bei Patientinnen mit einer höheren Anzahl an Diagnosen.

Im Lübecker Modell werden Essstörung auf die gleiche Ebene der Zielhierarchie gehoben wie suizidales und parasuizidales Verhalten. Entsprechend wurde ein spezifisches Modul zur Behandlung von Essstörungen eingerichtet (vgl. Kap. 2.3). Veränderungen können deshalb hinsichtlich der Einstellungen, die häufig mit Essstörungen verbunden sind, aber auch im Gewichtsverlauf erwartet werden.

Hypothese 9: Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die bei Essstörungen auftreten, werden im Therapieverlauf reduziert.

Hypothese 10: Patientinnen mit Anorexia nervosa nehmen im Therapieverlauf zu; Patientinnen mit Übergewicht nehmen ab.

Als Folge psychischer Störungen sind der Selbstwert und die Selbstakzeptanz häufig gemindert (SCHULTE, 1993). Auch wenn die dritte Therapiephase der DBT im stationären Setting selten erreicht und der Selbstwert direkt in der Behandlung fokussiert wird, ist der Anstieg im Therapieverlauf erwünscht.

Hypothese 11: Die Ausprägung der Selbstakzeptierung steigt im Therapieverlauf.

In der Studie von HEFFERNAN & CLOITRE (2000) wird deutlich, dass Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch eine geringere Ausprägung der Dissoziation aufweisen als Patientinnen mit einer zusätzlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung. Wenn dissoziative Zustände bei hoher Anspannung und Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation häufig auftreten (KEMPERMAN et al., 1997; LINEHAN, 1993a), sollte die allgemeine Symptombelastung und die Anzahl der Diagnosen einen engen Zusammenhang mit diesen Zuständen bilden.

Hypothese 12: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Dissoziation und der allgemeinen Symptombelastung bzw. der Anzahl der Diagnosen.

Dissoziative Zustände sind mit Anspannung und Selbstverletzungen hoch korreliert (BRODSKY et al., 1995; KEMPERMAN et al., 1997; SOLOFF et al., 1994; SHEARER, 1994). Eine Reduktion dieser Zustände sollte ein Ziel des Behandlungskonzeptes sein.

Hypothese 13: Die Ausprägung der Dissoziation reduziert sich im Therapieverlauf.

Hypothese 14: Es gibt einen Unterschied in der Ausprägung der Dissoziation in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen.

Hypothese 15: Bei Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen wird die Ausprägung der Dissoziation im Therapieverlauf mehr reduziert als bei Patientinnen mit einer höheren Anzahl an Diagnosen.

Andererseits hat die posttraumatische Belastungsstörung Einfluss auf dissoziative Zustände. SPITZER et al. (2000) fanden an einer kleinen Stichprobe, dass eine komorbide posttraumatische Belastungsstörung die Ausprägung der Dissoziation erhöht. Diese Befunde führen zur folgenden Annahme:

Hypothese 16: Die Ausprägung der Dissoziation ist bei Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung höher als bei Patientinnen ohne dieses Störungsbildes.

Wenn den Therapieerfolg beeinflussende Faktoren schon zu Therapiebeginn bekannt wären, so ließe sich dieser möglicherweise vorhersagen. Welche Prädiktoren für die allgemeine Symptombelastung bei Entlassung gibt es? Die Ausprägung der Depressivität wurde in mehreren Studien als relevanter Prädiktor identifiziert (COMTOIS et al., 1999; GOODMAN et al., 1998; HUDZIAK et al., 1996; SOLOFF et al., 1994). Daher sollte sich eine in der allgemeinen Symptombelastung reliabel verbesserte Gruppe besonders in der Depressivität von einer nicht verbesserten Gruppe unterscheiden.

Hypothese 17: Die Ausprägung der Depressivität ist in der reliabel verbesserten Patientengruppe am Ende der Therapie stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.

Wenn die lerntheoretische Hypothese von BOHUS (2001) stimmt, das dissoziative Zustände dysfunktionale Schemata aufrechterhalten, so sollte bei in der allgemeinen Symptombelastung reliabel verbesserten Patientinnen die Ausprägung behandelter dysfunktionaler Einstellungen, aber insbesondere dissoziativer Zustände, stärker reduziert sein als bei Patientinnen ohne diese Veränderung.

- Hypothese 18:** Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, ist in der reliabel verbesserten Patientengruppe am Ende der Therapie stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.
- Hypothese 19:** Die Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen ist am Ende der Therapie in der reliabel verbesserten Patientengruppe stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.
- Hypothese 20:** Die Ausprägung der Selbstakzeptierung ist in der reliabel verbesserten Patientengruppe am Ende der Therapie stärker gesteigert als in der nicht verbesserten Gruppe.
- Hypothese 21:** Die Ausprägung der Dissoziation ist am Ende der Therapie in der reliabel verbesserten Patientengruppe stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.

4 Durchführung und Auswertung

Die zuvor formulierten Hypothesen sollen im Rahmen einer Gruppenstudie überprüft werden. Die im Design vorgesehenen Bedingungsvariationen werden in Kapitel 4.1 ausgeführt. Daran schließt sich die Beschreibung der Messinstrumente (Kap. 4.2) und die der Messzeitpunkte (Kap. 4.3) an. Ferner wird die Zusammensetzung der Stichproben (Kap. 4.4) dargestellt und kurz auf die Datenaufbereitung sowie Auswertung (Kap. 4.5) eingegangen.

4.1 Design

Zwei Gruppenfaktoren und mehrfache Messwiederholungen sollen im Design verwirklicht werden. Die Gruppenzugehörigkeit gliedert sich in den 3-stufigen Faktor „Anzahl psychischer Störungen“ und in den 2-stufigen Faktor „reliable Verbesserung in der allgemeinen Symptombelastung“. Einmalig wird aufgrund der Hypothese 16 der Faktor „Anzahl psychischer Störungen“ nur im Hinblick auf die posttraumatische Belastungsstörung betrachtet. Die allgemeine Symptombelastung bildet unter den Variablen eine Ausnahme. Sie wird zuerst als abhängige Variable verwendet, geht aber in den zweiten Gruppenfaktor und damit in die unabhängige Variable ein. Weitere abhängige Variablen sind die Ausprägung der Depressivität, der Selbstakzeptierung, der Dissoziation sowie typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbiden Essstörungen. Der Therapieprozess soll durch drei Messzeitpunkte, wenige Tage nach stationärer Aufnahme, in der sechsten Woche und kurz vor der Entlassung, repräsentiert werden. Zum besseren Verständnis folgt erst nach den Operationalisierungen ein Überblick über die Variablen in Form von Instrumenten und den Messzeitpunkten (Kap. 4.3).

4.2 Operationalisierungen

Bei einem komplexen Störungsbild mit einer ausgeprägten Komorbiditätsstruktur wie dem der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es schwierig, eine Auswahl unter den möglichen Messinstrumenten zu treffen. Eine Einigung bezüglich einer standardisierten Messbatterie zur Veränderungsmessung in der Psychotherapieforschung bei Persönlichkeitsstörungen scheitert gegenwärtig noch an den ätiologischen Erklärungsmodellen (vgl. die Beiträge in STRUPP et al., 1997). Multimodale Messungen, die als Standard gefordert werden (z.B. LAMBERT & HILL, 1994), sind in der Praxis angesichts des hohen Aufwandes kaum durch-

zuföhren. In der vorliegenden Studie wurden deshalb in erster Linie verbreitete Selbstbeurteilungsinstrumente ausgewählt, die die allgemeine bzw. störungsspezifische Symptomatik erheben oder nach typischen störungsspezifischen Einstellungen fragen.

4.2.1 *Messinstrumente*

Zur Erfassung der allgemeine Symptombelastung soll die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) verwendet werden. Das Beck-Depression-Inventory (BDI) und die Skala zur Selbstakzeptierung (SESA) sind Instrumente, die eher die Störungsfolgen erheben. Als störungsspezifische Instrumente werden das Kognitive Interventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB), der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS), das Eating-Disorder-Inventory (EDI-2) und die Posttraumatic Stress Disorder Scale (PDS) eingesetzt. Neben den genannten Selbstbeurteilungsinstrumenten sollen auch das psychosoziale Funktionsniveau mit Hilfe des Global Assessment of Functioning (GAF) gemäß DSM-VI sowie der Body-Mass-Index ($\text{BMI} = \text{kg/m}^2$) erhoben werden. Im Folgenden werden die Messinstrumente vorgestellt, die sich im Anhang abgedruckt befinden.

4.2.1.1 Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)

Als störungsübergreifendes Symptommaß gehört die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R, DEROGATIS, 1977, dt.: 1986) zu den verbreitetsten Instrumenten in der Psychotherapieforschung (vgl. LAMBERT & HILL, 1994). Im deutschsprachigen Raum wurde das Selbstbeurteilungsinstrument von FRANKE (1992, 1995) adaptiert. Im Zeitraum der letzten sieben Tage wird die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome mit 83 Items mit einer 5-stufigen Skala (0 = überhaupt nicht; 4 = stark) erhoben. Die Items sind so konstruiert, dass dem Probanden auf die Frage „Wie stark litten Sie unter...“ die einzelnen Symptome („Herz- und Brustschmerzen“ [Nr. 12], „Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße“ [Nr. 13] oder „Einsamkeitsgefühle“ [Nr. 29]) präsentiert werden. Dieser skaliert dann die Ausprägung. Die in Tabelle 4.1 aufgeführten Items werden aufsummiert und 9 faktorenanalytisch gewonnenen Faktoren zugeordnet. Drei weitere globale Kennwerte können berechnet werden: Der Global Severity Index (GSI) als Mittelwert der 83 Items hat sich als guter Indikator für die allgemeine Belastung infolge psychischer und körperlicher Beschwerden herausgestellt. Zusätzlich können die Positive Symptom Total (PST = die Summe aller Items, die mit einem Wert größer 0 eingeschätzt worden sind) und der Positive Symptom Distress Index (PSDI = der Quotient aus der Gesamtsumme und

dem PST) als deskriptive Parameter ermittelt werden.

Tabelle 4.1
Die Faktoren der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)

Namen der Faktoren	Itemanzahl	ambulante psychiatrische Patienten		Nicht-psychiatrische Stichprobe	
		MW	(SD)	MW	(SD)
1. 'Somatisierung'	12	0,87	(0,75)	0,36	(0,42)
2. 'Zwanghaftigkeit'	10	1,47	(0,91)	0,39	(0,45)
3. 'Unsicherheit im Sozialkontakt'	9	1,41	(0,89)	0,29	(0,39)
4. 'Depressivität'	13	1,79	(0,94)	0,36	(0,44)
5. 'Ängstlichkeit'	10	1,47	(0,88)	0,30	(0,37)
6. 'Aggressivität/Feindseligkeit'	6	1,10	(0,93)	0,30	(0,40)
7. 'Phobische Angst'	7	0,74	(0,80)	0,13	(0,31)
8. 'Paranoides Denken'	6	1,16	(0,92)	0,34	(0,44)
9. 'Psychotizismus'	10	0,94	(0,70)	0,14	(0,25)
Global Severity Index (GSI)	83	1,26	(0,68)	0,31	(0,31)

[Legende: MW = Mittelwert; SD = Standardabweichungen.]

Die psychometrischen Kennwerte der Faktoren werden von FRANKE (1995) als gut eingeschätzt. Die Retest-Reliabilität nach sieben Tagen beträgt zwischen $r = .69$ und $r = .92$. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) schwankt für die einzelnen Faktoren zwischen $.51$ und $.89$, für den GSI kann sie jedoch als sehr gut bewertet werden ($.94 < \alpha < .98$). Die mangelnde Konstruktvalidität und die teilweise hohen Interkorrelationen der Faktoren ($r_{\min} = .28$; $r_{\max} = .7$), die sich aus dem gemeinsamen Auftreten der Symptome bei verschiedenen Störungen ergeben, sprechen für den GSI als Parameter, der Anzahl und Intensität der Beschwerden zusammenfasst (PARLOFF et al., 1978; RIEF et al., 1991). In heterogenen Stichproben wird daher der GSI als veränderungssensitives Maß empfohlen (FRANKE, 1995).

4.2.1.2 Das Beck-Depression-Inventory (BDI)

In einer Auswertung von 116 Studien in der Fachzeitschrift 'Journal of Consulting and Clinical Psychology' war das Beck-Depression-Inventory (BDI) das am häufigsten verwendete Selbstbeurteilungsinstrument vor dem STAI (SPIELBERGER, 1983) und dem bereits beschriebenen SCL-90-R (LAMBERT & Hill, 1994). Das aus insgesamt 21 Items bestehende BDI lässt die Probanden das Auftreten und die Ausprägung depressiver Symptome in der letzten Woche einschätzen (BECK et al., 1979; dt.: HAUTZINGER et al., 1995). Neben dieser Erhebung kann das BDI auch als Indikator für die allgemeine Belastung durch andere psychische Störungen angesehen werden (SCHULTE, 1993).

Ein Item repräsentiert jeweils ein depressives Symptom und besteht aus vier Aussagen, die nach aufsteigender Schwere und Beeinträchtigung einer 4-stufigen Skala von 0 bis 3 zugeordnet sind. Die Probanden sollen die Aussage des Items auswählen, die die eigene Symptomatik am besten beschreibt. Das folgende Beispielitem erläutert diesen Aufgabentyp:

(A) traurige Stimmung

0 Ich bin nicht traurig.

1 Ich bin traurig.

2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.

3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

Wenn mehrere Aussagen eines Items angegeben wurden, geht der höhere Punktwert in den Gesamtwert ein. Ein Gesamtwert von 18 und größer wird als klinisch relevant angesehen, da er mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert einer gesunden Kontrollgruppe ($N = 86$; $MW = 6,45$; $SD = 5,2$), eine Standardabweichung über dem Mittelwert einer psychosomatischen Patientengruppe ($N = 812$; $MW = 11,4$; $SD = 7,6$) und minus eine halbe Standardabweichung unter dem Mittelwert einer depressiven Patientengruppe ($N = 815$; $MW = 23,7$; $SD = 9,8$) liegt (HAUTZINGER et al., 1995).

Die psychometrischen Kennwerte dürfen insgesamt als zufriedenstellend bis gut bewertet werden (vgl. die Überblicke von RICHTER et al., 1994; BECK et al., 1988). Für die revidierte deutschsprachige Version wird über alle Stichproben hinweg eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .88$ angegeben. Damit liegt eine insgesamt gute bis zufriedenstellende Reliabilität vor (HAUTZINGER et al., 1995). Die inhaltliche Validität des BDI darf trotz bestehender Kritik als hoch beurteilt werden, da sechs der neun Kriterien des DSM-III für eine Major Depression abgebildet werden (MORAN & LAMBERT 1983; STEER & BECK, 1985). Im Sinne der konvergenten Validität wurden geringe bis hohe Korrelationen zwischen dem BDI und Selbst- sowie Fremdbeurteilungsskalen gefunden. Die Korrelationen zwischen der deutschsprachigen Version des BDI und der Self-Rating Depression Scale (ZUNG, 1965) betrugen beispielsweise $r = .72$ und $.74$; zwischen BDI und HAMD (HAMILTON, 1960) lagen die Zusammenhänge mit $r = .34$ und $.37$ allerdings wesentlich niedriger als in der US-Version (HAUTZINGER et al., 1995). Therapiebedingte Veränderungen depressiver Patienten bei Vergleich von Aufnahme- und Entlassungswerten sowie in Prozessverläufen geben einen Hinweis auf die Konstruktvalidität des Instrumentes (HAUTZINGER, 1993). Damit ist das BDI ein geeignetes Instrument zur Therapieprozess- und erfolgsmessung.

4.2.1.3 Die Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)

Selbstwertdefizite sind eine häufige Folge psychischer Störungen. Daher erfolgt die Einschätzung des Selbstkonzeptes auf der Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA) von SOREMBE und WESTHOFF (1979). Die Skala ist abgeleitet von der Self-Acceptance-Scale von BERGER (1952) und hat die klassische Gesprächspsychotherapie und die kognitive Therapie nach BECK et al. (1979) als theoretischen Hintergrund. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus 29 Items, die auf einer 5-stufigen Skala von den Probanden eingeschätzt werden. Das folgende Beispielitem ist umzupolen:

1. Ich stelle meinen Wert als Person nicht in Frage, auch dann nicht, wenn ich glaube, dass andere es tun.
- (1) Ich stimme zu.
 (2) Ich stimme ein wenig zu.
 (3) Ich stimme weder zu noch lehne ich ab.
 (4) Ich lehne ein wenig ab.
 (5) Ich lehne ganz entschieden ab.

Nach der Umpolung negativ formulierter Aussagen wird ein Summenwert gebildet. Höhere Werte stehen also für eine höhere Selbstakzeptierung, der Anstieg der summierten Itemwerte zu weiteren Messzeitpunkten markiert den Therapieerfolg. Der Summenwert kann mit einer nicht-klinischen Stichprobe ($N = 311$; $MW = 112,27$; $SD = 15,92$) und einer Stichprobe mit depressiven Patienten ($N = 45$; $MW = 86,09$; $SD = 18,83$) verglichen werden. Ein Summenwert von unter 95 gilt als Indikator für eine klinisch bedeutsame Reduktion der Selbstakzeptanz. Die Retest-Reliabilität (Kuder-Richardson Formula 20) für beide Stichproben beträgt $r = .83$. Der signifikante Mittelwertsunterschied zwischen den genannten Stichproben gibt einen Hinweis auf die differentielle Validität; die zu Null tendierenden Korrelationen mit den Faktoren Neurotizismus und Extraversion des Eysenck-Persönlichkeits-Inventars (EGGERT, 1974) weisen auf die diskriminante Validität hin.

4.2.1.4 Das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Das von BEISEL & SCHWEIGER (1998) entwickelte Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) schließt im deutschsprachigen Raum die vom FKS gelassene Lücke hinsichtlich der Schemata dieses Störungsbildes. Das Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus 36 Items, die auf sieben Faktoren laden. Auf einer 5-stufigen Skala wird die Zustimmung zu den einzelnen Aussagen eingeschätzt. Bei der Auswertung werden die Itemwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert. Dies kann für die einzelnen

Faktoren sowie für alle Items (Gesamtwert) durchgeführt werden. Das folgende Beispielimtem stammt aus dem Faktor ‘Dichotomes Denken’:

4. Ich kann einen anderen Menschen nur lieben oder hassen.
(1) stimme überhaupt nicht zu
(2) stimme eher nicht zu
(3) neutral
(4) stimme eher zu
(5) stimme vollkommen zu

Tabelle 4.2 stellt die Faktoren, deren Reliabilität und bisher ermittelte Mittelwerte und Standardabweichungen einer Teilstichprobe mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor.

Tabelle 4.2
Die Faktoren des Kognitiven Inventars für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Nr.	Namen der Faktoren	Itemanzahl (verkürzte Version)	Cronbachs α in verkürz- ter Version	BPS N = 21	
				MW	(SD)
1.	Suizidalität und Selbstverletzung	6 (5)	.84	2,81	(0,91)
2.	Misstrauen und negative Sicht der Welt und des Selbst	7 (7)	.85	3,04	(0,80)
3.	Instabilität im Selbstbild, Verhalten und Affekt	7 (7)	.80	3,73	(0,49)
4.	Verlassenwerden verhindern	4 (4)	.68	3,54	(0,84)
5.	Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen	5 (4)	.78	3,00	(0,99)
6.	Dichotomes Denken	4 (3)	.60	2,40	(0,83)
7.	Wut	3 (2)	.62	3,02	(0,99)
	Gesamtwert	36 (32)	.93	3,12	(0,48)

[Legende: BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung; MW = Mittelwerte; SD = Standardabweichungen.]

In der Pilotstudie mit 319 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik lag die interne Konsistenz für die einzelnen Faktoren in einem guten bis zufriedenstellenden Bereich (Cronbachs α = .60 bis .85). Die Konsistenz für den Gesamtwert mit .93 kann als sehr gut bewertet werden. BEISEL & SCHWEIGER schlugen vier Items zur Selektion vor, da mangelhafte Itemkennwerte oder zu geringe Ladungen auf den Faktoren vorliegen. Sieben Faktoren klärten einen Varianzanteil von 57 % auf. Ein achter Faktor bestand nur aus einem Item (Item 31). In der vorliegenden Studie soll aber die vollständige Version verwendet werden, da einzelne Parameter von der Stichprobe abhängig sein können und die Teilstichprobe klein war (N = 21). Als Erfolgsmaß soll für diese Studie der Gesamtwert verwendet werden.

Erste Ergebnisse gibt es auch hinsichtlich der Validität: Ein Mittelwertvergleich zwischen der Gruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ($N = 21$) und einer Gruppe mit Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster C ($N = 23$) erbrachte für die vollständige Version und die Faktoren 1, 3, 5 und 7 einen signifikanten Unterschied. Einschränkend soll aber darauf hingewiesen werden, dass die erste Gruppe zu 86 % auch mindestens eine weitere Persönlichkeitsstörung aufwies. Ein Maß für die konvergente Validität ergibt sich aus der Korrelation des Gesamtwertes mit den dimensionalen Werten des SKID-II ($N = 103$). Für die vollständige Version wird ein signifikanter Zusammenhang von $r = .68$ angegeben.

In zukünftigen Studien sollte an einer größeren Stichprobe die konvergente Validität mit Hilfe der Borderline-Symptom-Liste (BOHUS et al., 2001) oder mit dem Set von Annahmen des ‘Personality Disorder Beliefs Questionnaire’ (ARNTZ et al., 1999) abgeschätzt werden. Zuletzt genannter Fragebogen legt ebenfalls die Theorie von BECK et al. (1990) zu Grunde.

4.2.1.5 Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Mit der deutschsprachigen Version der Dissociative Experience Scale von BERNSTEIN & PUTNAM (DES; dt.: FREYBERGER et al., 1998) sollen dissoziative Phänomene in den Bereichen Gedächtnis, Kognition, Bewusstsein und Identität gemäß DSM-IV erfasst werden. Der FDS besteht aus den drei ursprünglichen Faktoren der DES und weiteren 16 Items, die zusätzlich pseudoneurologische Symptome nach den Kriterien des ICD-10 erheben. Einen Überblick über die Faktoren, deren Reliabilität sowie Mittelwerte und Standardabweichungen einer kürzlich erhobenen Stichprobe von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im deutschsprachigen Raum (SPITZER et al., 2000) gibt Tabelle 4.3. Der Gesamtwert sowie die Faktorenwerte sind durch Addition der entsprechenden Items und anschließender Division durch die jeweilige Itemanzahl zu berechnen.

Tabelle 4.3
Die Faktoren des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Nr.	Namen der Faktoren	Item- anzahl	Cron- bachs α	BPS N = 10		BPS + PTBS N = 20	
				MW	(SD)	MW	(SD)
1.	Dissoziative Amnesie	8	.72	10,88	10,66	21,39	19,96
2.	Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen	9	.82	32,22	22,92	41,50	20,30
3.	Depersonalisation / Derealisation	6	.75	24,83	25,84	36,42	22,26
4	Konversion (zusätzliche Items im FDS)	16	.85	25,44	24,56	28,50	22,69
Gesamtwert im DES		44	.93	23,89	18,03	33,18	19,71

[Legende: Cronbachs α aus FREYBERGER et al. (1998); MW (SD) aus SPITZER et al. (2000); BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung; PTBS = posttraumatische Belastungsstörung.]

Die insgesamt 44 Items werden auf einer 10-stufigen Skala eingeschätzt. Das folgende Beispielitem erläutert das Vorgehen und stammt aus dem Faktor ‘Dissoziative Amnesie’:

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit ihrer Antwort, wie häufig Ihnen das passiert.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

Die interne Konsistenz der drei Faktoren und der 16 zusätzlichen Items in der deutschsprachigen Version kann als gut bewertet werden (Cronbachs α = .72 bis .85). Für den Gesamtwert ist eine sehr gute Konsistenz angegeben (Cronbachs α = .93), so dass dieser in der vorliegenden Studie verwendet wird. Hinweise auf die diskriminative Validität ergeben sich aus den Mittelwertunterschieden der Gesamtwerte verschiedener klinischer und nicht-klinischer Stichproben (PUTNAM et al., 1996; CARLSON et al., 1993): Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören zu der Personengruppe, die im DES einen höheren Gesamtwert erreicht (> 20). Weitere Untersuchungen mit der deutschsprachigen Version sind erforderlich, um weitere Anhalts- und Vergleichspunkte für psychometrische Kennwerte in störungsspezifischen Stichproben zu erhalten.

4.2.1.6 Die zweite Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI-2)

Anfang der 80er Jahre entwickelten GARNER et al. (1983; GARNER & OLMSTED, 1984; dt.:THIEL & PAUL, 1988) die erste Version des Eating-Disorder-Inventory. Die 64 Items erheben auf acht Faktoren neben dem typischen Essverhalten bulimischer und anorektischer Patientinnen auch psychologisch relevante Einstellungen. Inzwischen ist das EDI ein international weit verbreitetes Instrument, das von der American Psychiatric Association in

ihren Richtlinien für die Forschung und die klinische Beurteilung der Bulimia und Anorexia nervosa empfohlen wurde (APA, 1993). 1991 stellte GARNER eine zweite Version des EDI vor, die drei zusätzliche Faktoren (Askese, Impulsregulation, soziale Unsicherheit) mit 27 Items umfasst (GARNER, 1991; dt.: THIEL et al., 1997). Einen Überblick über die Faktoren gibt Tabelle 4.4.

Tabelle 4.4
Die Faktoren der zweiten Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI-2)

Nr.	Namen und Abkürzungen der Faktoren	Übersetzungen der Namen	Itemanzahl
1	Drive for Thinnes DT	Schlankheitsstreben	7
2	Bulimia B	Bulimie	7
3	Body Dissatisfaction BD	Körperliche Unzufriedenheit	9
4	Ineffectiveness I	Ineffektivität	10
5	Perfectionism P	Perfektionismus	6
6	Interpersonal Distrust ID	Zwischenmenschliches Misstrauen	7
7	Interoceptive Awareness IA	Interozeption	10
8	Maturity Fears MF	Angst vor dem Erwachsenwerden	8
9	Asceticism A	Askese	8
10	Impulse Regulation IR	Impulsregulation	11
11	Social Insecurity SI	Soziale Unsicherheit	8

Die Probanden schätzen die Aussagen der insgesamt 91 Items des EDI-2 hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens auf einer 6-stufigen Skala ein. In der deutschsprachigen Version des EDI-2 bleibt die 6-stufige Skala, im Gegensatz zur englischsprachigen Version, die zu einer 4-stufigen umgerechnet wird, aus testtheoretischen und statistischen Bedenken erhalten. Das folgende Beispielitem stammt aus dem Faktor ‘Schlankheitsstreben’ (DT):

11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe.					
nie	selten	manchmal	oft	normalerweise	immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Nach der Umpolung einzelner Items können durch Addition Werte für die einzelnen Faktoren und ein Gesamtwert errechnet werden. Die Werte der deutschsprachigen Eichungsstichprobe sind in Tabelle 4.5 abgebildet. Die psychometrischen Kennwerte der deutschsprachigen Version des EDI-2 fallen in der Zusammenfassung der Stichproben aus anorektischen und bulimischen Patienten (N = 71) zufriedenstellend aus (vgl. THIEL et al., 1997). Mit Ausnahme des Faktors Askese liegen die Werte der internen Konsistenz (Cronbachs α) zwischen .73 und .90, für den Gesamtwert unter Berücksichtigung der Testverlängerung sogar bei .95 (vgl. EBERENZ & GLEAVES, 1994 für die englischsprachige Version). Die

Trennschärfekoeffizienten der Items betrugen .4 bis .8. Eine unzureichende Trennschärfe von unter .4 wiesen 12 Items auf. Signifikante Differenzen zwischen den klinischen Stichproben und einer weiblichen Kontrollgruppe konnten nachgewiesen werden. Ein Mittelwertvergleich der Faktoren zwischen den klinischen Stichproben untereinander konnte aufgrund der geringen Stichprobengröße allerdings nicht durchgeführt werden.

Tab. 4.5

Die Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Faktoren des EDI-II in den verschiedenen Stichproben von THIEL et al., 1997

		AN		BN		BED		WK		MK	
		N = 33		N = 38		N = 30		N = 186		N = 102	
Nr.	Faktor	MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1	DT	29,6	(7,4)	31,9	(7,7)	32,7	(6,1)	17,3	(6,8)	12,8	(4,9)
2	B	21,0	(9,0)	29,6	(6,6)	26,9	(7,9)	10,6	(3,4)	9,7	(2,8)
3	BD	36,7	(7,6)	42,2	(11,4)	49,5	(6,9)	30,2	(10,3)	21,6	(7,9)
4	I	38,8	(8,9)	39,0	(9,3)	35,9	(9,6)	23,5	(5,7)	22,7	(5,6)
5	P	23,9	(6,2)	22,4	(5,6)	19,6	(6,0)	16,5	(5,7)	17,1	(5,3)
6	ID	25,4	(6,1)	27,3	(6,1)	24,8	(6,9)	18,4	(4,4)	19,8	(4,4)
7	IA	36,8	(8,0)	37,5	(7,3)	35,1	(8,6)	22,0	(5,7)	19,7	(4,7)
8	MF	27,3	(6,5)	25,5	(7,4)	24,3	(5,8)	20,8	(4,7)	20,7	(4,3)
9	A	27,0	(5,7)	25,6	(4,9)	23,7	(4,5)	16,5	(4,0)	15,8	(3,5)
10	IR	32,2	(6,7)	31,5	(7,2)	29,0	(7,9)	23,6	(6,3)	23,4	(6,3)
11	SI	31,3	(6,4)	32,7	(6,3)	30,0	(6,4)	22,0	(4,7)	22,7	(5,1)
Gesamtwert		329,4	(53,5)	345,8	(54,3)	332,9	(55,2)	223,2	(38,1)	206,8	(30,1)

[Legende: AN = Anorexia nervosa; BN = Bulimia Nervosa; BED = Binge Eating Disorder; WK = Weibliche Kontrollgruppe; MK = Männliche Kontrollgruppe.]

Eine faktorielle Validität konnte nach der Durchführung einer Faktorenanalyse nur für die Faktoren BD, P, IR und MF angenommen werden. Weitere sechs Faktoren (DT, B, I, ID, IA, SI) laden auf zwei Faktoren mit den oben genannten anderen. Die sechs ausgewählten Faktoren klären 53 % der Varianz auf (vgl. RATHNER & RUMPOLD, 1994 und SCHOEMAKER et al., 1997 zu weiteren Hinweisen auf die konvergente und diskriminative Validität). Als Maß für den Therapieerfolg wird der Gesamtwert aufgrund mangelnder faktorieller Validität und seiner hohen internen Konsistenz verwendet. Das EDI besitzt von den Instrumenten für Essstörungen das breiteste psychologische Profil und eignet sich deshalb besonders für die individuelle Therapieplanung (CROWTHER & SHERWOOD, 1997). GARNER (1991) weist zu Recht darauf hin, dass ein gleicher Gesamtwert aus sehr unterschiedlichen Faktorenwerten bestehen kann. Dies sollte in der individuellen Therapieplanung berücksichtigt werden, kann aber mangels testtheoretischer Güte der Faktoren nicht für einen differenzierteren Wirksamkeitsnachweis genutzt werden.

4.2.1.7 Die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

FOA (1995; vgl. FOA et al., 1996; dt.: EHLERS et al., 1996) entwickelte aus der Posttraumatic Symptom Scale - Self Report (PSS-SR, FOA et al., 1993; dt.: WINTER et al., 1992) die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), die neben der Häufigkeit auch das Ausmaß der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäß den Kriterien des DSM-IV und weitere klinisch relevante Informationen erhebt. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument beinhaltet vier Teile, die im weiteren dargestellt werden:

1. Die Probanden haben im ersten Teil die Möglichkeit, aus elf vorgegebenen traumatischen Ereignissen diejenigen anzugeben, welchen sie ausgesetzt waren. Zusätzlich können sie ein weiteres Ereignis ergänzen. Anschließend soll eingeschätzt werden, welches der widerfahrenen Ereignisse das schlimmste war, auf das sich die kommenden Fragen dann beziehen werden.
2. Im zweiten Teil werden der Zeitraum des Vorkommens, körperliche Verletzungen der eigenen oder fremder Personen sowie das Auftreten von Hilflosigkeit und Entsetzen während dieses schlimmsten Ereignisses erhoben. Das Gefühl von Horror als weiteres DSM-Kriterium wird leider nicht erfragt.
3. Im dritten Teil werden 17 Items mit den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung entsprechend den Kriterien des DSM-IV aufgelistet. Die Items sollen für den Zeitraum eines Monats auf einer 4-stufigen Skala eingeschätzt werden und können in drei Symptomgruppen 'Intrusionen' (5 Items), 'Vermeidung' (7 Items) und 'chronische Übererregung' (5 Items) nach Anzahl und Schweregrad addiert werden. Das Beispieliem stammt aus der Symptomgruppe 'Intrusionen':

1. Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?

- 0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat
 1 = einmal pro Woche oder seltener/manchmal
 2 = 2 bis 4 mal pro Woche/die Hälfte der Zeit
 3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

Die Summe aller 17 Items ergibt den Symptom Severity Score (SSS, Maximum = 51), zu dem auch Kennwerte vorliegen und der in der vorliegenden Studie als Erfolgsmaß benutzt werden soll. Zwei weitere Items dieses dritten Teils erheben die Dauer und den Zeitpunkt des Einsetzens der Symptomatik.

4. Vorliegende Beeinträchtigungen, die in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Hausarbeit, Beziehungen, Freizeit, Ausbildung, Erotik, Lebenszufriedenheit, allgemeine

Leistungsfähigkeit) auftreten können, werden im vierten Teil erhoben. Das Ausmaß der Beeinträchtigung kann leider nicht eingeschätzt oder in Bezug zum psychosozialen Funktionsniveau, operationalisiert durch die Global Assessment of Functioning (GAF) des DSM-VI, gesetzt werden.

Die psychometrischen Kennwerte sind bisher nur an einer US-amerikanischen Stichprobe (N = 248) ermittelt worden, deren Personen verschiedenen traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren (FOA, 1995). Die interne Konsistenz für die 17 Items der posttraumatischen Symptomatik im dritten Teil (Cronbachs $\alpha = .92$) und die Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von 10 bis 22 Tagen ($\kappa = .74$) darf als sehr gut bzw. gut bewertet werden. Im Sinne der konvergenten Validität wurde ein Vergleich des Testergebnisses im PDS mit der Diagnosestellung des anschließend durchgeführten SKID-Teils zur posttraumatischen Belastungsstörung unternommen. Eine mittlere Übereinstimmung wurde erreicht (Cohens $\kappa = .59$; N = 248). Korrelationen des SSS mit anderen Instrumenten zur Messung ähnlicher psychologischer Konstrukte fielen hoch aus. Einen Überblick über die Korrelationen gibt Tabelle. 4.6.

Tabelle 4.6
Korrelationen zwischen dem Symptom Severity Score und anderen Instrumenten

	BDI	STAI-S	STAI-T	IES-I	IES-A
SSS	.79	.73	.74	.80	.66

[Legende: BDI = Beck Depression Inventory; STAI = State-Trait Anxiety Inventory (S = State, T = Trait) von SPIELBERGER (1983); IES = Impact of Event Scale (I = Intrusion, A = Avoidance) von HOROWITZ et al., 1979. Für alle Korrelationen gilt $p = .001$.]

Die Fähigkeit, Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung korrekt zu identifizieren, beträgt 82 % (Sensitivität), die Fähigkeit, Personen ohne posttraumatische Belastungsstörung korrekt zu identifizieren, 76,7 % (Spezifizität). Damit liegt ein reliables und für ein Selbstbeurteilungsinstrument valides Verfahren vor, welches bei verschiedenen traumatischen Erfahrungen mit geringem Aufwand einsetzbar ist und (fast) alle Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung gemäß DSM-IV erhebt.

4.3 Messzeitpunkte

Die Selbstbeurteilungsinstrumente wurden den Patientinnen zu drei Messzeitpunkten ausgehändigt. Sie erhielten die Instrumente wenige Tage nach Aufnahme, in der sechsten Woche und kurz vor der Entlassung. Die Therapeuten schätzten bei Aufnahme und Entlassung das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) ein. Außerdem wurde das Gewicht im Rahmen der pflegerischen Versorgung erhoben, so dass auch der Body-Mass-Index (BMI) ermittelt werden konnte. Einen Überblick über die Messzeitpunkte gibt Tabelle 4.7.

Tabelle 4.7
Übersicht über die Messzeitpunkte

Instrumente	Quellen	Prä	6. Woche	Post
BMI	Pflege	+		+
GAF	Therapeut			
SCL-90-R	Patientin			
BDI	Patientin			
SESA	Patientin			
KIB	Patientin			
FDS	Patientin			
EDI-2	Patientin			
PDS	Patientin			

4.4 Stichproben

Das Kriterium für die Aufnahme einer Person in die Stichprobe war die Vergabe der Diagnose ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ gemäss DSM-IV. Ausschlusskriterien waren Minderbegabung, dementielle Erkrankungen, akute psychotische Störungen, akute Intoxikationen und fehlendes Einverständnis zur Studie. Zur Diagnostik wurde das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für psychische Störungen (SKID-I; WITTCHEN et al., 1997) und für Persönlichkeitsstörungen (SKID-II; FYDRICH et al., 1997) durchgeführt. Beide Geschlechter wurden akzeptiert, um die Effektstärke der dialektischen Verhaltenstherapie an einer unselektierten Stichprobe abschätzen zu können. 44 Frauen und 6 Männer wurden konsekutiv in die Studie aufgenommen. Aufgrund des positiven Zusammenhangs des Störungsbildes mit dem weiblichen Geschlecht fanden sich in der Stichprobe mehr Frauen. Das durchschnittliche Alter der 50 Personen betrug 30,5 Jahre (SD = 7,7). Im Folgenden werden einige demographische Angaben beschrieben. 62 % der Personen

waren ledig, 16 % lebten in einer Partnerschaft, 8 % waren verheiratet, 6 % hatten sich getrennt und weitere 8 % waren geschieden. Als höchsten erzielten Schulabschluss hatten 11 Personen das Abitur erreicht. 22 Personen hatten die Realschule oder die polytechnische Oberschule, 11 Personen die Hauptschule abgeschlossen. 5 Personen besaßen keinen Schulabschluss.

Tabelle 4.8 zeigt die berufliche Qualifikation der Untersuchten. 26 % der Studienteilnehmerinnen waren nie erwerbstätig gewesen oder befanden sich zum Zeitpunkt der Studie in einer Ausbildung oder Lehre. 14 % waren arbeitslos oder als ungelernte Arbeiterinnen beschäftigt. Facharbeiterinnen oder einfache und mittlere Angestellte machten mit 46 % den höchsten Anteil aus. 10 % der Personen gehörten zu den höher qualifizierten Berufsgruppen der Angestellten, Beamtinnen oder Selbständigen.

Tabelle 4.8
Derzeit oder zuletzt ausgeübter Beruf

Derzeit oder zuletzt ausgeübter Beruf	Prozentuale Häufigkeiten
Arbeitslos	8
Ungelernte Arbeiterin	6
Facharbeiterin, unselbständige Handwerkerin	16
Einfache Angestellte, Beamtin	14
Mittlere Angestellte, Beamtin im mittleren Dienst	16
Höher qualifizierte Angestellte, Beamtin im gehobenen Dienst	6
Hochqualifizierte Angestellte, Beamtin im höheren Dienst	0
Selbständige Handwerkerin, Gewerbetreibende (kleiner Betrieb)	2
Selbständige Handwerkerin, Gewerbetreibende (mittlerer Betrieb)	0
Selbständige Akademikerin, Freiberuflerin, Unternehmerin	2
Nie erwerbstätig, in Ausbildung, in Lehre	26

Die Patientengruppe wurde im Zeitraum von August 2000 bis August 2001 stationär an der Medizinischen Universitätsklinik zu Lübeck nach dem vorgestellten Konzept behandelt. Die Gruppen- und Einzeltherapien wurden von vier Ärzten und drei Psychologen durchgeführt (drei Frauen und vier Männer). Alle Therapeuten befanden sich in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Weiterbildung und wurden durch in kognitiver Verhaltenstherapie ausgebildete Supervisoren unterstützt. Zwei Therapeuten hatten eine Weiterbildung in dialektischer Verhaltenstherapie besucht.

Wie kann diese Patientengruppe diagnostisch charakterisiert werden? Die Gruppe wies eine erhebliche Komorbidität auf. Abbildung 4.1 zeigt die mittlere Anzahl psychischer Störungen lifetime und aktuell sowie die mittlere Anzahl der Persönlichkeitsstörungen. Die

Patienten erfüllten im Durchschnitt lifetime die Kriterien von 6,4 (SD = 3,5) psychischen Störungen. Davon bestanden aktuell 5,6 (SD = 3,2) Störungen. Zusätzlich zur Borderline-Persönlichkeitsstörung lagen im Durchschnitt 2,2 (SD = 1,1) weitere Persönlichkeitsstörungen vor.

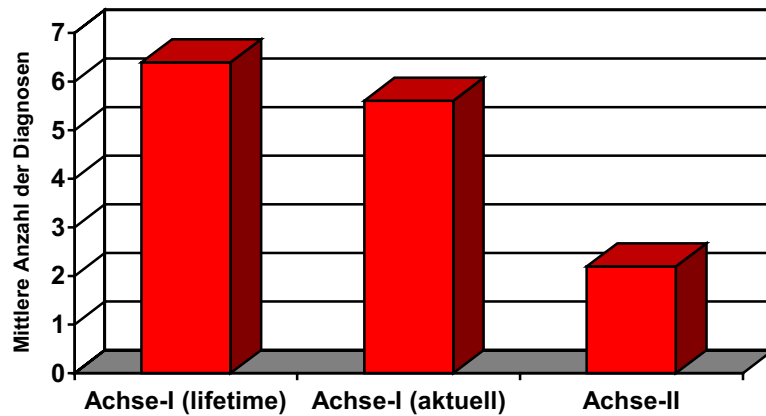


Abbildung 4.1

Mittlere Anzahl der Diagnosen

[Legende: Achse-I = psychische Störungen; Achse-II = Persönlichkeitsstörungen]

Die prozentualen Häufigkeiten der Syndrome finden sich in Abbildung 4.2: 84 % erfüllten lifetime die Kriterien mindestens einer Angststörung, 82 % die irgendeiner affektiven Störung, 76 % die Kriterien irgendeiner Diagnose aus dem Bereich des Substanzmissbrauchs oder der -abhängigkeit, 24 % die irgendeiner Diagnose aus dem Bereich der Somatoformen Störungen, weitere 74 % die einer Essstörung. Andere Störungen wurden bei 16 % der Patientinnen erhoben.

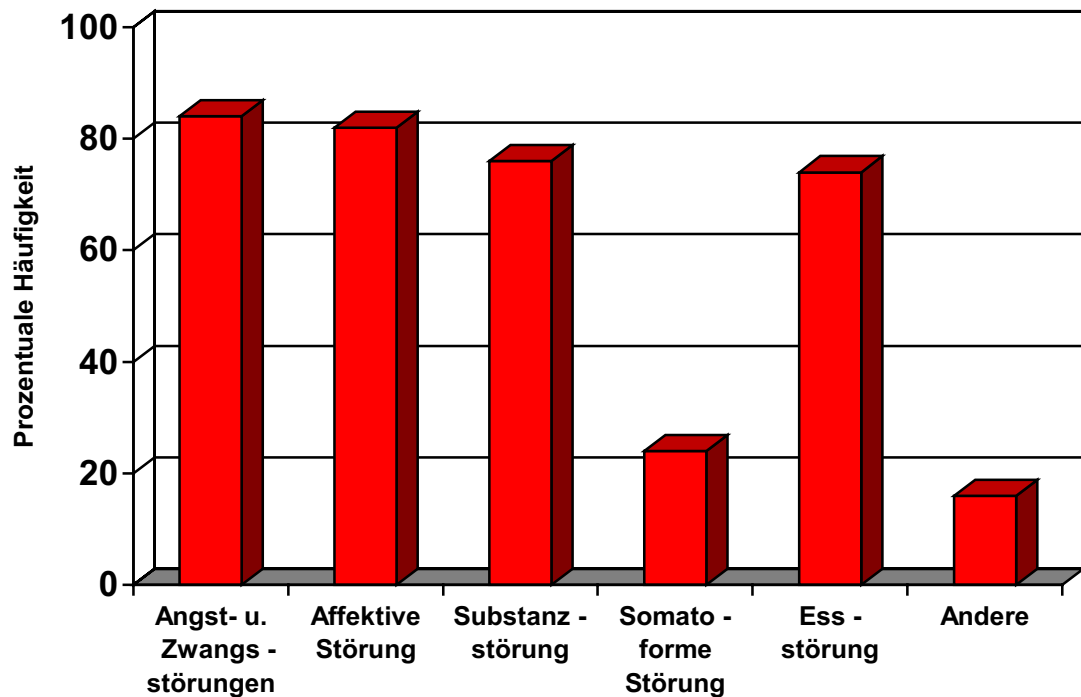


Abbildung 4.2
Prozentuale Häufigkeit der Syndrome

Werden die prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Störungen mit denen von ZANARINI et al. (1998a) verglichen, so finden sich in allen Störungskategorien unter Berücksichtigung der erwarteten Variationsbreite ähnliche Werte. Abweichungen ergeben sich in Abhängigkeit vom Setting, wie die frühere Studie von ZANARINI et al. (1989) zeigt. Tabelle 4.9 auf der folgenden Seite stellt die absoluten und prozentualen Häufigkeiten psychischer Störungen beider Studien von ZANARINI et al. (1998a; 1989) im Vergleich mit eigenen Befunden dar.

Neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten 90 % der Patientinnen auch die Kriterien einer weiteren Persönlichkeitsstörung. In Tabelle 4.10 auf der folgenden Seite finden sich die prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Im Vergleich zu den in Kapitel 1.4.1.2 errechneten Medianen gibt es erhebliche Unterschiede. Im Cluster A und B liegen die eigenen Befunde eher am errechneten Minimum. Auch im Vergleich mit der bisher größten Stichprobe von ZANARINI et al. (1998) gibt es in diesen Clustern deutliche Abweichungen. Im Cluster C sind die Häufigkeiten allerdings ähnlich.

Tabelle 4.9

Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit psychischen Störungen in den Studien von ZANARINI et al. (1998a; 1989) und den eigenen Befunden

Psychische Störungen	Zanarini et al., 1998a lifetime stationär		Zanarini et al., 1989 lifetime ambulant		Eigene Befunde	
	N = 379	%	N = 50	%	N = 50	%
Affektive Störungen	365	96	50	100	39	78
Major Depression	314	83	39	78	33	66
Dysthymie	146	39	50	100	10	20
Bipolar II	36	10	0	0	2	4
Substanzabhängigkeit	243	64	42	84	30	60
Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit	198	52	33	66	32	64
Drogenmissbrauch/ Abhängigkeit	175	46	35	70	30	60
Psychotische Störungen	5	2	0	0	0	0
Angststörungen	335	88	12	24	42	84
Panikstörung	181	48	3	6	15	30
Agoraphobie	46	12	5	10	1	2
Soziale Phobie	174	46	1	2	31	62
Einfache Phobie	120	32	5	10	19	38
Zwangsstörung	59	16	0	0	16	32
Posttraumatische Belastungsstörung	212	56			23	46
Generalisierte Angststörung	51	14	0	0	3	6
Somatoforme Störungen	39	10	2	4	12	24
Somatisierungsstörung	16	4	2	4	6	12
Hypochondrie	18	5	0	0	5	10
Somatoforme Schmerzstörung	16	4			6	12
Essstörung	201	53	7	14	29	58
Anorexia nervosa	79	21	3	6	14	28
Bulimia nervosa	97	26	4	8	14	28
Essstörung NNB	99	26			7	14

[Legende: NNB = Nicht näher bezeichnet.]

Tabelle 4.10

Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit anderen Persönlichkeitsstörungen im stationären Setting nach der Übersicht in Kap. 1.4.1.2, in der Studie von ZANARINI et al. (1998a) und den eigenen Befunden

Persönlichkeitsstörungen	Stationäres Setting			Zanarini et al. (1998b)		Eigene Befunde	
	Nr. = 9		Total = 711				
	Md (%)	Min (%)	Max (%)	N= 379	%	N = 50	%
Cluster A							
Paranoid	8	0	49	115	30	3	6
Schizoid	0	0	11	7	2	2	4
Schizotyp	21	7	50	25	7	2	4
Cluster B							
Histrionisch	31	15	82	58	15	0	0
Narzistisch	16	5	54	62	16	2	4
Antisozial	23	13	49	86	23	2	4
Cluster C							
Selbstunsicher-vermeidend	29	5	46	163	43	26	52
Dependent	34	3	58	192	51	9	18
Zwanghaft	9	0	32	69	18	11	22
Negativistisch	25	0	61	93	25	10	20

[Legende: Nr. = Anzahl der untersuchten Stichproben; Total = Anzahl der untersuchten Patienten; Md = Median (%); Min = Minimum (%); Max = Maximum (%).]

4.5 Datenaufbereitung und statistische Auswertung

Leider liegen nicht von allen 50 Patientinnen und Patienten vollständige Datensätze vor. Bei 16 Personen fehlen die Daten zum zweiten und bei 6 Personen zum dritten Messzeitpunkt. In der Darstellung der Ergebnisse wird zuerst die Analyse mit den 34 vollständigen Datensätzen und anschließend die Analyse mit vervollständigten Daten berichtet. Die Vervollständigung erfolgte, indem der letzte beobachtete Wert des Falles für den fehlenden Wert eingesetzt wird (Last Observation Carried Forward = LOCF). Dies ist bisher das gängigste Verfahren, fehlende Daten zu ersetzen (HEITJAN, 1997).

Die statistischen Prozeduren, die Berechnungen reliabler Veränderungen sowie Effektstärken werden abschließend behandelt. Die Datenauswertung erfolgte mit dem Programmpaket ‚SPSS für Windows‘ in der Version 9.0 (BÜHL & ZÖFEL, 2000). Für alle Selbstbeurteilungsinstrumente sind teststatistische Parameter bekannt und liegen Normierungen vor, so dass ein Intervallskalenniveau angenommen werden kann und parametrische Methoden verwendet werden. Auch beim BMI und beim GAF wird gleiches Skalenniveau unterstellt. Sofern Unterschiede zu zwei Messzeitpunkten in den Hypothesen erwartet wurden, fand die Überprüfung mit T-Tests für abhängige Stichproben statt. Zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden über drei Messzeitpunkte und Interaktionseffekte kommen Varianzanalysen mit gemischt abhängigen Stichproben zum Einsatz. Im Falle signifikanter Gruppenunterschiede wird anschließend der Scheffé-Test berechnet. Werden Diagnosehäufigkeiten in Gruppen verglichen, kommt der χ^2 -Test zur Anwendung. Korrelationen und eine multiple schrittweise Regression werden benutzt, wenn Zusammenhänge angenommen und kontinuierlich gemessene Prädiktorvariablen für kontinuierliche Kriterien vorliegen.

Die Reduktion der allgemeinen Symptombelastung soll mit einem reliabilitätsbasierten Erfolgskriterium in Zusammenhang gebracht werden. Dazu wird der ‚Reliable-Change-Index‘ (RCI) für jede Person gebildet (JACOBSON & TRUAX, 1991, vgl. den Überblick von OGLES et al., 2001) Der RCI ist ein Quotient aus der Differenz der Mittelwerte von Prä- und Postmessung und dem Standardfehler der Differenz der beiden Messungen:

$$RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}}$$

Dieser Standardfehler beschreibt die Spannweite von Werten, die wahrscheinlich ist, wenn keine Veränderung geschehen ist. Er kann direkt aus den Standardfehlern der Messungen

ermittelt werden:

$$S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$$

Der Standardfehler berücksichtigt die Standardabweichung einer Normierungsstichprobe und die Korrelation der Mittelwerte zwischen Prä- und Postmessung:

$$S_E = SD_{Norm} \sqrt{1 - r_{x_1 x_2}}$$

Die Standardabweichung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) der SCL-90-R wird in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (HESSEL et al., 2001) mit .39 angegeben und zur Berechnung des RCI verwendet. Ein RCI größer als 1,96 ist unwahrscheinlich ($p < .05$) ohne wirkliche Veränderung. Wenn der RCI kleiner als $-1,96$ ist eine reliable Verschlechterung eingetreten. Innerhalb dieses Konfidenzintervalls liegen Personen ohne bedeutsame Veränderung. Die Bildung des RCI ermöglicht einen Vergleich zwischen reliabel veränderten und unveränderten Personen.

Ferner sollen Effektstärken als Veränderungskennwerte der beschriebenen Selbstbeurteilungsinstrumente berechnet werden. Diese Parameter haben im Kontext von Meta-Analysen in der Psychotherapieforschung inzwischen häufige Verwendung gefunden (z. B. GRAWE et al., 1994; LAMBERT & BERGIN, 1994). In der Grundformel wird ein Quotient aus der Differenz zweier Mittelwerte und einer Streuung gebildet:

$$ES = \frac{M_a - M_b}{s}$$

In der vorliegenden Studie soll die Effektstärke von MCGAW & GLASS (1980; vgl. auch BORTZ, 1984) verwendet werden, so dass die Abhängigkeit der Messungen und mögliche Varianzveränderungen berücksichtigt werden (HARTMANN & HERZOG, 1995). In diese Formel fließen die Korrelation und die Varianz beider Mittelwerte ein:

$$ES = \frac{M_{treat_{t1}} - M_{treat_{t2}}}{\sqrt{(s_{t1}^2 + s_{t2}^2 - 2r_{t1t2}s_{t1}s_{t2})}}$$

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Analysen dargestellt. Bevor Zusammenhänge zwischen den Variablen geprüft werden, sollen zuerst einige deskriptive Befunde hinsichtlich der Komorbiditäten und der Effektstärken in einzelnen Messinstrumenten beschrieben werden (Kap. 5.1). Anschließend werden Therapieerfolg und Prozess der allgemeinen Symptombelastung (Kap. 5.2 bis 5.3) sowie spezifischer Einstellungen (Kap. 5.4) in Abhängigkeit von Komorbiditäten betrachtet. Auf den Zusammenhang von posttraumatischer Belastungsstörung und Ausprägung der Dissoziation wird in Kapitel 5.5 eingegangen. Mit Ausprägung und Verlauf der Dissoziation in der Behandlung beschäftigt sich Kapitel 5.6. Die Ergebnisdarstellung schließt mit der Berechnung einiger Prädiktoren für den Therapieerfolg und dem Vergleich reliabel verbesserter versus nicht verbesserter Patientengruppen (Kap.5.7).

5.1 Deskriptive Befunde und Effektstärken

Die Anzahl der psychischen Störungen und der Persönlichkeitsstörungen variiert innerhalb der Stichprobe erheblich. Tabelle 5.1 gibt noch einmal einen Überblick über einzelne Tendenzen und Variationsmaße.

Tabelle 5.1

Zentrale Tendenzen und Variationsmaße der Anzahl psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen

	MW	(SD)	Md	Min	Max
Psychische Störungen	5,58	(3,19)	6	1	13
Persönlichkeitsstörungen	2,24	(1,12)	2	1	6

[Legende: MW = Mittelwerte; SD = Standardabweichungen; Md = Median; Min = Minimum; Max = Maximum.]

In Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Störungen soll der Faktor ‚Komorbidität‘ in drei Stufen geteilt werden. Die Verteilung psychischer Störungen findet sich in Abbildung 5.1, die der Persönlichkeitsstörungen in Abbildung 5.2. Die Stichprobe wird in Terzile mit niedriger, mittlerer und hoher Anzahl psychischer Störungen eingeteilt. Im ersten Terzil sind unter der Berücksichtigung vollständiger Datensätze acht Personen mit 1-3 Diagnosen. Im zweiten Terzil mit 4-7 Diagnosen befinden sich 16 Personen, im dritten mit 8-13 Diagnosen zehn. Wenn mit vervollständigten Daten (LOCF) Analysen durchgeführt werden, finden sich in der zuerst genannten Gruppe 14 Personen, in der zweiten 21 und in der dritten 15. Diese Gruppenaufteilung soll in der weiteren Datenanalyse als unabhängige

Variable verwendet werden.

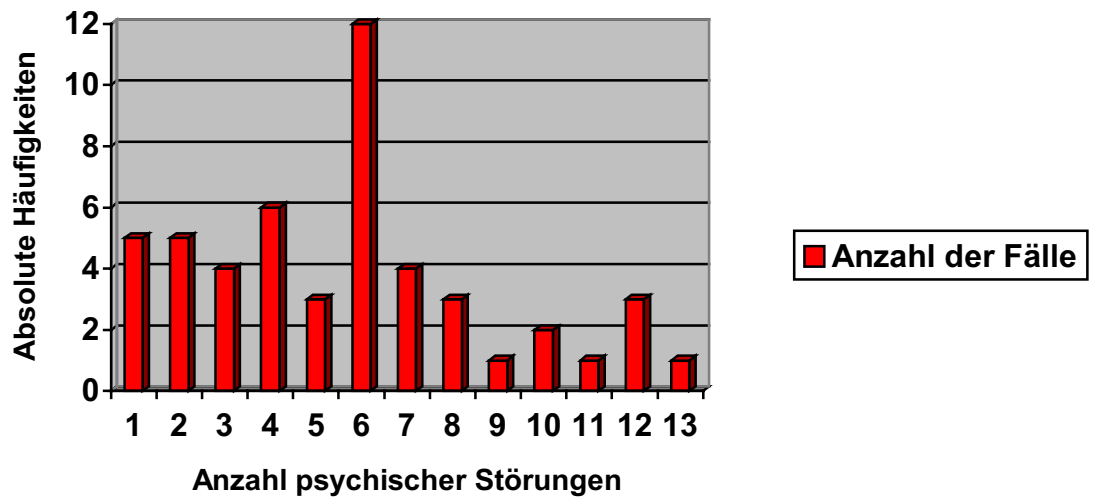


Abbildung. 5.1
Verteilung psychischer Störungen

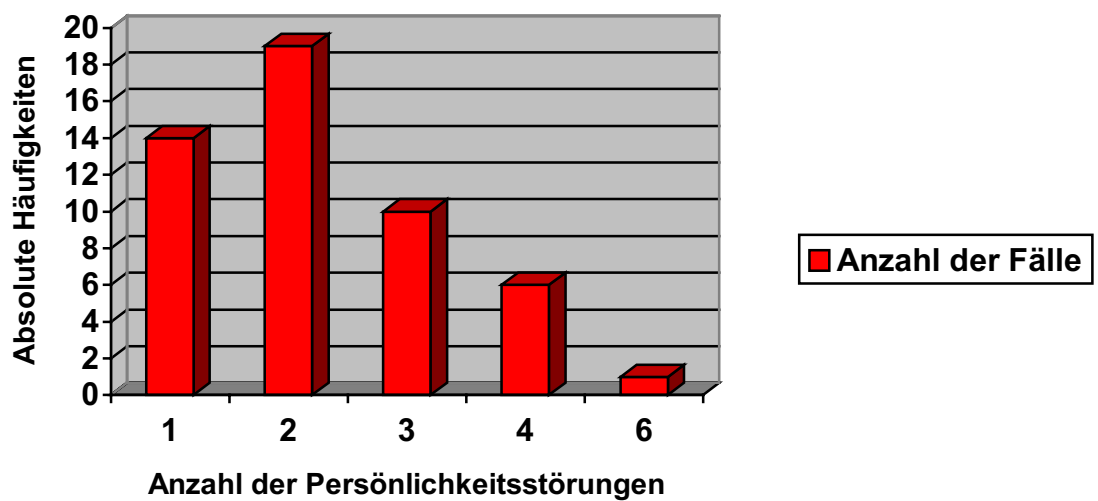


Abbildung 5.2
Verteilung der Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 5.2. zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen, Korrelationen und Effektstärken der einzelnen verwendeten Messinstrumente für die gesamte Gruppe bei Aufnahme und Entlassung. Nach der herkömmlichen Einteilung von COHEN (1977), die sich aber auf die Effektstärkenberechnung nach SMITH et al. (1980) bezieht, werden kleine Effekte zwischen 0,23 und 0,38 in fünf Messinstrumenten erreicht. Mittelwerte und Standardabweichungen aller Messinstrumente unabhängig von der Gruppenaufteilung nach der Anzahl psychischer Störungen finden sich für die drei Messzeitpunkte im Anhang.

Tabelle 5.2

Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD), Korrelationskoeffizienten nach Pearson (r), Effektstärke (ES) nach MCGAW & GLASS (1980) der Messinstrumente mit vervollständigtem Datensatz (LOCF)

Messinstrumente	Prä		Post			
	MW	(SD)	MW	(SD)	$r_{\text{prä/post}}$	ES
GAF	35,2	(10)	50,9	(13)	0,51	0,86
GSI (SCL-90-R)	1,80	(0,68)	1,40	(0,86)	0,62	0,32
BDI	31,96	(11,02)	24,36	(13,75)	0,55	0,38
SESA	58,92	(16,33)	66,75	(23,28)	0,73	0,24
KIB	3,32	(0,54)	2,96	(0,87)	0,44	0,32
EDI-2	354,06	(47,89)	333,02	(60,63)	0,71	0,23
FDS	28,48	(12,06)	26,32	(12,52)	0,72	0,11
PDS	23,10	(14,34)	21,95	(14,41)	0,81	0,05

[Legende: Ausprägung des psychosozialen Funktionsniveaus im Global Assessment of Functioning (GAF), der allgemeinen Symptombelastung (GSI), der Depressivität (BDI), der Selbstakzeptierung (SESA), der typischen Einstellungen von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) und komorbiden Essstörungen (EDI-2), der Dissoziation (FDS) und der posttraumatischen Symptomatik (PDS).]

5.2 Der Einfluss der Diagnosenanzahl auf die Ausprägung der Symptombelastung und der Depressivität

Hypothese 1: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen und der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung.

Hypothese 2: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen und der Ausprägung der Depressivität.

Die angenommenen Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Diagnosen und der allgemeinen Symptombelastung bzw. der Depressivität können nicht vollständig bestätigt werden. Tabelle 5.3 zeigt die einzelnen Korrelationen. Die allgemeine Symptombelastung korreliert zum ersten ($r = .34$) und dritten ($r = .39$) Messzeitpunkt signifikant mit der Anzahl psychischer Störungen, nicht aber mit der Anzahl der Persönlichkeitsstörungen. Zusammenhänge mit der Ausprägung der Depressivität bestehen weder mit der Anzahl psychischer Störungen noch mit der der Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt kann der Hypothese 1 nur teilweise zugestimmt werden, Hypothese 2 wird abgelehnt.

Ein linearer Zusammenhang zwischen der Symptombelastung und der Diagnosenanzahl kann nicht angenommen werden, da zum zweiten Messzeitpunkt weder eine Korrelation der Symptombelastung mit der Anzahl der psychischen Störungen noch mit der der Persönlichkeitsstörungen besteht. In den folgenden Analysen werden deshalb keine Kovarianzanalysen mit der Anzahl der Diagnosen als Kovariate berechnet. Stattdessen wird durchgängig die Gruppeneinteilung nach Anzahl der Diagnosen benutzt.

gängig die Gruppeneinteilung nach Anzahl der Diagnosen benutzt.

Tabelle 5.3

Korrelationen (r) zwischen der Anzahl psychischer Störungen auf der Achse-I und der Persönlichkeitsstörungen auf der Achse-II sowie der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und der Depressivität (BDI)

Korrelationen nach Pearson		Anzahl Achse-I	Anzahl Achse-II	GSI_1	GSI_2	GSI_3	BDI_1	BDI_2
Anzahl Achse-II	r	.109						
	p	.451						
	N	50						
GSI_1	r	.341*	.037					
	p	.015	.801					
	N	50	50					
GSI_2	r	.202	-.062	.709+				
	p	.244	.724	.000				
	N	35	35	35				
GSI_3	r	.392**	.149	.621+	.752+			
	p	.008	.334	.000	.000			
	N	44	44	44	34			
BDI_1	r	.256	-.012	.640+	.573+	.440**		
	p	.073	.932	.000	.000	.003		
	N	50	50	50	35	44		
BDI_2	r	.023	.078	.478**	.718+	.583+	.657+	
	p	.895	.655	.004	.000	.000	.000	
	N	35	35	35	35	34	35	
BDI_3	r	.286	.141	.469**	.646+	.837+	.552+	.788+
	p	.059	.362	.001	.000	.000	.000	.000
	N	44	44	44	34	44	44	34

[Legende: p = Signifikanz; N = Anzahl der berücksichtigten Fälle; * = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant; + = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.]

Wenn die Korrelationen zwischen der Anzahl psychischer Störungen und den einzelnen Problembereichen bei Entlassung durch die Ausgangswerte bei Aufnahme kontrolliert werden, ergeben sich keine Zusammenhänge. Tabelle 5.4 gibt die Partialkorrelationen an.

Tabelle 5.4

Partialkorrelationen (r) zwischen der Anzahl psychischer Störungen und verschiedenen Problembereichen bei Entlassung kontrolliert durch den Wert bei Aufnahme, Signifikanz (p) und Anzahl der Fälle (N)

Partialkorrelationen mit der Anzahl psychischer Störungen	GSI_3	BDI_3	KIB_1	SESA_3	EDI-2_3	FDS_3	PDS_3
Kontrolliert durch	GSI_1	BDI_1	KIB_1	SESA_1	EDI-2_1	FDS_1	PDS_1
r	.2447	.1843	.2604	-.068	.1943	.1406	-.924
p	.114	.237	.092	.664	.212	.368	.556
N	41	41	41	41	41	41	41

5.3 Der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität

- Hypothese 3:** Die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität reduziert sich im Therapieverlauf.
- Hypothese 4:** Es gibt einen Unterschied in der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen.
- Hypothese 5:** Bei Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen werden die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und die der Depressivität im Therapieverlauf mehr reduziert als bei Patientinnen mit einer höheren Anzahl an Diagnosen.

Die Befunde zur Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität werden getrennt dargestellt. Die Symptombelastung kann im Therapieverlauf für alle drei Gruppen reduziert werden ($F = 8,81$; $p = .006$). In Tabelle 5.5 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen, in Tabelle 5.6 die Ergebnisse der Varianzanalyse bei abhängigen Stichproben angegeben. Die nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen unterscheiden sich in der Tendenz ($F = 2,83$; $p = .074$). Eine Wechselwirkung kann nicht festgestellt werden ($F = 0,2$; $p = \text{n.s.}$), d.h. die Gruppe mit der geringeren Anzahl psychischer Störungen profitiert nicht mehr von der Therapie als die beiden anderen Gruppen (vgl. Abbildung 5.3).

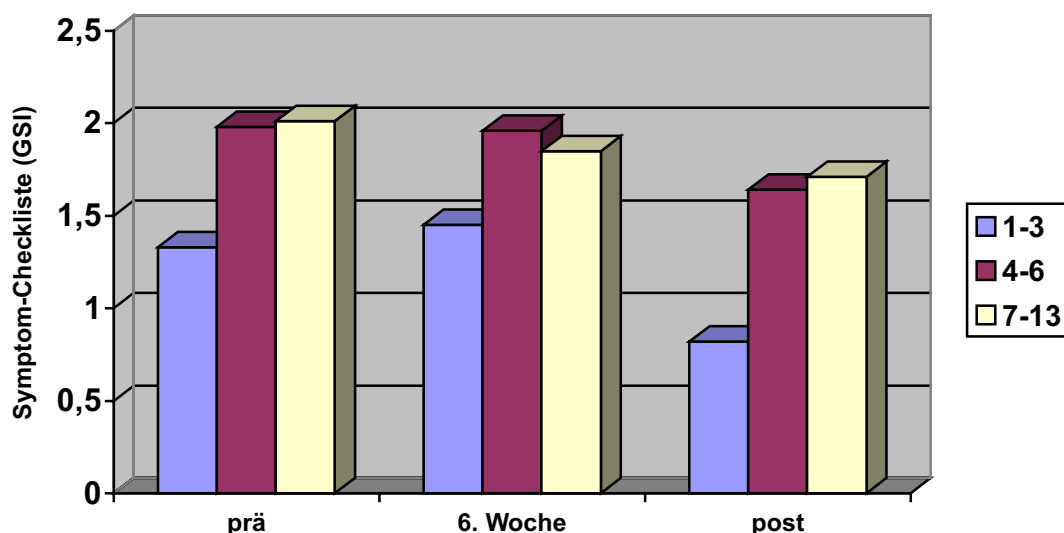


Abbildung. 5.3

Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) in Abhängigkeit von den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Tabelle 5.5

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	8	1,33	(0,69)	1,45	(0,77)	0,82	(0,76)
4-6	16	1,98	(0,46)	1,96	(0,74)	1,64	(0,77)
7-13	10	2,01	(0,90)	1,85	(1,00)	1,71	(0,96)

Tabelle 5.6

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	GSI	2,3	8,81	1	.006
Gruppe:	DIA	4,027	2,83	2	.074
Interaktion:	GSI * Dia	5,14	0,2	2	.822

Nutzt man die vervollständigten Daten (LOCF), wird neben dem Zeiteffekt ($F = 19,2$; $p = .001$) auch der Gruppeneffekt signifikant ($F = 3,41$; $p = .041$). Im Scheffé-Test unterscheidet sich die erste Gruppe tendenziell von der zweiten ($p = .097$) und von der dritten ($p = .068$). Die beiden anderen Gruppen zeigen keine Differenz ($p = .937$). Tabelle 5.7 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.8 die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Tabelle 5.7

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	1,43	(0,7)	1,47	(0,75)	0,92	(0,8)
4-6	21	1,92	(0,46)	1,9	(0,68)	1,48	(0,76)
7-13	15	1,99	(0,82)	1,88	(0,89)	1,66	(0,79)

Tabelle 5.8

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LGSI	4,36	19,2	1	.000
Gruppe:	DIA	4,32	3,41	2	.041
Interaktion:	LGSI * Dia	6,09	0,268	2	.766

Die Reduktion der allgemeinen Symptombelastung spiegelt sich auch im psychosozialen Funktionsniveau wieder, das in allen Gruppen im Therapieverlauf steigt ($F = 88,21$; $p = .001$). Das Niveau der Gruppe mit geringer Anzahl psychischer Störungen ist höher als das der Gruppen mit mittlerer ($p = .007$) und hoher Anzahl psychischer Störungen ($p = .011$). Letztere unterscheiden sich nicht im Scheffé-Test ($p = .997$). Tabelle 5.9 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.10 die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Tabelle 5.9

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) des psychosozialen Funktionsniveau (GAF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	43,79	(10,48)	57,50	(11,05)
4-6	21	33,10	(7,24)	47,19	(10,45)
7-13	15	30,00	(8,45)	49,80	(16,68)

Tabelle 5.10

Ergebnisse der Varianzanalyse zum psychosozialen Funktionsniveau (GAF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	GAF	6102,56	88,21	1	.001
Gruppe:	DIA	1133,36	6,75	2	.003
Interaktion:	GAF * Dia	90,36	1,31	1	.281

Zur Veranschaulichung der Effekte dient Abbildung 5.4.

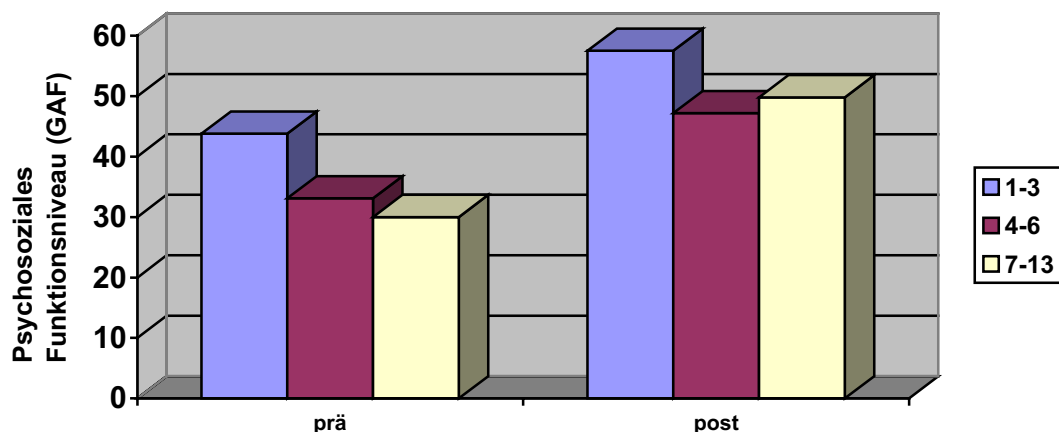


Abbildung. 5.4

Psychosoziales Funktionsniveau (GAF) in Abhängigkeit von den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu zwei Messzeitpunkten

Die Depressivität kann innerhalb der Behandlungszeit ebenfalls reduziert werden ($F = 13,12$; $p = .001$). In Tabelle 5.11 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen und in Tabelle 5.12 die Ergebnisse der Varianzanalyse angegeben.

Tabelle 51

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Depressivität (BDI) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	8	23,63	(12,86)	23,5	(10,36)	15,13	(12,54)
4-6	16	36,94	(7,80)	37,5	(7,57)	30,94	(10,93)
7-13	10	34,5	(10,80)	27	(14,69)	26,5	(15,22)

Tabelle 5.12

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Depressivität (BDI) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	BDI	880,43	13,12	1	.001
Gruppe:	DIA	1663,71	5,94	2	.006
Interaktion:	BDI * Dia	10,74	0,16	2	.853

Bezüglich der Depressivität wird auch der Gruppeneffekt signifikant ($F = 5,94$; $p = .006$). Im Scheffé-Test unterscheidet sich die erste von der dritten ($p = .007$), nicht aber von der zweiten Gruppe ($p = .19$). Die zweite Gruppe zeigt keine Differenz zur dritten ($p = .34$). In der Reduktion der Depressivität ähneln sich die Gruppen: Eine Wechselwirkung liegt nicht vor ($F = 0,16$; $p = \text{n.s.}$). Die hohe Ausprägung in der mittleren Gruppe erklärt sich aus einer ungleichen Häufigkeitsverteilung der Major Depression ($\chi^2 = 8,17$; $df = 2$; $p = .017$), die in Tabelle 5.13 abgebildet ist.

Tabelle 5.13

Kreuztabelle mit den Faktoren Gruppenaufteilung nach der Anzahl psychischer Störungen und Vorliegen einer Major Depression (MDD)

	Anzahl psychischer Störungen	MDD		Gesamt
		keine	vorhanden	
Gruppen nach Diagnosenanzahl	1-3	9	5	14
	4-6	4	17	21
	7-13	4	11	15
Gesamt		17	33	50

Abbildung 5.5 veranschaulicht die Ausprägung der Depressivität.

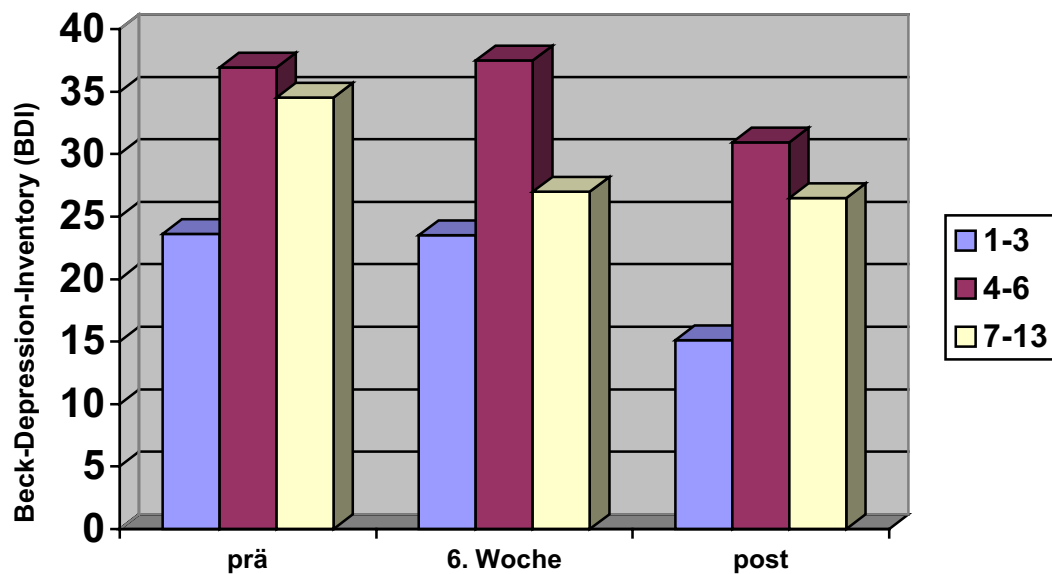


Abbildung 5.5

Ausprägung der Depressivität (BDI) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Bei der Analyse nach Vervollständigung der Daten (LOCF) wird der Zeiteffekt ebenfalls signifikant ($F = 16,47$; $p = .001$), allerdings der Gruppeneffekt nicht mehr ($F = 2,38$; $p = \text{n.s.}$). Möglicherweise zeigt sich hier die ungleiche Häufigkeitsverteilung der Major Depression in den jeweiligen Gruppen. Eine Wechselwirkung besteht nicht ($F = 0,15$; $p = \text{n.s.}$). Tabelle 5.14 gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.15 über die Ergebnisse der Varianzanalyse. Damit werden Hypothesen 3 und 4 akzeptiert, allerdings Hypothese 5 verworfen.

Tabelle 5.14

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Depressivität (BDI; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	26,86	(12,43)	26,57	(10,98)	18,93	(14,64)
4-6	21	34,48	(10,36)	33,62	(12,44)	27,38	(11,96)
7-13	15	33,2	(9,56)	28,2	(12,43)	27,6	(12,67)

Tabelle 5.15

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung von Depressivität (BDI; LOCF)
mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LBDI	1145,15	16,47	1	.001
Gruppe:	DIA	761,73	2,38	2	.104
Interaktion:	LBDI * Dia	10,235	0,147	2	.863

5.4 Der Verlauf störungsspezifischer Einstellungen und der Selbstakzeptanz

Typische Einstellungen, die im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen, werden zuerst analysiert. Anschließend werden Einstellungen, die mit komorbiden Essstörung einhergehen, näher betrachtet. Zuletzt wird die Annahme zur Selbstakzeptierung überprüft.

Hypothese 6: Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, werden im Therapieverlauf reduziert.

Hypothese 7: Es gibt einen Unterschied in der Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen.

Hypothese 8: Bei Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen wird die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, im Therapieverlauf mehr reduziert als bei Patientinnen mit einer höheren Anzahl an Diagnosen.

Die Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann im Therapieverlauf reduziert werden ($F = 8,63$; $p = .006$). Einen Überblick über Mittelwerte und Standardabweichungen gibt Tabelle 5.16, Ergebnisse der Varianzanalyse finden sich in Tabelle 5.17.

Tabelle 5.16

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

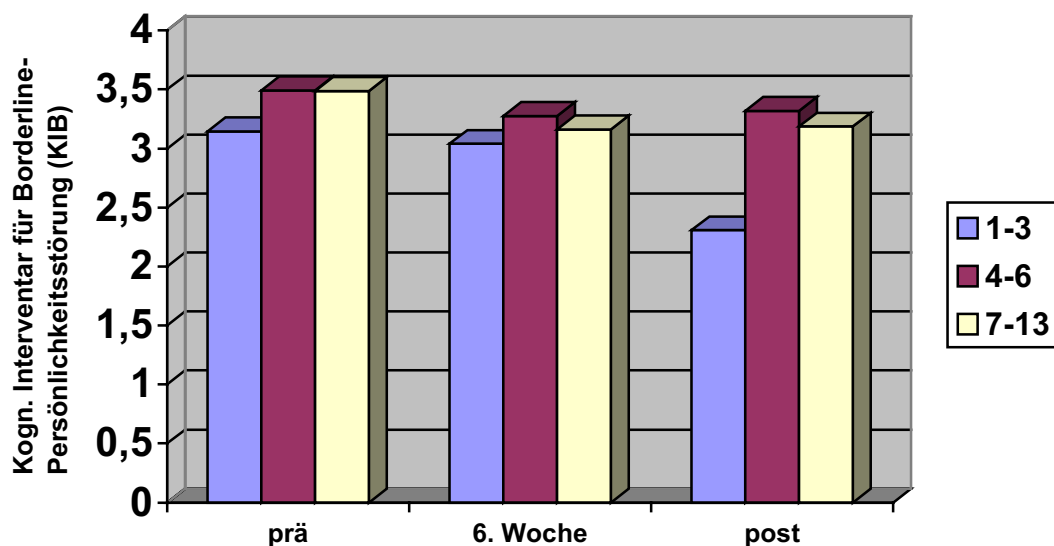
Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	8	3,15	(0,54)	3,04	(0,56)	2,31	(1,10)
4-6	16	3,49	(0,32)	3,27	(0,33)	3,32	(0,51)
7-13	10	3,49	(0,70)	3,16	(1,07)	3,19	(0,98)

Tabelle 5.17

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	Df	Signifikanz
Zeit:	KIB	3,004	8,63	1	.006
Gruppe:	DIA	2,34	2,52	2	.097
Interaktion:	KIB * Dia	0,605	1,74	2	.19

Eine schwache Tendenz ergibt sich zwischen den Mittelwerten der drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen ($F = 2,54$; $p = .097$). Eine Wechselwirkung gibt es nicht: Die Reduktion der Einstellungen erfolgt in allen Gruppen ähnlich ($F = 1,74$; $p = \text{n.s.}$). Zur Veranschaulichung siehe Abbildung 5.6.

**Abbildung 5.6**

Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) in Abhängigkeit von den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

In den Tabellen 5.18 und 5.19 finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Ergebnisse der Varianzanalyse mit den vervollständigten Daten (LOCF). Typische Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung werden reduziert ($F = 11,49$, $p = .001$). Allerdings wird der Gruppeneffekt nicht signifikant ($F = 0,74$; $p = \text{n.s.}$). Damit wird Hypothese 6 akzeptiert, allerdings müssen die Hypothesen 7 und 8 abgelehnt werden.

Tabelle 5.18

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	3,25	(0,48)	3,16	(0,49)	2,62	(0,97)
4-6	21	3,29	(0,54)	3,12	(0,49)	3,12	(0,66)
7-13	15	3,43	(0,60)	3,21	(0,88)	3,14	(0,81)

Tabelle 5.19

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LKIB	3,21	11,49	1	.001
Gruppe:	DIA	0,711	0,74	2	.48
Interaktion:	LKIB * Dia	0,44	1,59	2	.21

Im Folgenden werden die Hypothesen zu den Einstellungen betrachtet, die in Zusammenhang mit komorbiden Essstörungen auftreten.

Hypothese 9: Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die bei Essstörungen auftreten, werden im Therapieverlauf reduziert.

Hypothese 10: Patientinnen mit Anorexia nervosa nehmen im Therapieverlauf zu; Patientinnen mit Übergewicht nehmen ab.

Wenn nur die Patientengruppe herausgegriffen wird, die die Kriterien einer Essstörung aktuell erfüllt und zusätzlich nur vollständige Datensätze berücksichtigt werden, ist die Zellenbesetzung für eine Varianzanalyse nicht ausreichend. Daher wird eine Analyse mit dem vervollständigten Datensatz (LOCF; 29 Patientinnen) durchgeführt. Tabelle 5.20 gibt die Mittelwerte und die Standardabweichungen, Tabelle 5.21 die Ergebnisse der Varianzanalyse an.

Tabelle 5.20

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen (EDI-2; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	5	342,00	(65,84)	338,60	(65,27)	319,20	(71,63)
4-6	12	372,08	(33,04)	361,58	(36,03)	341,92	(45,07)
7-13	12	381,75	(44,42)	341,33	(74,72)	362,42	(66,60)

Tabelle 5.21

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen (EDI-2; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LEDI	7128,12	15,06	1	.001
Gruppe:	DIA	4594,35	0,706	2	.503
Interaktion:	LEDI * Dia	179,96	0,38	2	.24

Die Ausprägung der Einstellungen kann im Therapieerfolg reduziert werden ($F = 15,06$; $p = .001$). Unterschiede zwischen den nach der Anzahl psychischer Störungen unterteilten Gruppen oder eine Wechselwirkung ergeben sich nicht. Diese Einstellungsänderung macht sich auch im Gewichtsverlauf bemerkbar (vgl. Tabelle 5.22). Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa wird das Signifikanzniveau knapp erreicht. Sie nehmen im Therapieverlauf an Gewicht zu ($t = -2,34$; $p = .048$); Patientinnen mit Übergewicht nehmen ab ($t = 2,32$; $p = .034$). Die Hypothesen 9 und 10 werden damit angenommen.

Tabelle 5.22

Ergebnisse des T-Tests bei gepaarten Stichproben zum Vergleich der Mittelwerte des BMI bei Patientinnen mit Anorexia nervosa bzw. Übergewicht bei Aufnahme und Entlassung

T-Tests bei gepaarten Stichproben	N	MW	(SD)	MW	(SD)	t	df	Sig. (2-seitig)
Anorexia nervosa	9	16,89	(1,25)	17,68	(1,84)	-2,34	8	.048
Übergewicht	18	33,78	(10,25)	32,96	(9,45)	2,32	16	.034

Zuletzt wird die Annahme hinsichtlich der Selbstakzeptanz überprüft:

Hypothese 11: Die Ausprägung der Selbstakzeptierung steigt im Therapieverlauf.

Die Selbstakzeptierung kann im Therapieverlauf gesteigert werden ($F = 4,44$; $p = .043$). Ein Gruppeneffekt oder eine Wechselwirkung wird nicht signifikant (Tabellen 5.23 und 5.24).

Tabelle 5.23

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Selbstakzeptierung (SESA) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	8	58,13	(15,87)	61,5	(23,79)	67,75	(34,49)
4-6	16	57,38	(12,63)	59,44	(14,69)	59,75	(12,47)
7-13	10	57,50	(23,14)	60,70	(26,91)	63,40	(25,97)

Tabelle 5.24

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Selbstakzeptierung (SESA) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	SESA	557,24	4,44	1	.043
Gruppe:	DIA	106,337	0,1	2	.91
Interaktion:	SESA * Dia	72,25	0,58	2	.568

Tabelle 5.25 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.26 die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder, wenn in der Analyse mit vervollständigten Daten (LOCF) gerechnet wird. Auch hier gibt es erwartungsgemäß einen Zeiteffekt ($F = 9,21$; $p = .004$), jedoch keinen Gruppeneffekt oder eine Wechselwirkung, so dass die Hypothese 11 ebenfalls angenommen wird.

Tabelle 5.25

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Selbstakzeptierung (SESA; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	59,00	(17,79)	60,21	(22,49)	67,43	(30,75)
4-6	21	60,43	(13,14)	62,00	(14,34)	66,81	(18,00)
7-13	15	56,92	(19,61)	58,87	(22,63)	62,20	(22,19)

Tabelle 5.26

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Selbstakzeptierung (SESA; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LSESA	1106,87	9,212	1	.004
Gruppe:	DIA	198,709	0,196	2	.822
Interaktion:	LSESA * Dia	16,69	0,14	2	.871

5.5 Allgemeine Einflussfaktoren auf die Ausprägung und den Verlauf der Dissoziation

Hypothese 12: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Dissoziation und der allgemeinen Symptombelastung bzw. der Anzahl der Diagnosen.

Die angenommenen Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Dissoziation und der allgemeinen Symptombelastung bestehen unabhängig von der Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung. Ausnahmen bilden Zusammenhänge mit der Anzahl psychi-

scher Störungen. Tabelle 5.27 gibt die einzelnen Partialkorrelationen wieder. Zwischen der Ausprägung der Dissoziation und der allgemeinen Symptombelastung bestehen unabhängig vom Messzeitpunkt mittlere bis hohe Korrelationen zwischen $r = .35$ und $.8$. Damit wird die Hypothese 12 angenommen. Wird die Korrelation der allgemeinen Symptombelastung bei Entlassung mit der Ausprägung der Dissoziation durch den Ausgangswert der Dissoziation kontrolliert, ergibt sich weiterhin ein signifikanter Zusammenhang ($r = .43$; $p = .004$).

Tabelle 5.27

Partialkorrelationen (r) zwischen der Anzahl psychischer Störungen auf der Achse-I sowie der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und der Dissoziation (FDS)

Partialkorrelation nach Pearson		GSI_1	GSI_2	GSI_3	FDS_1	FDS_2	FDS_3
GSI_2	r	.5764+					
	p	.000					
	N	31					
GSI_3	r	.3852*	.6398+				
	p	.027	.000				
	N	31	31				
FDS_1	r	.5664**	.4892*	.5865+			
	p	.001	.004	.000			
	N	31	31	31			
FDS_2	r	.3666*	.6510+	.6509+	.7952+		
	p	.036	.000	.000	.000		
	N	31	31	31	31		
FDS_3	r	.4042*	.3449*	.5260*	.6422+	.7037+	
	p	.020	.049	.002	.000	.000	
	N	31	31	31	31	31	
Anzahl Achse-I	r	.1441	-.0351	.1711	.2478	.2097	.1852
	p	.424	.846	.341	.164	.242	.302
	N	31	31	31	31	31	31

[Legende: p = Signifikanz; N = Anzahl der berücksichtigten Fälle; * = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant; + = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.]

Im Folgenden werden wieder die Gruppenaufteilung nach der Anzahl psychischer Störungen vorgenommen und die Annahmen zur Dissoziation im Therapieverlauf überprüft:

Hypothese 13: Die Ausprägung der Dissoziation reduziert sich im Therapieverlauf.

Hypothese 14: Es gibt einen Unterschied in der Ausprägung der Dissoziation in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen.

Hypothese 15: Bei Patientinnen mit einer geringeren Anzahl an Diagnosen wird die Ausprägung der Dissoziation im Therapieverlauf mehr reduziert als bei Patientinnen mit einer höheren Anzahl an Diagnosen.

Abbildung 5.7 veranschaulicht die Ausprägung der Dissoziation, die im Therapieverlauf reduziert werden kann ($F = 5,07$; $p = .032$).

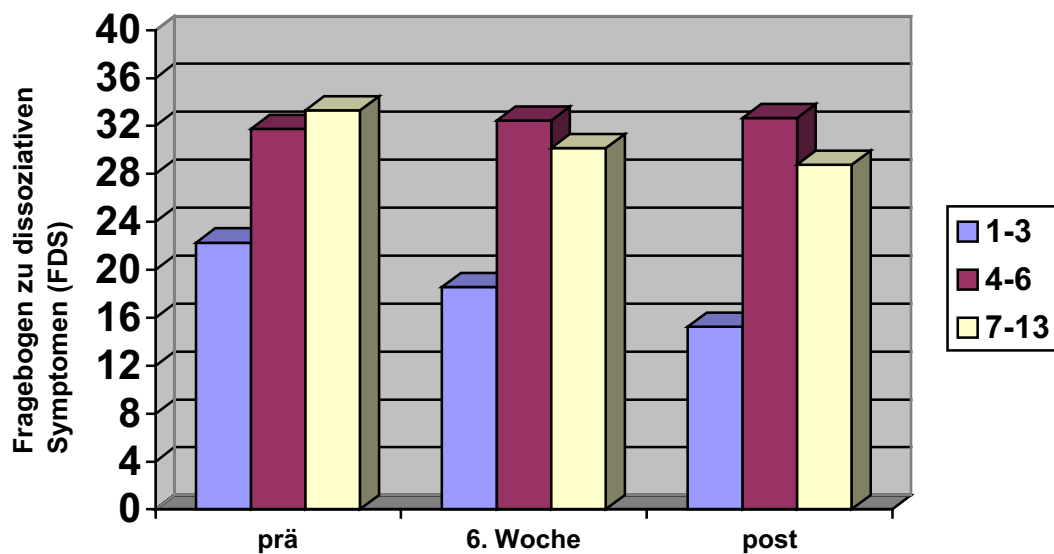


Abbildung 5.7

Ausprägung der Dissoziation (FDS) in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Störungen zu den drei Messzeitpunkten

Die drei Gruppen unterscheiden sich signifikant ($F = 4,64$; $p = .017$). Der Scheffé-Test zeigt an, dass die erste Gruppe im Vergleich zur zweiten ($p = .021$) und tendenziell auch zur dritten Gruppe ($p = .073$) eine niedrigere Ausprägung aufweist. Die beiden anderen Gruppen zeigen keine Differenz ($p = .937$). Es deutet sich auch eine Wechselwirkung an ($F = 2,5$; $p = .099$). Zu Mittelwerten, Standardabweichungen und Ergebnissen der Varianzanalyse siehe Tabellen 5.28 und 5.29.

Tabelle 5.28

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Dissoziation (FDS) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	8	22,27	(5,65)	18,58	(3,72)	15,23	(7,10)
4-6	16	31,76	(10,49)	32,46	(11,82)	32,66	(11,13)
7-13	10	33,32	(15,77)	30,14	(15,61)	28,77	(14,61)

Tabelle 5.29
Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation (FDS)
mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	FDS	198,87	5,07	1	.032
Gruppe:	DIA	1574,123	4,64	2	.017
Interaktion:	FDS * Dia	98,08	2,5	2	.099

In der Auswertung mit den vervollständigten Daten finden sich ähnliche Ergebnisse. Die Ausprägung der Dissoziation kann insgesamt reduziert werden ($F = 6,1$; $p = .017$), tendenziell besonders aber in der Gruppe mit der geringeren Anzahl psychischer Störungen ($F = 2,75$; $p = .074$). Im Scheffé-Test unterscheidet sich die zuletzt genannte Gruppe von der Gruppe mit mittlerer ($p = .043$) und hoher ($p = .007$) Anzahl psychischer Störungen. Tabelle 5.30 gibt die Mittelwerte und die Standardabweichungen wieder, Tabelle 5.31 die Ergebnisse der Varianzanalyse. Damit können die Hypothesen 13 und 14 akzeptiert werden. Hypothese 15 wird nur in der Tendenz angenommen werden können.

Tabelle 5.30
Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Dissoziation (FDS; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	21,85	(5,31)	19,51	(4,65)	17,24	(7,18)
4-6	21	28,42	(11,68)	28,95	(12,75)	29,19	(11,57)
7-13	15	34,75	(14,21)	32,62	(14,41)	29,48	(12,80)

Tabelle 5.31
Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation (FDS; LOCF)
mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LFDS	222,61	6,1	1	.017
Gruppe:	DIA	1901,51	5,87	2	.005
Interaktion:	LFDS * Dia	100,562	2,75	2	.074

5.6 Der Einfluss der posttraumatischen Symptomatik auf die Ausprägung der Dissoziation

Die posttraumatische Belastungsstörung ist auf die drei nach der Anzahl psychischer Störungen aufgeteilten Gruppen ungleich verteilt ($\chi^2 = 6$; $df = 2$; $p = .05$). Die Gruppen mit einer mittleren und hohen Anzahl sind häufiger betroffen, was in Tabelle 5.32 dargestellt wird.

Tabelle 5.32

Kreuztabelle mit den Faktoren Gruppeneinteilung nach der Anzahl psychischer Störungen und Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

		PTBS		Gesamt
		keine	vorhanden	
Gruppen nach Diagnosenanzahl	1-3	11	3	14
	4-6	11	10	21
	7-13	5	10	15
Gesamt		27	23	50

Wenn die Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik in den nach der Anzahl psychischer Störungen aufgeteilten Gruppen verglichen wird, zeigt sich erwartungsgemäß ein signifikanter Gruppeneffekt ($F = 5,43$; $p = .009$). In der Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik unterscheidet sich die erste Gruppe von der zweiten ($p = .01$), nicht aber von der dritten ($p = .249$) im Scheffé-Test. Die anderen beiden Gruppen unterscheiden sich nicht ($p = .36$). Tabelle 5.33 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.34 die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.33

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der posttraumatischen Symptomatik (PDS) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	8	16,67	(14,56)	12,78	(13,54)	16,78	(14,83)
4-6	16	29,88	(8,38)	32,75	(10,85)	28,63	(13,05)
7-13	10	28,00	(14,95)	20,50	(13,88)	23,50	(13,38)

Tabelle 5.34

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik (PDS) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadratrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	PDS	58,11	1,29	1	.27
Gruppe:	DIA	1957,4	5,43	2	.009
Interaktion:	PDS * DIA	27,65	0,6	2	.56

Wenn die vervollständigten Daten (LOCF) verwendet werden, wird nicht nur erneut der Gruppeneffekt signifikant ($F = 4,5$; $p = .016$). Im Scheffé-Test zeigt sich jetzt neben der unterschiedlichen Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik zwischen der ersten und zweiten Gruppe ($p = .028$) auch ein deutlicher Trend zu einer Differenz zwischen den Gruppen 1 und 3 ($p = .051$). Die beiden anderen Gruppen unterscheiden sich nicht ($p = .1$). Tabelle 5.35 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.36 die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.35

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der posttraumatischen Symptomatik (PDS; LOCF) in den drei nach der Anzahl psychischer Störungen gebildeten Gruppen zu den drei Messzeitpunkten

Anzahl der Diagnosen	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
1-3	14	14,14	(13,31)	11,64	(12,24)	14,43	(13,14)
4-6	21	25,43	(13,23)	27,62	(15,26)	23,38	(15,61)
7-13	15	28,20	(13,73)	23,20	(13,57)	24,20	(12,07)

Tabelle 5.36

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik (PDS; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LPDS	89,38	2,58	1	.115
Gruppe:	DIA	2162,47	4,5	2	.016
Interaktion:	LPDS * DIA	33,29	0,96	2	.39

Abschließend wird der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik und der Ausprägung der Dissoziation untersucht.

Hypothese 16: Die Ausprägung der Dissoziation ist bei Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung höher als bei Patientinnen ohne dieses Störungsbildes.

Zwischen der Ausprägung der Dissoziation und der der posttraumatischen Symptomatik bestehen geringe bis mittlere Korrelationen, die sich in Tabelle 5.37 finden.

Tabelle 5.37

Korrelationen (r) zwischen der Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik und der Dissoziation (FDS)

Korrelation nach Pearson		PDS_1	PDS_2	PDS_3
FDS_1	R	.46+	.25	.54+
	P	.001	.14	.00
	N	50	36	44
FDS_2	R	.51**	.39*	.65+
	P	.00	.02	.00
	N	35	35	34
FDS_3	R	.54+	.36*	.67+
	P	.00	.03	.00
	N	44	35	44

[Legende: p = Signifikanz; N = Anzahl der berücksichtigten Fälle; * = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant; + = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.]

Die Gruppe mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung besitzt eine schwache Tendenz zur höheren Ausprägung der Dissoziation ($F = 3,24$; $p = .081$). Tabelle 5.38 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen, Tabelle 5.39 die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Tabelle 5.38

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Dissoziation (FDS) in zwei Gruppen mit und ohne die Diagnose ‚posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)‘ zu den drei Messzeitpunkten

	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
keine PTBS	18	26,69	(7,96)	24,90	(8,65)	24,39	(12,14)
PTBS	16	33,69	(14,74)	32,57	(15,66)	30,82	(13,96)

Tabelle 5.39

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation (FDS) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	FDS	113,48	2,57	1	.12
Gruppe:	PTBS	1257,91	3,24	1	.081
Interaktion:	FDS * PTBS	1,34	0,3	1	.86

Abbildung 5.8 veranschaulicht die in der Tendenz bestehenden Mittelwertunterschiede.

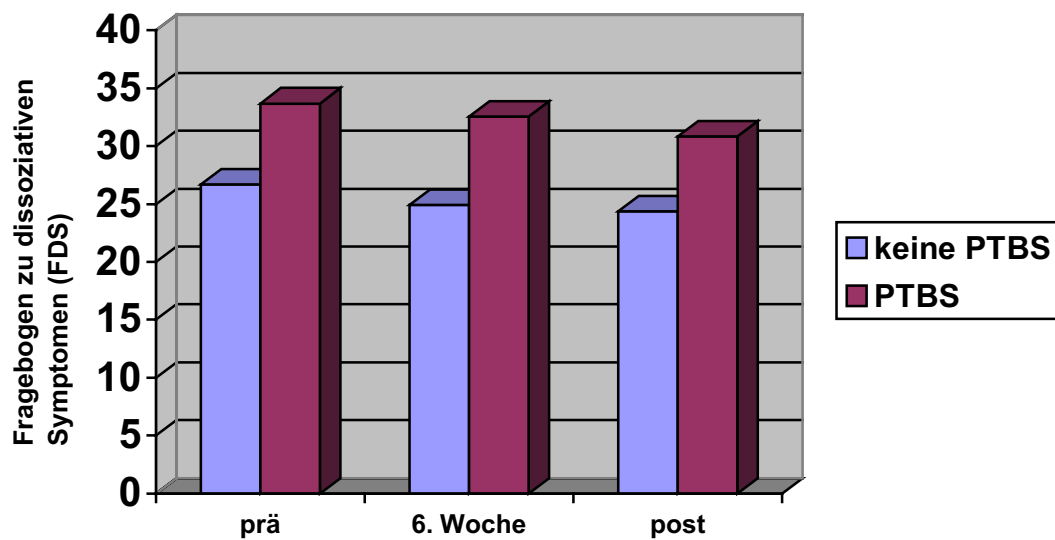


Abbildung 5.8

Ausprägung der Dissoziation (FDS) in Abhängigkeit vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu den drei Messzeitpunkten

In der Analyse mit dem vervollständigten Datensatz (LOCF) unterscheiden sich die Gruppen ebenfalls nur in der Tendenz ($F = 3,36$; $p = .073$). Außerdem wird der Zeiteffekt fast signifikant ($F = 3,85$; $p = .056$): Die Ausprägung der Dissoziation reduziert sich im Therapieverlauf. Tabellen 5.40 und 5.41 geben die Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Varianzanalyse an. Die Hypothese 16 kann also nur in der Tendenz angenommen werden.

Tabelle 5.40

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Dissoziation (FDS; LOCF) in zwei Gruppen mit und ohne die Diagnose ‚posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)‘ zu den drei Messzeitpunkten

	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
keine PTBS	27	26,15	(8,48)	24,84	(8,99)	22,85	(10,57)
PTBS	23	31,20	(14,99)	30,42	(15,50)	29,56	(12,89)

Tabelle 5.41
Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation (FDS; LOCF)
mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LFDS	152,28	3,85	1	.056
Gruppe:	PTBS	1244,23	3,36	1	.073
Interaktion:	LFDS * PTBS	17,1	0,432	1	.514

5.7 Verbesserte versus nicht verbesserte Patientengruppen

Welche der untersuchten Faktoren wirken sich auf die allgemeine Symptombelastung bei Entlassung aus? In einer schrittweisen multiplen Regression werden die Ausprägung der Dissoziation, der posttraumatischen Symptomatik, der Selbstakzeptierung und der typischen Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in das Modell übernommen. Die aufgeklärte Varianz für das ganze Modell beträgt 60 %. Tabelle 5.42 gibt das Ergebnis der multiplen Regression wieder.

Tabelle 5.42
Ergebnis der schrittweisen multiplen Regression

Kriterium: GSI_3	Ausgewählte Prädiktoren	β	T	p	Korr. R ²	Korrigiertes R ² für das gesamte Modell = 0,597
	FDS_1	.52	4,45	.00	.42	
	PDS_1	.39	3,45	.00	.52	
	SESA_1	-.37	-3,11	.00	.55	
	KIB_1	-.31	-2,31	.03	.60	

[Legende: Standardisiertes Zusammenhangsmaß (β), Prüfgröße (T), Signifikanz (p) und aufgeklärte Varianz (korrigiertes R²). Prädiktoren: Anzahl psychischer Störungen; Anzahl der Persönlichkeitsstörungen; Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI), der Depressivität (BDI), der Selbstakzeptierung (SESA), der typischen Einstellungen von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) und komorbiden Essstörungen (EDI-2), der Dissoziation (FDS), der posttraumatischen Symptomatik (PDS) bei Aufnahme.]

Von 44 Personen lässt sich ein Reliable-Change-Index (RCI) individuell anhand der allgemeinen Symptombelastung (GSI) ermitteln. 26 Personen haben sich reliable verbessert, 14 sind in ihrer allgemeinen Symptombelastung ähnlich geblieben und vier Personen haben sich verschlechtert. Bei sechs Personen liegen nur die Werte bei Aufnahme vor, die daher nicht weiter berücksichtigt werden können. Reliable veränderte wie unveränderte Personen finden sich in allen drei nach der Anzahl psychischer Störungen aufgeteilten Gruppen. Ein χ^2 -Test darf aufgrund der Häufigkeitsverteilung, die in Tabelle 5.43 angege-

ben wird, nicht durchgeführt werden. Fünf Zellen (56 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner fünf.

Tabelle 5.43

Kreuztabelle mit den Faktoren Gruppeneinteilung nach der Anzahl psychischer Störungen und reliabel veränderte, unveränderte und verschlechterte Patientengruppe (RCI)

		RCI			Gesamt
		Reliabel verbessert	Nicht verändert	Reliabel verschlechtert	
Gruppen nach Anzahl der Diagnosen	1-3	6	4	1	11
	4-6	14	4	3	21
	7-13	6	6		12
Gesamt		26	14	4	44

Für die weitere Analyse werden die Personen, die sich reliabel verschlechtert haben, zur Gruppe der unveränderten hinzugefügt. Im weiteren wird nur noch von reliabel verbesserten und nicht verbesserten Gruppen die Rede sein. Die Unterschiede zwischen diesen Patientengruppen sollen hinsichtlich der Ausprägung der Depressivität, störungsspezifischer Einstellungen, Selbstakzeptierung und dissoziativer Zustände untersucht werden. Dazu wurden folgende Annahmen formuliert:

Hypothese 17: Die Ausprägung der Depressivität ist in der reliabel verbesserten Patientengruppe am Ende der Therapie stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.

Hypothese 18: Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, ist in der reliabel verbesserten Patientengruppe am Ende der Therapie stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.

Hypothese 19: Die Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen ist am Ende der Therapie in der reliabel verbesserten Patientengruppe stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.

Hypothese 20: Die Ausprägung der Selbstakzeptierung ist in der reliabel verbesserten Patientengruppe am Ende der Therapie stärker gesteigert als in der nicht verbesserten Gruppe.

Hypothese 21: Die Ausprägung der Dissoziation ist am Ende der Therapie in der reliabel verbesserten Patientengruppe stärker verringert als in der nicht verbesserten Gruppe.

Werden die beiden Gruppen von reliabel verbesserten versus nicht verbesserten Personen hinsichtlich der Ausprägung der Depressivität verglichen, so zeigt sich nicht nur eine Reduktion der Depressivität im Therapieverlauf ($F = 14,22$; $p = .001$), sondern auch eine Wechselwirkung: Obwohl die reliabel veränderte Gruppe sich nicht in der Ausprägung der Depressivität unterscheidet ($F = 0,94$; $p = .34$), reduziert sich die Symptomatik mehr als in der nicht verbes-

serten Gruppe ($F = 4,59$; $p = .04$). In der Tabelle 5.44 finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen, in Tabelle 5.45 die Ergebnisse der Varianzanalyse. Abbildung 5.9 veranschaulicht die Effekte.

Tabelle 5.44

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Depressivität (BDI) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	18	33,44	(11,61)	28,94	(14,07)	22,56	(12,35)
nicht verbessert	16	32,69	(10,95)	33,56	(9,29)	29,69	(14,82)

Tabelle 5.45

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Depressivität (BDI) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	Df	Signifikanz
Zeit:	BDI	816,993	14,22	1	.001
Gruppe:	RCI	341,22	0,94	1	.34
Interaktion:	BDI * RCI	263,58	4,59	1	.04

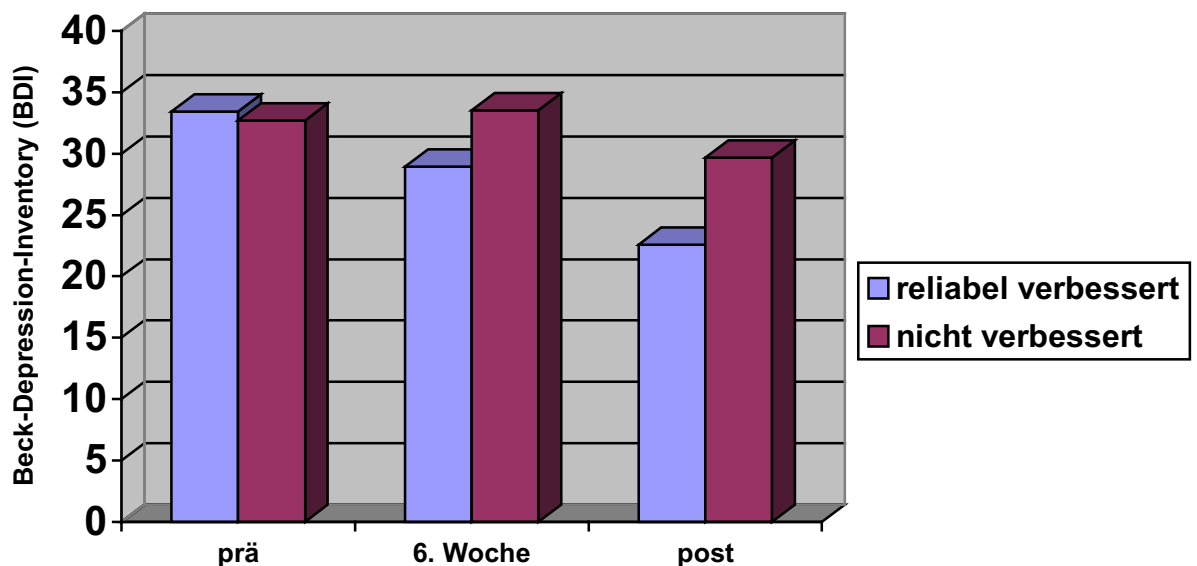


Abbildung 5.9

Ausprägung der Depressivität (BDI) in der reliabel verbesserten und nicht verbesserten Patientengruppe

In der Analyse mit den vervollständigten Daten (LOCF) zeigen sich ebenfalls ein Zeiteffekt ($F = 15,91$; $p = .001$) und eine Wechselwirkung ($F = 7,64$; $p = .008$). In der Tabelle

5.46 finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen, in Tabelle 5.47 die Ergebnisse der Varianzanalyse. Hypothese 17 wird daher angenommen.

Tabelle 5.46

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Depressivität (BDI; LOCF) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	26	31,77	(11,37)	27,62	(13,82)	20,12	(11,72)
Nicht verbessert	18	32,61	(11,83)	33,39	(10,51)	30,50	(14,45)

Tabelle 5.47

Ergebnisse der Varianzanalyse der Ausprägung der Depressivität (BDI; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LBDI	1007,657	15,91	1	.001
Gruppe:	RCI	1024,636	2,96	1	.093
Interaktion:	LBDI * RCI	484,294	7,64	1	.008

Die Ausprägung von typischen Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung reduziert sich in beiden Gruppen ($F = 6,02$; $p = .02$). Ein Gruppenunterschied ($F = 1,43$; $p = .24$) oder eine Wechselwirkung ($F = 1,43$; $p = .24$) kann nicht festgestellt werden. In der Tabelle 5.48 finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen, in Tabelle 5.49 die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Tabelle 5.48

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	18	3,37	(0,55)	3,01	(0,76)	2,92	(0,74)
Nicht verbessert	16	3,46	(0,49)	3,38	(0,50)	3,18	(1,06)

Tabelle 5.49

Ergebnisse der Varianzanalyse der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	KIB	2,24	6,02	1	.02
Gruppe:	RCI	1,43	1,43	1	.24
Interaktion:	KIB * RCI	0,112	0,3	1	.59

Werden die vervollständigten Daten genutzt (LOCF), wird ebenfalls nur der Zeiteffekt signifikant ($F = 8,14$; $p = .007$). Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich ihrer Ausprägung ($F = 2$; $p = .165$) und ihres Verlaufes ($F = 1,29$; $p = .262$) nicht. Tabellen 5.50 und 5.51 zeigen die Mittelwerte, Standardabweichungen und die Ergebnisse der Varianzanalyse. Hypothese 18 wird verworfen.

Tabelle 5.50

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB; LOCF) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	26	3,29	(0,60)	3,05	(0,73)	2,80	(0,74)
nicht verbessert	18	3,39	(0,51)	3,32	(0,50)	3,18	(1,00)

Tabelle 5.51

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LKIB	2,58	8,14	1	.007
Gruppe:	RCI	2,036	2	1	.165
Interaktion:	LKIB * RCI	0,41	1,29	1	.262

Wenn die Einstellungen betrachtet werden, die mit aktuell bestehenden komorbiden Essstörungen einhergehen, und nur die vollständigen Datensätze berücksichtigt werden, reduziert sich die Zahl der Fälle auf 21. Wenn die vervollständigten Daten (LOCF) genutzt werden, können 26 Fälle in die Berechnungen einfließen. In der Analyse mit vollständigen Datensätzen kann nur die bekannte Reduktion der Einstellungen festgestellt werden ($F = 13,12$; $p = .002$). Außerdem deutet sich eine schwache Wechselwirkung an ($F = 3,21$; $p = .089$). Mittelwerte und Standardabweichungen finden sich in Tabelle 5.52, Ergebnisse der

Varianzanalyse in Tabelle 5.53.

Tabelle 5.52

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen (EDI-2) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	11	377,82	(40,68)	354,73	(56,13)	343,82	(55,97)
nicht verbessert	10	375,50	(50,14)	338,10	(72,71)	364,00	(62,15)

Tabelle 5.53

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbider Essstörung (EDI-2) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	EDI	5422	13,12	1	.002
Gruppe:	RCI	2,669	0	1	.984
Interaktion:	EDI* RCI	1325,893	3,21	1	.089

In der Analyse mit vervollständigten Datensätzen (LOCF) wird wieder der Zeiteffekt ($F = 21,07$; $p = .001$) und jetzt auch die Wechselwirkung ($F = 6,96$; $p = .014$) signifikant: In der reliabel veränderten Gruppe wurden die typischen Einstellungen, die mit komorbiden Essstörungen einhergehen, stärker reduziert als in der unveränderten Gruppe. Dies entspricht der Hypothese 19. Tabelle 5.54 gibt die Mittelwerte und die Standardabweichungen, Tabelle 5.55 die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.54

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen (EDI-2; LOCF) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	15	366,87	(41,47)	349,93	(50,02)	327,47	(55,51)
nicht verbessert	11	380,09	(49,94)	346,09	(73,90)	369,45	(61,67)

Tabelle 5.55

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung typischer Einstellungen von Patientinnen mit komorbider Essstörung (EDI-2; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LEDI	7944,235	21,07	1	.001
Gruppe:	RCI	5582,17	0,86	1	.36
Interaktion:	LEDI* RCI	2625,235	6,96	1	.014

Hinsichtlich der Ausprägung der Selbstakzeptierung wird das Signifikanzniveau des Zeiteffekts ($F = 3,51$; $p = .07$) und der Wechselwirkung ($F = 0,052$; $p = .052$) knapp verfehlt. Tabelle 5.56 gibt die Mittelwerte und die Standardabweichungen, Tabelle 5.57 die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.56

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Selbstakzeptierung (SESA) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	18	58,61	(19,94)	64,89	(24,70)	68,61	(24,93)
nicht verbessert	16	56,44	(12,07)	55,13	(13,09)	56,06	(18,58)

Tabelle 5.57

Ergebnisse der Varianzanalyse zur der Selbstakzeptierung (SESA) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	Df	Signifikanz
Zeit:	SESA	392,36	3,51	1	.07
Gruppe:	RCI	1692,903	1,723	1	.199
Interaktion:	SESA * RCI	455,89	4,08	1	.052

Abbildung 5.10 veranschaulicht die Effekte.

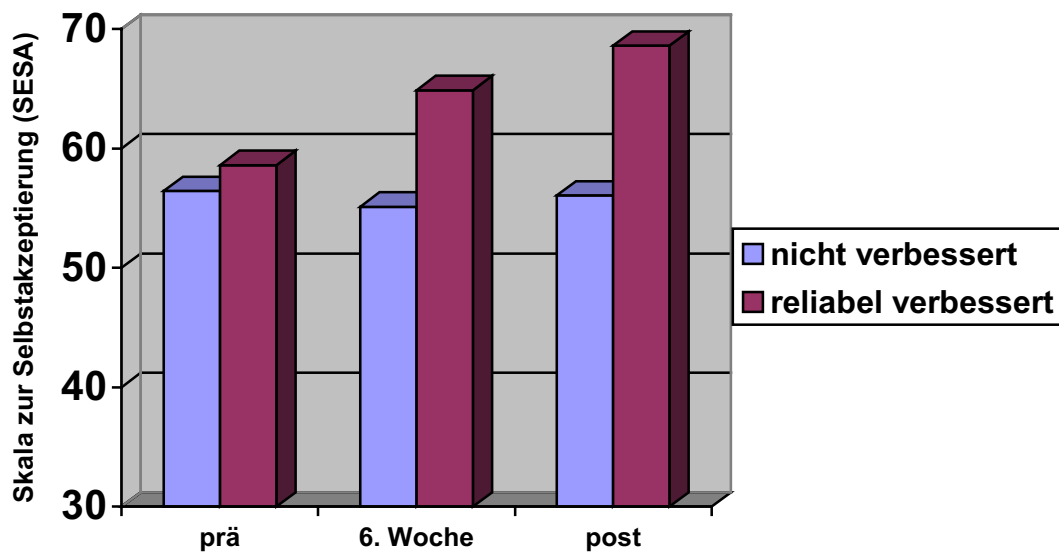


Abbildung 5.10

Ausprägung der Selbstakzeptierung (SESA) in der reliabel verbesserten und nicht verbesserten Patientengruppe

In der Analyse mit vervollständigten Datensätzen (LOCF) zeigt sich, dass die Selbstakzeptierung im Therapieverlauf gesteigert werden kann ($F = 8,74$; $p = .005$). Die Gruppen unterscheiden sich in ihrer Ausprägung ($F = 4,44$; $p = .041$) und die reliabel verbesserte Gruppe kann ihre Selbstakzeptierung mehr steigern als die nicht gebesserte Gruppe ($F = 8,45$; $p = .006$). Damit wird Hypothese 20 angenommen. Tabelle 5.59 gibt die Mittelwerte und die Standardabweichungen, Tabelle 5.60 die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.59

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Selbstakzeptierung (SESA; LOCF) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	26	60,96	(18,05)	65,31	(21,40)	74,12	(23,78)
nicht verbessert	18	56,00	(12,74)	54,83	(13,56)	56,11	(18,35)

Tabelle 5.60

Ergebnisse der Varianzanalyse zur der Selbstakzeptierung (SESA; LOCF)
mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	SESA	935,78	8,74	1	.005
Gruppe:	RCI	3964,687	4,44	1	.041
Interaktion:	SESA * RCI	904,69	8,45	1	.006

Abschließend soll die Ausprägung der Dissoziation in den beiden Gruppen untersucht werden. Es zeigen sich weder eine Reduktion der Dissoziation noch ein Gruppenunterschied. Tabelle 5.61 gibt die Mittelwerte und die Standardabweichungen, Tabelle 5.62 die Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation wieder.

Tabelle 5.61

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Dissoziation (FDS) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	18	27,86	(7,89)	25,39	(9,10)	25,66	(8,87)
nicht verbessert	16	32,39	(15,31)	32,02	(15,64)	29,40	(16,98)

Tabelle 5.62

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation (FDS)
mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	FDS	114,07	2,59	1	.117
Gruppe:	RCI	626,491	1,54	1	.224
Interaktion:	FDS * RCI	2,647	0,06	1	.808

In der Analyse mit den vervollständigten Datensätzen wird der Zeiteffekt fast signifikant ($F = 3,62$; $p = .064$). Mittelwerte und Standardabweichungen zeigt Tabelle 5.63, Tabelle 5.64 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder. Die Hypothese 21 wird abgelehnt.

Tabelle 5.63

Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Ausprägung der Dissoziation (FDS; LOCF) in der reliabel verbesserten versus der nicht verbesserten Patientengruppe zu den drei Messzeitpunkten

RCI	N	Prä		6. Woche		Post	
		MW	(SD)	MW	(SD)	MW	(SD)
reliabel verbessert	26	27,42	(10,78)	25,71	(11,40)	24,41	(9,17)
nicht verbessert	18	31,62	(14,56)	31,29	(14,85)	29,07	(16,11)

Tabelle 5.64

Ergebnisse der Varianzanalyse zur Ausprägung der Dissoziation (FDS; LOCF) mit den Faktoren Zeit und Gruppe

Effekte der MANOVA		Mittel der Quadrate	F	df	Signifikanz
Zeit:	LFDS	163,79	3,62	1	.064
Gruppe:	RCI	738,131	1,82	1	.185
Interaktion:	LFDS * RCI	1,13	0,025	1	.875

6 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und möglichst daten-nah interpretiert. Zu Beginn wird die Ausprägung der einzelnen Problembereiche mit Befunden anderer Studien verglichen (Kap. 6.1). Anschließend wird auf den Zusammenhang zwischen der Diagnosenanzahl und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität (Kap. 6.2) eingegangen. Dann wird die Reduktion der einzelnen Problembereiche diskutiert (Kap. 6.3), wobei die Ausprägung und der Verlauf der Dissoziation gesondert behandelt werden (Kap. 6.4). Schließlich werden die reliabel verbesserte Gruppe und die nicht verbesserte Gruppe verglichen (Kap. 6.5).

6.1 Die Ausprägung der verschiedenen Problembereiche

Die Ausprägung der erfassten Problembereiche wird mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen. Dabei werden nur die jeweiligen Teilstichproben mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung herausgegriffen. Die Tabelle 6.1 gibt einen Überblick über die ausgewerteten Studien.

Die allgemeine Symptombelastung der Gruppe mit geringerer Anzahl an psychischen Störungen erreicht die der ambulanten Stichprobe von BARBER et al. (1996) bzw. die der stationären von BOHUS et al. (2000a). Die mittlere Gruppe entspricht denen von HERZOG et al. (1995), STEIGER et al. (1994) und SPITZER (2000). Das teilstationäre Kollektiv von BATEMAN & FONAGY (1999) liegt hinsichtlich der Symptombelastung noch wesentlich über den eigenen Befunden unabhängig der Gruppenaufteilung nach Diagnosenanzahl. Die geringe Ausprägung im Kollektiv von BOHUS et al. (2000a) lässt sich auf Ausschlusskriterien zurückführen: Personen mit aktiver Substanzabhängigkeit in den letzten sechs Monaten sowie nach Suizidversuchen bzw. Selbstverletzungen während einer Major Depression oder unter dem Einfluss von Substanzen wurden nicht aufgenommen. Angesichts dieser Unterschiede in der Auswahl der Stichproben ist ein Vergleich mit den Ergebnissen von BOHUS et al. (2000a) nur bedingt möglich: Die Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie kann letztendlich erst eingeschätzt werden, wenn mehrere möglichst unselektierte (!) Kollektive von möglichst unabhängigen Arbeitsgruppen in unterschiedlichen Settings behandelt und untersucht worden sind. Die eigenen Befunde unterstützen eher die Annahme, dass diese Therapieform effektiv ist.

Tabelle 6.1

Studien mit Angaben zur Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI),
des psychosozialen Funktionsniveaus (GSI), der Depressivität (BDI) und der Dissoziation (DES)

Studien					GSI		GAF		BDI		DES	
Autoren	Jahr	Setting	Gruppe	N	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post
					MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
Eigene Befunde	2002	stationär	LOCF	50	1,8 (0,7)	1,4 (0,8)	35 (10)	51 (13)	32 (11)	25 (13)	28 (12)	26 (12)
			1-3	14	1,4 (0,7)	0,9 (0,8)	44 (10)	58 (11)	27 (12)	19 (15)	22 (5)	17 (7)
			4-6	21	1,9 (0,7)	1,5 (0,8)	33 (7)	47 (10)	34 (10)	27 (12)	28 (12)	29 (12)
			7-13	15	2 (0,8)	1,7 (0,8)	30 (8)	49 (16)	33 (10)	28 (13)	35 (14)	29 (13)
Bateman & Fonagy	1999	teilstationär	TPP	19	2,5 (0,6)	2,1 (0,8)			36 (8)	21 (7)		
			Kontroll	19	2,3 (0,7)	2,4 (0,7)			35 (7)	35 (7)		
Barber et al.	1996	ambulant		18	1 (0,7)		56 (12)		16 (10)			
Bohus et al.	2000	stationär		24	0,9 *	0,8 *			31	23	25	15
Brodsky et al.	1995	stationär		60							20 (16)	
Comtois et al.	1999	ambulant	MDD +	25					27 (11)			
			MDD -	13					30 (14)			
Coons et al.	1989	stationär		13							18	
Ellason & Ross	1997	stationär	DD/1993	50					33 (12)		52 (19)	
		Katamnese	1995						23 (13)		33 (20)	
Heffernan & Cloitre	2000	ambulant		26					26 (8)		30 (16)	
Herzog et al.	1995	ambulant	DIB-R $\geq$ 6	35	1,8 (0,7)							

[Legende: LOCF = vervollständigte Datensätze; 1-3 = Gruppe mit 1-3 psychischen Störungen; 4-6 = Gruppe mit 4-6 psychischen Störungen; 7-13 = Gruppe mit 7-13 psychischen Störungen; TPP = tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie; DBT = dialektische Verhaltenstherapie; Kontroll = Kontrollgruppe; + = mit bzw. - = ohne; MDD = Major Depression Disorder; DD = Dissociative Disorder; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; DIB-R = Revidiertes Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; * keine Angaben der Standardabweichungen.]

Fortsetzung zu Tabelle 6.1
Studien mit Angaben zur Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI),
des psychosozialen Funktionsniveaus (GSI), der Depressivität (BDI) und der Dissoziation (DES)

Studien					GSI		GAF		BDI		DES	
Autoren	Jahr	Setting	Gruppe	N	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post
					MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
Eigene Befunde	2002	stationär	LOCF	50	1,8 (0,7)	1,4 (0,8)	35 (10)	51 (13)	32 (11)	25 (13)	28 (12)	26 (12)
			1-3	14	1,4 (0,7)	0,9 (0,8)	44 (10)	58 (11)	27 (12)	19 (15)	22 (5)	17 (7)
			4-6	21	1,9 (0,7)	1,5 (0,8)	33 (7)	47 (10)	34 (10)	27 (12)	28 (12)	29 (12)
			7-13	15	2 (0,8)	1,7 (0,8)	30 (8)	49 (16)	33 (10)	28 (13)	35 (14)	29 (13)
Hudziak et al.	1996	stationär	MDD +	65					28 (12)			
			MDD -	10					18 (10)			
Kemperman et al.	1997	stationär		26			37 (13)		27 (11)		26 (16)	
Linehan et al.	1994	ambulant	DBT	13			38 8	51 (10)				
			Kontroll	13			34 (10)	40 (11)				
Saxe et al.	1993	stationär	DD	15							36 (10)	
Shearer	1994	stationär		62			38 (9)				25 (21)	
Spitzer et al.	2000	stationär	PTBS -	10	1,7 (0,7)						24 (18)	
			PTBS +	20	2 (0,8)						33 (20)	
Steiger et al.	1994	ambulant		18	1,8 (0,6)	1,4 (0,6)			22 (8)	17 (9)		
Zanarini et al.	2000	stationär		290							22 (19)	

[Legende: LOCF = vervollständigte Datensätze; 1-3 = Gruppe mit 1-3 psychischen Störungen; 4-6 = Gruppe mit 4-6 psychischen Störungen; 7-13 = Gruppe mit 7-13 psychischen Störungen; TPP = tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie; DBT = dialektische Verhaltenstherapie; Kontroll = Kontrollgruppe; + = mit bzw. - = ohne; MDD = Major Depression Disorder; DD = Dissociative Disorder; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; DIB-R = Revidiertes Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung.]

Das psychosoziale Funktionsniveau der Gesamtstichprobe entspricht bei Entlassung dem Niveau der ambulanten Teilstichprobe von BARBER et al. (1996) zu Beginn der Behandlung. LINEHAN et al. (1994) und SHEARER (1994) berichten ein ähnliches Funktionsniveau ihrer Kollektive zu Beginn ihrer Studien wie das Niveau in der eigenen Untersuchung. Das Funktionsniveau entspricht bei Entlassung dem der Experimentalgruppe von LINEHAN et al. (1994). Im Durchschnitt scheint also das eigene Kollektiv das für eine ambulante Weiterbehandlung notwendige Funktionsniveau erreicht zu haben.

Zwei ambulante Stichproben weisen im Vergleich zur Gesamtstichprobe eine geringere Ausprägung der Depressivität auf (BARBER et al., 1996; STEIGER et al., 1994). Wird die Aufteilung nach der Anzahl psychischer Störungen berücksichtigt, entspricht die Ausprägung der ambulanten Stichproben der Gruppe mit einer geringeren Anzahl. Die beiden anderen Gruppen entsprechen der teilstationären Stichprobe von BATEMAN & FONAGY (1999). Auch ein stationäres Kollektiv mit dissoziativen Störungen weist eine ähnlich hohe Ausprägung auf (ELLASON & ROSS, 1997). Die Gesamtstichprobe liegt in der Ausprägung der Depressivität knapp über dem Kollektiv von BOHUS et al. (2000a), bei dem Personen mit Major Depression durch das oben genannte Kriterium ausgeschlossen waren.

Bezüglich der Dissoziation kann der Vergleich nur mit der ursprünglichen US-amerikanischen Version, der Dissociative Experience Scale (DES), durchgeführt werden. SPITZER et al. (2000) berichten eine ähnliche Ausprägung in den Gruppen mit und ohne posttraumatische Belastungsstörung. Die Ausprägung in der eigenen Stichprobe ist etwas geringer als in Patientengruppen mit dissoziativen Störungen (ELLASON & ROSS, 1997; SAXE et al., 1993), aber höher als in den Kollektiven von BOHUS et al. (2000a), BRODSKY et al. (1995), COONS et al. (1989) und ZANARINI et al. (2000). Die eigenen Befunde sind vergleichbar mit den Werten der Stichproben von HEFFERNAN & CLOITRE (2000), KEMPERMAN et al. (1997) und SHEARER (1994). In der Studie von SAXE et al. (1993) hatten von 14 Personen mit einer dissoziativen Störung zehn eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Umgekehrt erfüllten von 62 Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Studie von SHEARER (1994) sechs die Kriterien einer dissoziativen Identitätsstörung und acht die einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung. Die Personen mit der Identitätsstörung erreichten einen mittleren DES-Wert von 49 ($SD = 18$), zuletzt genannte Gruppe einen Wert von 32 ($SD = 23$). Dissoziative Störungen wurden in der eigenen Studie leider nicht erhoben, dürften aber bei der hohen Ausprägung der Dissoziation besonders in der Gruppe mit mittlerer und hoher Anzahl psychischer Störungen vorkommen. Wenn also Aussagen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Ausprägung der Dissoziation

gemacht werden, sollten zukünftig dissoziative Störungen mit einem standardisierten Interview erhoben werden.

Befunde zu anderen Problembereichen können nur mit den Normierungsstichproben verglichen werden. Die Ausprägung der störungsspezifischen Einstellungen von Personen mit komorbiden Essstörungen liegt nur knapp über der deutschsprachigen Normierungsstichprobe (THIEL et al., 1997; vgl. Tab. 3.2.1.6.2). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung scheint keinen Einfluss im Sinne einer höheren Ausprägung zu haben. Auch die typischen Einstellungen für Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben eine ähnliche Ausprägung wie in der Teilstichprobe von SCHWEIGER & BEISEL (1998; vgl. Tab. 3.2.14) und unterscheiden sich von einer anorektischen Stichprobe, in der ein Gesamtwert von 2,5 (SD = 2,2) erreicht wurde (SIPOS, in Vorb.).

Die Stichprobe wurde nach der Anzahl psychischer Störungen in Terzile geteilt, um einen Zusammenhang zwischen der Anzahl psychischer Störungen und der Ausprägung einzelner Problembereiche aufzeigen zu können. Die allgemein zu beobachtende breite Varianz und die Varianzverbreiterung über die Zeit machten es schwieriger, Mittelwertunterschiede nachzuweisen. Die angesprochene Varianzerweiterung kann aber als ein Hinweis für eine Veränderung innerhalb einer heterogenen Gruppe gelten. Auch wenn nicht jeder der Mittelwertunterschiede das Signifikanzniveau in der Varianzanalyse oder mit der konservativ angelegten Testung des Scheffé-Tests erreichte, zeigte sich doch eine deutliche Tendenz, dass die Gruppe mit geringer Anzahl psychischer Störungen eine geringere Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität besitzt als die anderen beiden Gruppen. In der Analyse mit vervollständigten Daten werden diese Unterschiede zwischen der ersten und den anderen Gruppen in der allgemeinen Symptombelastung deutlicher. Die Gruppen mit mittlerer und hoher Anzahl psychischer Störungen unterscheiden sich untereinander nicht. Hier handelt es sich möglicherweise um einen Deckeneffekt: Ab einer gewissen Anzahl psychischer Störungen steigt die Symptombelastung nicht mehr. Es handelt sich also eigentlich um zwei Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Störungen. Die Ausprägung der Depressivität scheint ebenfalls von der Anzahl psychischer Störungen abhängig zu sein. Allerdings ist die Major Depression in der Gruppe mit mittlerer und hoher Anzahl psychischer Störungen häufiger verbreitet. Ähnliches könnte für dissoziative Störungen gelten, die aber nicht erhoben wurden. Möglicherweise steigt das Risiko einer Major Depression bzw. einer dissoziativen Störung in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Störungen. Ein Gruppenunterschied auf der Ebene störungsspezifischer Einstellungen hinsichtlich der Kernsymptomatik oder

der Selbstakzeptierung zeigt sich allerdings nicht.

6.2 Zusammenhang zwischen Diagnosenanzahl und Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität

Die Diagnosenanzahl ist kein allgemeiner Einflussfaktor. Die Anzahl der Persönlichkeitsstörungen hat entgegen der Hypothese 1 keinen Einfluss. Die Ausprägung der Persönlichkeitsstörungen könnte durch Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten, wie beispielsweise den Fragebogen zu kognitiven Schemata (FYDRICH et al., 1995) oder das erprobte Millon Clinical Multiaxial Inventory (MILLON, 1987) im Sinne der dimensionalen Klassifikation operationalisiert werden. Damit würden kognitive Stile oder Verhaltensmuster empirisch genauer und differenzierter erfasst werden. Ferner wäre den Komorbiditäten innerhalb der Persönlichkeitsstörungen und den damit verbundenen Überlappungen Rechnung getragen.

Erwartungsgemäß gibt es allerdings einen Einfluss psychischer Störungen auf die Ausprägung der Symptombelastung. Die Partialkorrelationen verdeutlichen, dass der Zustand bei Entlassung von der Ausprägung der Symptombelastung bei Aufnahme abhängig ist. Die Diagnosenanzahl besitzt keinen von der Symptombelastung bei Aufnahme unabhängigen Erklärungswert an der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung bei Entlassung. Depressivität ist nicht von der Anzahl der Diagnosen abhängig, sondern eher mit einer aktuell bestehenden Major Depression assoziiert ($r = .453$; $p = .07$). Die Ergebnisse von COMTOIS et al. (1999) und HUDZIAK et al. (1996), die in Tabelle 6.1 abgebildet sind, weisen in die gleiche Richtung. Möglicherweise erfasst das Beck-Depression-Inventory nicht nur Depressivität, sondern auch Kernsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Kap. 7).

6.3 Die Reduktion der Ausprägung verschiedener Problembereiche

Unabhängig von der Anzahl psychischer Störungen können die verschiedenen Problembereiche reduziert werden. Dies gilt zusammenfassend für alle Problembereiche, die im Folgenden näher beschrieben werden.

Die allgemeine Symptombelastung konnte wie in der Studie von BOHUS et al. (2000a) reduziert werden. Entsprechend stieg auch das psychosoziale Funktionsniveau. Gleiches gilt auch für die Ausprägung der Depressivität. Damit eng verbunden sind dysfunktionale Einstellungen der Kernsymptomatik, die ebenfalls verringert werden konnten. Das Design

lässt eine direkte Zuschreibung der Reduktion auf die dialektische Verhaltenstherapie nicht zu. Allerdings ist eine Modifikation der als rigide bekannten Einstellungen (ARNTZ, 1994; BECK et al., 1990) allein durch einen stationären Aufenthalt nicht zu erwarten.

Mangels Kontrollgruppe kann auch die Ausprägungsreduktion bezüglich der Einstellungen von Patientinnen mit komorbiden Essstörungen nicht direkt auf das implementierte Behandlungsmodul zurückgeführt werden. Andere Studien zu stationären Konzepten, die die dialektische Verhaltenstherapie umgesetzt oder Teile integriert haben, berichten nicht über den Umgang mit und die Ausprägung der häufig vorkommenden Essstörungen (BARLEY et al., 1993; BOHUS et al., 2000a; EVANS et al., 1999; SPRINGER et al., 1996). Allerdings werden in Studien zur Behandlung von Essstörungen kaum Unterschiede in der Ausprägung dieser Einstellungen zwischen Patientinnen mit und ohne komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet (AMES-FRANKEL et al., 1992; HERZOG et al., 1995; STEIGER et al., 1993). Die Reduktion könnte also ein deutlicher Hinweis auf die Effektivität dieses Moduls sein. Dafür spricht weiterhin die Zunahme anorektischer Patientinnen bzw. die Abnahme übergewichtiger Personen.

Auch wenn die Therapiephase 3 im stationären Setting selten erreicht wird und Einstellungen hinsichtlich des Selbstkonzeptes und der Selbstakzeptanz als wenig veränderungssensitiv angesehen werden, gelingt es, die Selbstakzeptierung innerhalb des Therapieverlaufs zu steigern. Möglicherweise tragen die hohen psychoedukativen Anteile der dialektischen Verhaltenstherapie und die Gruppenkohärenz auf einer störungsspezifischen Station dazu bei. Letzteres zeigt sich auch an der Etablierung einer Selbsthilfegruppe während des Zeitraums der Studie.

Keine der postulierten Wechselwirkungen zwischen der Anzahl psychischer Störungen und der Problembereiche wurde signifikant. Der Verlauf der durch Terzile hergestellten Gruppen ist gleich, auch wenn sich die Ausprägung in der Gruppe mit einer geringeren Anzahl von den beiden anderen Gruppen unterschied.

6.4 Ausprägung und Verlauf der Dissoziation

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde im Vergleich zu anderen Störungsbildern mit einer hohen Ausprägung von Dissoziation verbunden (PUTNAM et al., 1996; CARLSON et al., 1993), unabhängig von einer posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch (HEFFERNAN & CLOITRE, 2000). Erwartungsgemäß gibt es aber auch einen engen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Dissoziation und der Ausprägung der Symptombelastung. Unabhängig von der Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik

ist Dissoziation eine Bewältigungsstrategie bei hoher Symptombelastung. Dafür spricht auch der Unterschied in der Ausprägung der Dissoziation zwischen der Gruppe mit geringer Anzahl psychischer Störungen und den beiden anderen Gruppen. Weitere Vergleichsstudien zwischen hoch komorbiden Patientengruppen mit und ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung müssten erfolgen, um die Spezifität der Dissoziation für dieses Störungsbild aufzuzeigen.

Wie andere Problembereiche kann auch die Ausprägung der Dissoziation im Therapieverlauf reduziert werden. Die Effektstärke ist aber deutlich geringer als bei anderen Problembereichen. Eine Ursache kann der wenig veränderungssensitive Fragebogen zur dissoziativen Symptomatik sein, der kein Zeitfenster für das Auftreten der Symptomatik festlegt. Die Reduktion tritt tendenziell besonders in der Gruppe mit einer geringen Anzahl psychischer Störungen auf. Die schwache Interaktion ist möglicherweise auf die ungleiche Häufigkeitsverteilung der posttraumatischen Belastungsstörung und ihre Ausprägung zurückzuführen, die in dieser Gruppe seltener auftritt. Der Einfluss nicht diagnostizierter dissoziativer Störungen kann auch nicht abgeschätzt werden. Ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe wäre notwendig, um die Ausprägungsreduktion der Dissoziation auch auf die Behandlung zurückführen zu können. Sind neu gelernte Fertigkeiten im Bereich der Stresstoleranz und der Emotionsregulation wirksam eingesetzt worden oder genügt allein der stationäre Aufenthalt zur Stress- und damit zur Dissoziationsreduktion?

Zwischen der Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik und der der Dissoziation besteht erwartungsgemäß ein moderater Zusammenhang. Die Gruppe mit posttraumatischer Belastungsstörung unterscheidet sich in der Ausprägung der Dissoziation in der Tendenz von der Gruppe ohne diese Diagnose. Dissoziative Störungen und ihre Häufigkeitsverteilungen in den Gruppen sind dabei ein unbekannter Störfaktor.

6.5 Der Unterschied zwischen reliabel verbesserten versus nicht verbesserten Patientengruppen

Die allgemeine Symptombelastung bei Entlassung kann durch die Ausprägung von vier Prädiktoren mit einer Varianzaufklärung von 60 % vorhergesagt werden: Dissoziation, posttraumatische Symptomatik, Selbstakzeptierung und typische Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Von 44 Personen haben sich 26 Personen reliabel verbessert, 14 sind in ihrer allgemeinen Symptombelastung ähnlich geblieben und 4 Personen haben sich verschlechtert, 6 brachen die Behandlung ab. Diese Varianzerweiterung tritt bei der Behandlung anderer Störungen in gleichem Maße auf (LAMBERT et al.,

1977). LINEHAN et al. (1993) berichten von einer Verschlechterung von etwa 20 %, in einer tiefenpsychologisch orientierten Behandlung waren es sogar 50 % (HULL et al., 1993). Die Abbrecherquote innerhalb des dreimonatigen Aufenthaltes darf als niedrig bewertet werden, auch wenn ein Vergleich mit anderen Studien aufgrund der längeren Behandlungszeiträume nicht direkt möglich ist. LINEHAN et al. (1991) geben 83 % Personen in der DBT-Gruppe und 42 % in der Kontrollgruppe an, die eine Behandlung mit demselben Therapeuten nach einem Jahr weiterführen. In einer analytischen Behandlung lag die Abbruchquote nach sechs Monaten bei 50 % (WALDINGER & GUNDERSON, 1984).

In allen Gruppen, die nach der Anzahl psychischer Störungen gebildet wurden, fanden sich reliabel gebesserte Personen. Dieser Befund wurde schon in Kapitel 6.3 berichtet: Die Reduktion der allgemeinen Symptombelastung erfolgt unabhängig von der Anzahl psychischer Störungen. Die reliabel verbesserte Gruppe besitzt eine ähnliche Ausprägung der Depressivität bei Aufnahme, doch wird die Ausprägung innerhalb des Therapieverlaufs stärker reduziert als in der nicht verbesserten Gruppe. Trotz dieses Befundes ist diese Ausprägung nicht als Prädiktor für die Symptombelastung bei Entlassung akzeptiert worden. Dies stimmt nicht mit den Befunden anderer Studien überein (COMTOIS et al., 1999; GOODMAN et al., 1998; SOLOFF et al., 1994), doch sollten eine mangelnde diskriminative Validität des Selbstbeurteilungsinstrumentes bei dieser Population und die hohe Komorbidität mit affektiven Störungen in die Überlegungen einbezogen werden. Eine starke Varianzüberschneidung mit der Ausprägung der Depressivität und der Selbstakzeptierung (SOREMBE und WESTHOFF, 1979) sowie der in keiner der genannten Studien erhobenen Einstellungen von Patientinnen mit diesem Störungsbild ist wahrscheinlich.

Zuletzt genannte Einstellungen werden in der reliabel verbesserten Gruppe wie in der nicht gebesserten Gruppe ähnlich stark modifiziert. Die postulierte Wechselwirkung besteht nicht. Die Ausprägung dieser störungsspezifischen Einstellungen zu Therapiebeginn sind zwar als Prädiktor für den Zustand bei Entlassung aufgenommen worden, sagen aber nichts über die angestrebte Reduktion in der Symptombelastung aus. Allerdings werden in der reliabel verbesserten Gruppe die Einstellungen hinsichtlich komorbider Essstörungen stärker modifiziert als in der nicht verbesserten Gruppe. Dies könnte als Hinweis angesehen werden, den Zusammenhang zu komorbiden Störungen interaktiv, statt additiv zu konzeptionalisieren (GRAWE, 1998). Die Reduktion der allgemeinen Symptombelastung und die Modifikation von Einstellungen der Patientinnen mit komorbiden Essstörungen gelingen, wenn beide Faktoren *und* ihre Abhängigkeit in der Behandlung berücksichtigt werden. In der dialektischen Verhaltenstherapie werden deshalb gleichzeitig zur Reduktion unange-

messener Bewältigungsversuche in der ersten Therapiephase alternative Fertigkeiten eingeübt. In dem vorgestellten Konzept wurden aufgrund der Annahme funktionaler Zusammenhänge Essstörungen auf die gleiche hierarchische Ebene gehoben wie suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen. LINEHAN et al. (1999) führten konzeptionell analog motivationale Gesprächsstrategien für die Behandlung komorbider Substanzstörungen ein. Entgegen einer sukzessiven und stringenten Behandlung komorbider Störungen nach entwickelten Manualen wird eine Hierarchisierung der Problembereiche nach Gefährlichkeit und Dringlichkeit in jeder Sitzung vorgenommen, um so flexibel an den wechselnden unangemessenen Bewältigungsversuchen in Kooperation mit der Patientin zu arbeiten. Störungsspezifisches Wissen fließt entsprechend flexibel ein. Eine Therapieplanung im Sinne der beschriebenen Hierarchisierung, wie sie LINEHAN (1999a) auch für andere komorbide Patientengruppen vorschlägt, ist bisher nicht empirisch evaluiert worden und könnte der dialektischen Verhaltenstherapie ein weites Anwendungsfeld eröffnen.

Die reliabel verbesserte Gruppe hat nicht nur eine höhere Selbstakzeptierung zu allen Messzeitpunkten, sondern kann auch deren Ausprägung mehr steigern als die nicht gebesserte Gruppe. Die Ausprägung der Selbstakzeptierung hat damit bei Aufnahme hohe Bedeutung für die Vorhersage der reliablen Reduktion und der Ausprägung der Symptombelastung bei Entlassung. Hinsichtlich der Dissoziation unterscheidet sich die reliabel gebesserte Gruppe weder in der Ausprägung noch im Verlauf. Beide Gruppen können die Ausprägung der Dissoziation reduzieren. Die Neigung zur Dissoziation scheint damit entgegen der Annahme von BOHUS (2001) keine *allgemeine* aufrechterhaltende Bedingung für Schemata zu sein. Ähnlich wie die typischen Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann die Ausprägung der Dissoziation die Varianz der Symptombelastung bei Entlassung vorhersagen, doch ist die Reduktion der Symptombelastung unabhängig von der Dissoziation.

7 Abschließende Diskussion und Ausblick

Das ambulante Konzept der dialektischen Verhaltenstherapie ist ausreichend robust, um an ein stationäres Konzept adaptiert zu werden und an einer unselektierten Stichprobe erfolgreich zu sein. In allen Problembereichen konnten innerhalb des dreimonatigen Therapieverlaufs Veränderungen erreicht werden. Dies gilt für eine weniger belastete Patientengruppe genauso wie für eine Gruppe mit einer Anzahl psychischer Störungen größer als drei. Verbesserungen treten in allen drei Gruppen auf.

Die Aussagekraft der Befunde wird durch einige Faktoren eingeschränkt. Mangels Kontrollgruppe kann die Reduktion der verschiedenen Problembereiche nicht direkt der Behandlung zugeschrieben werden. Auch die interne Validität ist durch die Überschneidung der Arbeitsgruppe mit dem Behandlerteam beeinträchtigt. Außerdem wurde die Verabreichung der Medikation methodisch nicht kontrolliert. Alle Personen erhielten nach Indikation eine psychopharmakologische Behandlung bzw. in Notfällen auch eine angeordnete Bedarfsmedikation. Während des stationären Aufenthaltes wurden die Häufigkeit der impulsiven Einnahme von Medikamenten, die Compliance hinsichtlich der verordneten Einnahme, aber auch die Anzahl der Selbstverletzungen nicht erfasst. In dem strukturierten Konzept und der bestehenden Kontrolle war eine Reduktion zu erwarten. In einer Katamnese sind dies allerdings wichtige Erfolgsparameter und zudem angestrebte Ziele der dialektischen Verhaltenstherapie. Der Transfer gelernter Fertigkeiten in den Alltag kann ebenfalls nur durch eine Nachuntersuchung abgeschätzt werden. Möglicherweise kann die Compliance und die Effektivität ambulanter Psychotherapie durch die Vermittlung störungsspezifischer Informationen und das intensive Training von Fertigkeiten während der stationären Behandlung verbessert werden (BOHUS, 2002). Dazu wäre eine Fremdbeurteilung durch ambulante Psychotherapeuten hilfreich. Auch die langfristige Bedeutung der Komorbiditäten auf die Entwicklung sollte weiter verfolgt werden. POPE et al. (1983) und MCGLASHAN (1987) berichten langfristig günstigere Verläufe, wenn in der Vorgeschichte eine affektive Störung diagnostiziert wurde. Zwei Drittel des Kollektivs erfüllten die Kriterien einer Major Depression, ein Fünftel die der Dysthymie. Es müssen also noch andere Faktoren zur Differenzierung vermutet werden. Risikofaktoren könnten insbesondere zusätzliche Persönlichkeitsstörungen oder die posttraumatische Belastungsstörung bilden.

Durch den alleinigen Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten in der vorliegenden Studie wird eine konservative Abschätzung des Therapieerfolgs erreicht. Hohe Werte in den

einzelnen Problembereichen spiegeln möglicherweise eine Tendenz zu extremen Antworten dieser Population wieder. Dichotomes Denken und Abwertungen von Fortschritten, welche dem Störungsbild inhärent sind (BECK et al., 1990), könnten zu einer Unterschätzung des Therapieerfolgs führen. Die in Tabelle 7.1 abgebildeten, durchgängig hohen Korrelationen mit den typischen Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und dem BDI könnten aber auch ein Anzeichen dafür sein, dass die diskriminative Validität des Selbstbeurteilungsinstrumentes bei diesem Störungsbild eingeschränkt ist.

Tabelle 7.1

Korrelationen (r) zwischen der Ausprägung der Depressivität (BDI) und den Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Korrelationen nach Pearson		BDI_1	BDI_2	BDI_3	KIB_G_1	KIB_G_2
BDI_2	R	.66+				
	P	.00				
	N	35				
BDI_3	R	.55+	.79+			
	P	.00	.00			
	N	44	34			
KIB_G_1	R	.57+	.36*	.32*		
	P	.00	.03	.03		
	N	50	35	44		
KIB_G_2	R	.49+	.71+	.66+	.52+	
	P	.00	.00	.00	.00	
	N	35	35	34	35	
KIB_G_3	R	.43+	.60+	.77+	.44+	.66+
	P	.00	.00	.00	.00	.00
	N	44	34	44	44	34

[Legende: p = Signifikanz; N = Anzahl der berücksichtigten Fälle; * = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant; + = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.]

Die hohe Ausprägung der Depressivität in der Gruppe ohne Major Depression – ähnlich wie in den Kollektiven von COMTOIS et al. (1999) und HUDZIAK et al. (1996) (vgl. Kap. 7) – weist in die gleiche Richtung. Der zusätzliche Einsatz von Fremdbeurteilungsinstrumenten, beispielsweise zur Erfassung der Depressivität mit dem HAMD (HAMILTON, 1960), könnte den Differenzierungsgrad bezüglich somatoformer Symptome erhöhen und andere inhaltliche Aspekte des Konstruktes ‚Depressivität‘ einbeziehen (STIEGLITZ, 2000).

Am Beispiel der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus mittels Global Assessment of Functioning (GAF) und der allgemeinen Symptombelastung (GSI) durch den SCL-90-R kann der Unterschied zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrument ver-

deutlicht werden. Angenommen wird, dass beide Instrumente die allgemeine Beeinträchtigung mit unterschiedlichen Aspekten erfassen. Tabelle 7.2 zeigt die Korrelationen zwischen dem Funktionsniveau, eingeschätzt durch die Behandler, und der Symptombelastung, beurteilt von den Patientinnen. Die Korrelationen liegen in ähnlichen Bereichen wie die bei Parametern zur Erfassung der Depressivität und haben ebenfalls die Tendenz, im Therapieverlauf zuzunehmen (STIEGLITZ, 2000). Die Effektstärken spiegeln allerdings die unterschiedlichen Urteilsperspektiven wider: Die Effektstärke im GAF betrug 0,86, im GSI hingegen 0,32. Daher scheint eine multimodale Messung, wie sie als Standard in der Psychotherapieforschung gefordert worden ist (LAMBERT & HILL, 1994), bei dieser Patientengruppe trotz des Aufwandes hilfreich zu sein, um die Beeinträchtigungen und deren Veränderungen in der Breite sowie in der Bedeutsamkeit wirklich zu erfassen.

Tabelle 7.2

Korrelationen (r) zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau (GAF) und der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (GSI)

Korrelationen nach Pearson		GAF_1	GAF_2	GSI_1	GSI_2
GAF_2	r	.51+			
	p	.00			
	N	50			
GSI_1	r	-.29*	-.25		
	p	.04	.07		
	N	50	50		
GSI_2	r	-.24	-.47+	.71+	
	p	.17	.00	.00	
	N	35	35	35	
GSI_3	r	-.34*	-.54+	.62+	.75+
	p	.02	.00	.00	.00
	N	44	44	44	34

[Legende: p = Signifikanz; N = Anzahl der berücksichtigten Fälle; * = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant; + = Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.]

Ein Vergleich von Kollektiven hinsichtlich mehrerer Problembereiche war leider nur teilweise möglich, da entweder keine oder andere Messinstrumente eingesetzt worden sind (vgl. Tabelle 6.1). Selbst auf der Ebene der Symptombeschreibung besteht noch kein Konsens. In der Forschung sollten zukünftig bereits formulierte Leitlinien im Hinblick auf eine Standardisierung der Veränderungsmessung auch in der Psychotherapieforschung bei Persönlichkeitsstörungen umgesetzt werden (vgl. STRUPP et al., 1997).

Die Patientengruppe erfüllte die Kriterien von durchschnittlich über sechs psychischen Störungen lifetime und zwei weiteren Persönlichkeitsstörungen. Die hohe Zahl von Komorbiditäten mit psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen kann für den Kliniker ein deutlicher Hinweis auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sein (ZANARINI et al., 1998a). Eine ausführliche Diagnostik mit einem standardisierten Interview ist erforderlich, um die verschiedenen Beeinträchtigungen überhaupt erfassen und anschließend in einer Fallkonzeption die funktionalen Zusammenhänge verstehen zu können. Nicht nur die fehlende Generalisierung gelernter Fertigkeiten über Situationen und Stimmungen hinweg, wie das zweite dialektische Dilemma (Kap. 2.2.2) beschreibt, führt zu Fehleinschätzungen der Kompetenzen seitens der Therapeutinnen und Therapeuten. Auch mangelhaftes Wissen über den praktischen Handlungsspielraum bei bestehenden Komorbiditäten hat Enttäuschungen, mögliche Invalidierungen und Therapieabbrüche zur Folge.

Die Differenzierung von Subgruppen innerhalb der Borderline-Persönlichkeitsstörung lässt sich ebenfalls auf die operationalisierte Diagnostik zurückführen. Nach den vorliegenden Befunden können eine Gruppe mit einer geringen Anzahl psychischer Störungen und eine mit über drei zusätzlichen Diagnosen ausgemacht werden. In zuletzt genannter Gruppe ist die posttraumatische Belastungsstörung besonders häufig vertreten. FIEDLER (2001) weist nach einer Literaturübersicht auf Subgruppen innerhalb der Patientenkolllektive mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit und ohne Extremtraumatisierung im bisherigen Leben hin, die häufig die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung und dissoziativer Störungen erfüllen. Er favorisiert eine Einführung neuer Kategorien zur Trennung dieser Subgruppen. Aber ist die Angabe von weiteren Störungen, neuen Störungsbildern bzw. Subgruppen noch informativ oder nur verwirrend? Möglicherweise zeigen sich hier die Grenzen einer kategorialen Klassifikation und atheoretischen Diagnostik. Angesichts der häufig auftretenden Komorbiditäten muss noch einmal die konzeptionelle Frage gestellt werden, was das Konstrukt ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ eigentlich aussagen soll. Im Sinne der biosozialen Theorie (Kap. 2.2.1) kann die Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst als letzte gemeinsame Wegstrecke verschiedener Einflussfaktoren gesehen werden. Analog zum Multi-Infarkt-Syndrom ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein Risikofaktor für ‚Infarkte der Emotionsregulation‘, die durch kumulative Traumatisierungen wahrscheinlicher werden und deskriptiv eine hohe Anzahl von Komorbiditäten zur Folge haben. Für die hoch komorbide Patientengruppe sind – wie in anderen medizinischen Bereichen auch – spezialisierte Abteilungen notwendig, um eine

angemessene Behandlung zu gewährleisten. Zukünftige empirische Forschung im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte ätiologische Gemeinsamkeiten und Zusammenhänge zu anderen Störungen mehr berücksichtigen und so die Bedeutung der Emotionsregulation im Rahmen der Komorbiditätsforschung herausstellen.

8 Zusammenfassung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt zwar in der Allgemeinbevölkerung selten vor, im stationären Bereich ist dieses Störungsbild jedoch weltweit die häufigste Persönlichkeitsstörung (LORANGER, 1994). Weiterhin ist bekannt, dass Betroffene unter einer ausgeprägten Komorbidität leiden (OLDHAM et al., 1995; ZANARINI et al., 1998a, b). Daher wurden in einer Literaturübersicht zuerst Prävalenz- und Komorbiditätsraten der Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. Komorbiditäten anderer psychischer Störungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt. Es erfolgte eine Auswertung von über 160 Studien mit Berechnung von Medianen, Minima und Maxima. In Studien zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung fand sich ein Median von über 1 %. Im ambulanten Bereich lag dieser bei 17 %, im stationären bei 28 %. Bei ambulanten wie stationären Patientengruppen waren affektive-, Angst- sowie Essstörungen im Vergleich zu Kontrollgruppen mit anderen Persönlichkeitsstörungen häufiger. Die Anzahl komorbider psychischer Störungen betrug insgesamt im Median vier, die komorbiden Persönlichkeitsstörungen sechs mit jeweils einer hohen Variationsbreite. Aussagen hinsichtlich der Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander sind aufgrund der hohen Variationsbreite kaum zu machen. In allen Stichproben anderer psychischer Störungen trat die Borderline-Persönlichkeitsstörung zusätzlich auf. Die Häufigkeiten unterschieden sich jedoch in Abhängigkeit vom Setting und der jeweiligen Störung. Komorbiditätsraten im Median über 20 % im stationären Bereich bestanden bei der Major Depression, der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa sowie mehreren Substanzstörungen.

Trotz der Häufigkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung im stationären Setting und der starken Beeinträchtigungen der Betroffenen fehlen gegenwärtig Behandlungskonzepte. Die dialektische Verhaltenstherapie ist die einzige Therapieform zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die ausreichend evaluiert erscheint und in manualisierter Form vorliegt (LINEHAN, 1993a, b). Das ursprünglich ambulante Konzept wurde zur stationären Behandlung dieser komorbiden Patientengruppe an der Universitätsklinik Lübeck adaptiert und modifiziert. Die dialektische Verhaltenstherapie integriert neueste Befunde aus verschiedenen Forschungsbereichen in ein spezifisches Störungsmodell. Das Behandlungskonzept umfasst verschiedene Therapiephasen, in denen die zahlreichen Problembereiche hierarchisiert angegangen werden. Basis der Behandlung ist der Versuch, eine Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz herzustellen. Dazu werden verschiedene kognitiv-behaviorale sowie spezifisch entwickelte Techniken eingesetzt.

Im empirischen Teil wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Angesichts der hohen Komorbiditäten ist eine standardisierte Diagnostik gemäß DSM-IV notwendig. Bisher wurden weder die Befunde von ZANARINI et al. (1998a, b) an einer kleineren Stichprobe repliziert noch wurde die dialektische Verhaltenstherapie an unselektierten Kollektiven evaluiert. Welchen Einfluss haben die Komorbiditäten auf den Therapieerfolg?
2. Die dialektische Verhaltenstherapie scheint in der Behandlung der Kernsymptomatik auch im stationären Setting effektiv zu sein (BOHUS et al., 2000a), doch sollte dies an einer unselektierten Stichprobe untersucht werden. Kann die Ausprägung der vielfältigen Problembereiche dieser komorbiden Patientengruppe reduziert werden?
3. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Major Depression oder eine hohe Ausprägung dissoziativer Symptome scheint einen Einfluss auf den Therapieverlauf zu nehmen. Welche Problembereiche haben eine prädiktive Bedeutung für den Therapieerfolg?

In den Hypothesen wurde angenommen, dass die Ausprägung der allgemeinen und der störungsspezifischen Symptomatik reduziert wird. Die Verringerung soll abhängig von der Anzahl der Diagnosen sein. Eine Gruppe von reliabel verbesserten Patientinnen soll sich in der Ausprägung und im Verlauf unterscheiden. Im Rahmen einer Gruppenstudie wurden 21 Hypothesen überprüft. Unabhängige Variablen waren der 3-stufige Faktor „Anzahl psychischer Störungen“ und der 2-stufige Faktor „reliable Verbesserung in der allgemeinen Symptombelastung“. Der Therapieprozess wurde durch drei Messzeitpunkte, wenige Tage nach stationärer Aufnahme, in der sechsten Woche und kurz vor der Entlassung, repräsentiert. Zudem erfolgte eine schrittweise multiple Regression. Folgende Operationalisierungen wurden für die abhängigen Variablen gewählt:

- Global Assessment of Functioning (GAF)
- Body-Mass-Index (BMI)
- Selbstbeurteilungsinstrumente
 - Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)
 - Beck-Depression-Inventory (BDI)
 - Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)
 - Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)
 - Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)
 - Zweite Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI-2)
 - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).

Das Kriterium für die Aufnahme einer Person in die Stichprobe war die Vergabe der Diagnose ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ gemäss DSM-IV. 50 Personen wurden konsekutiv in die Studie eingeschlossen (44 Frauen und 6 Männer). Ausschlusskriterien waren Minderbegabung, dementielle Erkrankungen, akute psychotische Störungen, akute Intoxikationen und fehlendes Einverständnis in die Studie. Zur Diagnostik wurde das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für psychische Störungen (SKID-I; WITTCHEN et al., 1997) und für Persönlichkeitsstörungen (SKID-II; FYDRICH et al., 1997) durchgeführt. Die Gruppen- und Einzeltherapien wurden von vier Ärzten und drei Psychologen durchgeführt (drei Frauen und vier Männer). Alle Therapeuten befanden sich in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Weiterbildung und wurden durch in kognitiver Verhaltenstherapie ausgebildete Supervisoren unterstützt. Die Patientengruppe wurde im Zeitraum von August 2000 bis August 2001 stationär an der Universitätsklinik Lübeck in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt.

Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen. Die Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten unter einer erheblichen Symptombelastung und Komorbidität. Die Befunde hinsichtlich psychischer Störungen entsprachen denen der unselektierten Stichprobe von ZANARINI et al. (1998a). Bei den Persönlichkeitsstörungen gab es nach der Literaturübersicht erwartungsgemäß erhebliche Abweichungen von den Vorbefunden. Die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der störungsspezifischen Symptomatik waren in dieser unselektierten Stichprobe im Vergleich zu anderen Kollektiven hoch. Trotzdem konnte innerhalb der 3-monatigen Behandlung in allen Problembereichen eine Verbesserung erreicht werden. Die Patientinnen profitierten *unabhängig* von der Anzahl psychischer Störungen. In den Gruppenvergleichen konnten zwei Gruppen ausgemacht werden, die sich in ihrer Symptomatik unterschieden. Eine Gruppe hatte 1 bis 3, die andere mehr als 3 psychische Störungen. Die allgemeine Symptombelastung bei Entlassung konnte durch die Ausprägung von vier Prädiktoren mit einer Varianzaufklärung von 60 % vorhergesagt werden: Dissoziation, posttraumatische Symptomatik, Selbstakzeptierung und typische Einstellungen von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Ausprägung der Depressivität erwies sich entgegen der Erwartung nicht als Prädiktor für den Therapieerfolg. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung war mit einer höheren Ausprägung der Dissoziation verbunden. In der allgemeinen Symptombelastung reliabel verbesserte Patientinnen ließen sich unabhängig von der Anzahl psychischer Störungen finden. Sie zeigten im Vergleich

zu den nicht verbesserten Personen auch in anderen Problembereichen Fortschritte. Ausnahme war entgegen der Erwartung die Ausprägung der Dissoziation.

In der Diskussion wurden zuerst mögliche Einschränkungen der Aussagekraft beschriebener Befunde angesprochen. Mangels Kontrollgruppe konnte die Reduktion der verschiedenen Problembereiche nicht *direkt* der Behandlung zugeschrieben werden. Die interne Validität war durch die Überschneidung der Arbeitsgruppe mit dem Behandler-Team beeinträchtigt. Außerdem wurde die Verabreichung der Medikation methodisch nicht kontrolliert. Einige Konsequenzen für die Messmethodik bei Persönlichkeitsstörungen, für die Therapiepraxis und für die weitere Entwicklung operationalisierter Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden abschließend diskutiert. Die Durchführung einer standardisierten Diagnostik ist trotz zeitlichen Aufwandes auch in der Praxis hilfreich, um die vielfältigen Problembereiche dieser Patientengruppe zu erfassen und die Beeinträchtigungen auch einschätzen zu können. Die Etablierung spezialisierter Abteilungen mit störungsspezifischen Behandlungskonzepten bleibt eine gesundheitspolitische Aufgabe. In der Psychotherapieforschung bei Persönlichkeitsstörungen ist eine multimodale Messung notwendig, um den Therapieerfolg differenziert betrachten zu können und Nachteile der Selbstbeurteilungsinstrumente auszugleichen. Eine standardisierte Messbatterie würde den Vergleich von Ergebnissen zwischen den Studien erleichtern. Die hohe Komorbidität bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt auch die Grenzen der gegenwärtigen Klassifikation auf. Zukünftig sollten Gemeinsamkeiten der Störungsbilder, insbesondere die Störung der Emotionsregulation, weiter erforscht werden.

9 Literaturverzeichnis

- Adams, H.E., Bernat, J.A. & Luscher, K.A. (2001). Borderline Personality Disorder: An Overview. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3rd ed., pp. 491-507). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Allen, D.M. (1997). Techniques for reducing therapy-interfering behavior in patients with borderline personality disorder: Similarities in four diverse treatment paradigms. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 25-35.
- Alnæs, R. & Torgersen, S. (1988). The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 485-492.
- Alnæs, R. & Torgersen, S. (1989). Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 363-369.
- Alnæs, R. & Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 95, 336-342.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III). (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III-R). (3rd ed. revised). Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 207-228.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). (4th ed.) Washington. Dt.: APA (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-VI. Dt. Bearbeitung und Einführung H. Saß, H.U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* (Suppl. 158), 10, 1-52.
- Ames-Frankel, J., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Strasser, T.J., Sadik, C., Oldham, J.M. & Roose, S.P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.
- Ampollini, P., Marchesi, C., Signifredi, R. & Maggini, C. (1997). Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 420-423.
- Apter, A., Kranzler, H.R., Klinghoffer, U. & Rounsaville, B.J. (1994). Impact of substance abuse on the diagnosis of axis II disorders. In Committee on problems of Drug Dependence (Ed.): *Problems of drug dependence 1994: Proceedings of the 56th Annual Meeting CPDDD*. (NIDA Research Monograph Series 153, p. 36). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behavioral therapy. *Behavior Research and Therapy*, 32, 419-430.
- Arntz, A., Dietzel, R. & Dreesen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behavior Research and Therapy*, 37, 545-557.
- Baer, L., Jenike, M.A., Black, D.W., Treece, C., Rosenfeld, R. & Greist, J. (1992). Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 862-866.
- Baer, L., Jenike, M.A., Ricciardi, J.N., Holland, A.D., Seymour, R.J., Minichiello, W.E. & Buttolph, M.L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826-830.
- Ball, S.A., Tennen, H., Poling, J.C., Kranzler, H.R. & Rounsaville, B.J. (1997). Personality, treatment, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 106, 545-553.
- Barber, J.P., Frank, A., Weiss, R.D., Blaine, J., Siqueland, L., Moras, K., Calvo, N., Chittams, J., Mercer, D. & Salloum, I.M. (1996). Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine dependent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., Hollingsworth, A.S., Griva, M., Hickerson, S.C., Lawson, J.E. & Bailey, B.J. (1993). Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 232-240.
- Baron, M. & Gruen, R. (1980). *Schedule for Interviewing Borderlines (SIB)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- 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.
- Beck, A.T. & Freeman, A. et al. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press. Dt.: Dies. (1995, 2. Auflage). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of Depression. New York: Guilford Press. Dt.: Dies. (1996, 5. Auflage). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2011-2016.
- Beisel, S. & Schweiger, U. (1998). *Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Prien/Klinik Roseneck: Unveröffentlichtes Manuskript.

- Bellodi, L., Battaglia, M., Gasperini, M., Scherillo, P. & Brancato, V. (1992). The nature of borderline depressed patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 128-133.
- Benjamin, L.S. (1997). Personality Disorders: Models for treatment and strategies for treatment development. *Journal of Personality Disorders*, 11, 307-324.
- Berger, E.M. (1952). The relationship between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 778-782.
- Bernstein, E. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bernstein, E. & Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Bernstein, E. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences Scale. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation. Culture, Mind, and Body* (pp.41-57). Washington: American Psychiatric Press.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. & Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinical patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 227-234.
- Black, D.W., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R.B. & Blum, N. (1993). Personality disorders in obsessive- compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1226-1232.
- Blais, M.A., Hilsenroth, M.J. & Fowler, C. (1999). Diagnostic efficiency and hierarchical functioning of the DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 167-173.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminizer, G., Charney, D. & Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Blouin, A.G., Perez, E.L. & Blouin, J.H. (1988). Computerized administration of the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatry Research*, 23, 335-344.
- Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Der Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bohus, M. & Haaf, B. (2001). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen im stationären Setting. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 33, 619-642.
- Bohus, M. (2000). Borderlinepersönlichkeitsstörung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Störungen. Glossar (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bd. 2, S. 413-435). Berlin: Springer.
- Bohus, M. (2001). Die dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Störungen – ein störungsspezifisches Behandlungskonzept. In G. Dammann & P.L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 94-133). Stuttgart: Thieme.

- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 14). Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R. & Linehan, M. (2000a). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Ebner, U., Glocker, F.-X., Schwarz, B., Wernz, M. & Lieb, K. (2000b). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 201-211.
- Bohus, M., Swenson, C., Sender, I., Kern, I. & Berger, M. (1996). Die Anwendung der 'Dialektisch-Behavioralen Therapie' für Borderline-Störungen im stationären Bereich. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 1, 32-43.
- Bollinger, A.R., Riggs, D.S., Blake, D.D. & Ruzek, J.I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 255-271.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Heidelberg: Springer.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Breiter, H.C., Rauch, S.L., Kwong, K.K., Kennedy, D.N., Savage, C.R., Olivares, M.J., et al. (1996). Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 595-606.
- Bremner, J.D., Narayan, M., Staib, L.H., Southwick, S.M., McGlashan, T. & Charney, D.S. (1999). Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1787-1795.
- Bremner, J.D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L.H., Bronen, R., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. & Charney, D.S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41, 23-32.
- Brodsky, B.S., Cloitre, M. & Dulit, R.A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792.
- Bronisch, T. & Mombour, W. (1994). Comparison of a diagnostic checklist with a structured interview for the assessment of DSM-III-R and ICD-10 personality disorders. *Psychopathology*, 27, 312-320.
- Bronisch, T. (1992). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie*, 2, 140-150.
- Bronisch, T., Flett, S., Garcia-Borreguero, D. & Wolf, R. (1993). Comparison of a self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology*, 26, 102-107.

- Bronisch, T., Garcia-Borreguero, D., Flett, S., Wolf, R. & Hiller, W. (1992). The Munich Diagnostic Checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders for use in clinical routine care and research. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 77-81.
- Brooks, R.B., Baltazar, P.L. & Munjack, D.J. (1989). Cooccurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: A Review of the Literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 259-285.
- Brooks, R.B., Baltazar, P.L., McDowell, D.E., Munjack, D.J. & Bruns, J.R. (1991). Personality disorders co-occurring with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Personality Disorders*, 5, 328-336.
- Brooner, R.K., Herbst, J.H., Schmidt, C.W., Bigelow, G.E. & Costa, P.T. (1993). Antisocial personality disorder among drug abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 313-319.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 9. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. 6. Auflage. München: Addison-Wesley.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A. & Joyce, P.R. (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 22, 437-446.
- Burian, W. & Smole, S. (1997). Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20, 111-113.
- Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Carroll, J.M., Touyz, S.W. & Beumont, P.J.V. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 159-170.
- Castaneda, R. & Franco, H. (1985). Sex and ethnic distributions of borderline personality disorders in an inpatient sample. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1202-1203.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A. & Callahan, S. (2001). Symptomatologie de la personnalité limitée du DSM IV dans une population non clinique d'adolescents: étude d'une série de 35 cas. *L'Encéphale*, 27, 120-127.
- Clarke, M., Hafner, R.J. & Holme, G. (1995). Borderline personality disorder: a challenge for mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 409-414.
- Clarkin, J.F., Widiger, T.A., Frances, A., Hurt, S.W. & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (1999). Psychotherapy for borderline personality disorder. New York: Wiley & Sons. Dt.: Dies. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Manual zur psychodynamischen Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Clerici, M., Carta, I. & Cazzullo, C.L. (1989). Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of italian narcotic addicts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 219-226.

- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd. New York: Academic Press.
- Coid, J.W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry*, 162, 641-650.
- Comtois, K.A., Cochran, B.N. & Linehan, M.M. (2000). Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 573-594). Stuttgart: Schattauer.
- Comtois, K.A., Cowley, D.S., Dunner, D.L. & Roy-Byrne, P.P. (1999). Relationship between borderline personality disorder and axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 752-758.
- Comtois, K.A., Levensky, E.R. & Linehan, M.M. (1999). Behavior Therapy. In M. Hersen, & A.S. Bellack, (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders* (2nd ed., pp. 555-583). New York: Wiley & Sons.
- Coons, P.M., Bowman, E.S., Pellow, T.A. & Schneider, P. (1989). Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 325-335.
- Cowdry, R.W., Pickar, D. & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 201-211.
- Crino, R.D. & Andrews, G. (1996). Personality disorder in obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Journal of Psychiatry Research*, 30, 29-38.
- Crits-Christoph, P. (1998). Psychosocial treatments for personality disorders. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 544-553). New York: Oxford University Press.
- Crowther, J.H. & Sherwood, N.E. (1997). Assessment. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorder* (2nd ed., pp. 34-63). New York: Guilford Press.
- Crumley, F.E. (1979). Adolescent suicide attempts. *Journal of the American Medical Association*, 241, 2404-2407.
- Dahl, A.A. (1985). Borderline disorders - the validity of the diagnostic concept. *Psychiatric Developments*, 2, 109-152.
- Dahl, A.A. (1986). Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 328, 61-67.
- Dammann, G., Clarkin, J.F. & Kächele, H. (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 701-730). Stuttgart: Schattauer.

- Davidson, K.M. & Tyrer, P. (1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: single case study series. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 413-429.
- Davis, M.H. & Casey, D.H. (1990). Utilizing cognitive therapy on the short term psychiatric inpatient unit. *General Hospitalization Psychiatry*, 12, 170-176.
- De Bellis, M.D., Keshavan, M.S., Clark, D.B., Casey, B.J., Giedd, J.N., Boring, A.M., Frustaci, K. & Ryan, N.D. (1999). Developmental traumatology: II. Brain development: *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- DeJong, C.A.J., van der Brink, W., Harteveld, F.M. & van der Wielen, E.G.M. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Derksen, J. (1990). An exploratory study of borderline personality disorder in women with eating disorders and psychoactive substance dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 4, 372-380.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(vised) version*. John Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.
- Diaferia, G., Sciuto, G., Perna, G., Bernardeschi, L., Battaglia, M., Rusmini, S. & Bellodi, L. (1993). DSM-III-R personality disorders in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 153-161.
- DiNardo, P.A., Barlow, D.H., Cerny, J.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J.A., Himaldi, W.G. & Waddell, M.T. (1986). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. State University of New York at Albany.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C. & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Dubro, A.F., Wetzler, S. & Kahn, M.W. (1988). A comparison of three self-report questionnaires for the diagnosis of DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2, 256-266.
- Eberenz, K.P. & Gleaves, D.H. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a Clinical Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 371-379.
- Eggert, D. (1974). *Eysenck-Persönlichkeits-Inventar (EPI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E.B. (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Oxford: University, Warneford Hospital, Department of Psychiatry.
- Ellason, J.W. & Ross, C.A. (1997). Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 832-839.
- Endicott, J. & Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J. & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a ran-

domized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19-25.

- Fairburn, C. & Cooper, P. (1993). The Eating Disorders Examination. In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Famularo, R., Kinschereff, R. & Fenton, T. (1991). Posttraumatic Stress Disorder among children clinically diagnosed as borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 428-431.
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (1994). Emotional awareness training: A prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 71-91.
- Fava, M., Alpert, J.E., Borus, J.S., Nierenberg, A.A., Pava, J.A. & Rosenbaum, J.F. (1996). Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1308-1312.
- Fiedler, P. (1998, 4. Auflage). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2001). Borderline: Chronifizierte Belastungsstörung oder Persönlichkeitsstörung? Zur aktuellen Diskussion über die Neubestimmung eines nach wie vor faszinierenden Störungsbildes. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 661-674.
- Findings, R. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067-1071.
- Fleming, B. (1988). Cognitive therapy with histrionic personality disorder: Resolving a conflict of styles. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 8.
- Flick, S.N., Roy-Byrne, P.P., Cowley, D.S., Shores, M.M. & Dunner, D.L. (1993). DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 27, 71-79.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Manual. Minneapolis: National Computer Systems.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1996). *The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Philadelphia: Medical College of Pennsylvania & Hahnemann University.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C. & Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 72-79.
- Fox, S. (1998). Integrating dialectical behavioral therapy into a Community Mental Health Program. *Psychiatric Services*, 49, 1338-1340.

- Frances, A., Clarkin, J.F., Gilmore, M., Hurt, S.W. & Brown, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1080-1084.
- Frances, A., Fyer, M. & Clarkin, J.F. (1986). Personality and suicide. *Annual of New York Academy of Sciences*, 487, 281-293.
- Franke, G. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160-167.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experiences Scale (DES). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 223-229.
- Friedman, C.J., Shear, M.K. & Frances, A. (1987). DSM-III personality disorders in panic patients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 132-135.
- Fruzzetti, A.E., Waltz, J.A. & Linehan, M.M. (1997). Supervision in dialectical behavior therapy. In C.E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 84-100). New York. Wiley & Sons.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Schmitz, B. & Bodem, M. (1995). *Fragebogen zu kognitiven Schemata (FKS) nach Beck*. Heidelberg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S. & König, J. (1996a). Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 56-90). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C. & Bodem, M. (1996b). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörung. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 91-113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gabbard, G.O. & Lazar, S.G. (1999). Efficacy and cost offset of psychotherapy for borderline personality disorder. In D. Spiegel, *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy* (Clinical Practice 45, pp. 111-123). Washington: American Psychological Association.
- Garner, D.M. & Olmsted, M.P. (1984). *The Eating Disorder Inventory Manual*. Psychological Assessment Ressources. Odessa, Florida.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Psychological Assessment Ressources. Odessa, Florida.

- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gartner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. & Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Gasperini, M., Battaglia, B., Diaferia, G. & Bellodi, L. (1990). Personality features related to generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 363-368.
- Gasperini, M., Battaglia, B., Scherillo, P., Sciuto, G., Diaferia, G. & Bellodi, L. (1991). Morbidity risk for mood disorders in the families of borderline patients. *Journal of Affective Disorders*, 21, 265-272.
- Gast, U. (2000). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Jaraschky (Hrsg., 2. Aufl.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (S. 271-292). Stuttgart: Schattauer.
- Geibel-Jakobs, M. & Koppenhöfer, E. (2000). Verhaltenstherapeutische Konzepte in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 25-35.
- Geller, J.L. (1986). In again, out again: Preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 386-390.
- Gershuny, B.S. & Thayer, J.F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.
- Goldfried, M.R. & Davidson, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rineholt & Winston.
- Goodman, G., Hull, J.W., Clarkin, J.F. & Yeomans, F.E. (1998). Comorbid mood disorders as modifiers of treatment response among inpatients with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 616-622.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleishmann, R.L., Hill, C.I., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1106-1111.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Bernauer, F. & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, M.A. & Curtis, G.C. (1988). Personality disorders in panic patients: response to termination of antipanic medication. *Journal of Personality Disorders*, 2, 303-314.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Fehon, D.C., Walker, M.L., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1089-1091.

- Grilo, C.M., Becker, D.F., Walker, M.L., Levy, K.N., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1995). Psychiatric comorbidity in adolescent inpatients with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1085-1091.
- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47, 426-429.
- Grilo, C.M., Walker, M.L., Becker, D.F., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1997). Personality disorders in adolescents with major depression, substance use disorders, and coexisting major depression and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 328-332.
- Gunderson, J.G. & Kolb, J.E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- Gunderson, J.G. & Springer, M.T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E. & Austin, V. (1981). The Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. & Kiesel, C.L. (1995). Borderline personality disorder. In W.J. Livesley, *The DSM-IV personality disorders. Diagnosis and treatment of mental disorders* (pp. 141-157). New York: Guilford Press.
- Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrental, J. (2000). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 32, 651-662.
- Häfner, H. & Weyerer, S. (1998). Epidemiologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (2. vollständig überarbeitete Auflage, S. 119-132). Bern: Huber.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hampton, M.D. (1997). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, 96-101.
- Hartkamp, N., Wöller, W., Ott, J. & Langenbach, M. (2001). Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31) (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus). In W. Tress, W. Wöller, W. Hartkamp, M. Langenbach, J. Ott, *Persönlichkeitsstörungen. Leitlinien und Quellentexte* (S. 123-167). Stuttgart: Schattauer.
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkeberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ereignissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 337-343.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depression. Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 3, 26-34.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (1995, 2. Auflage). *Das Beck Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Haver, B. & Dahlgren, L. (1995). Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*, 90, 101-109.
- Hawkins, K.A. & Sinha, R. (1998). Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavior therapy? An evaluation of a State Department of Mental Health training program. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 379-384.
- Heard, H.L. & Linehan, M.M. (1993). Problems of self and borderline personality disorder: A dialectical-behavioral analysis. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 301-333). New York: Guilford Press.
- Heard, H.L. & Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 55-82.
- Heffernan, K. & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse – Etiological and clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 589-595.
- Heitjan, D.F. (1997). Annotation: What can be done about missing data? Approaches to imputation. *American Journal of Public Health*, 87, 548-549.
- Henry, K.A. & Cohen, C.I. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1527-1529.
- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E.M. & Mühlbauer, V. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: Results of an experimental study. *Journal of Affective Disorders*, 44, 31-37.
- Herpertz, S.C., Dietrich, T.M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S.G., Willmes, K., Thron, A. & Sass, H. (2001). Evidence of abnormal Amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 292-298.
- Herpertz, S.C., Kunert, H.J., Schwenger, U.B. & Sass, H. (1999). Affective responsiveness in borderline personality disorder: A psychophysiological approach. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1550-1556.
- Herpertz, S.C., Schwenger, U.B., Kunert, H.J., Lukas, G., Gretzer, U., Nuttmann, J., Schuerkens, A. & Sass, H. (2000). Emotional responses in patients with borderline as compared with avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14, 339-351.
- Herpertz, S.C., Steinmeyer, E.M. & Saß, H. (1994). "Patterns of comorbidity" among DSM-III-R and ICD-10 personality disorders as observed with a new inventory for the assessment of personality disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 161-169.

- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. & Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. & Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Herzog, T., Hartmann, A., Sandholz, A. & Stammer, H. (1991). Prognostic factors in outpatient psychotherapy of bulimia. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 56, 48-55.
- Herzog, T., Stiewe, M., Sandholz, A. & Hartmann, A. (1995). Borderline-Syndrom und Essstörungen: Literaturübersicht und Interview-Studie an 172 konsekutiven InanspruchnahmepatientInnen der Freiburger Essstörungenambulanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 97-108.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Test-theoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1990). Development of diagnostic checklists for use in routine clinical care: a guideline designed to assess DSM-III-R diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 47, 782-784.
- Hoffart, A., Thornes, K., Hedley, L.M. & Strand, J. (1994). DSM-III-R axis I and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 186-191.
- Hoffman, R.E. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 157.
- Hogg, B., Jackson, H.J., Rudd, R.P. & Edwards, J. (1990). Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 194-199.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hudziak, J.J., Boffeli, T.J., Kriesman, J.J., Battaglia, M.M., Stranger, C. & Guze, S.B. (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1598-1606.
- Hudziak, J.J., Helzer, J.E., Wetzel, M.W., Kessel, K.B., McGee, B.A., Janca, A. & Przybeck, T.R. (1993). The use of the DSM-III-R Checklist for initial diagnostic assessments. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 375-383.
- Hull, J.W., Clarkin, J.F. & Kakuma, T. (1993). Treatment response of borderline inpatients. A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 503-509.
- Hyer, S.E., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Oldham, J.M. & Rosnick, L. (1990). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.

- Hyer, S.E., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kellman, H.D. & Doidge, N. (1992). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: a replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73-77.
- Ivanoff, A., Linehan, M.M., Brown, M. (2001). Dialectical behavior therapy for impulsive self-injurious behaviors. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 149-173). Washington: American Psychiatric Association.
- Jackson, H.J., Whiteside, H.L., Bates, G.W., Bell, R., Rudd, R.P. & Edwards, J. (1991). Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 206-213.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jansen, M.A., Arntz, A., Merckelbach, H. & Mersch, P.P.A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 391-395.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richer, K.H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 545-552.
- Jonsdottir-Baldusson, T. & Horvath, P. (1987). Borderline personality-disordered alcoholics in Iceland: descriptions on demographic, clinical, and MMPI variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 738-741.
- Joyce, P.R., Mulder, R.T. & Cloninger, C.R. (1994). Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 30, 35-46.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996, 2., überarbeitete Auflage). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Springer: Berlin.
- Kass, F., Skodol, A.E., Charles, E., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 627-630.
- Katz, S.E. & Levensky, P.G. (1990). Cognitive behavioral approaches to treating borderline and self-mutilating patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 398-408.
- Kegan, R. (1983). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge: Harvard University.
- Kemperman, I., Russ, M.J. & Shearin, E.N. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 11, 146-157.
- Kern, R.S., Kuehnel, T.G., Teuber, J. & Hayden, J. (1997). Multimodal cognitive-behavioral therapy for borderline personality disorder with self-injurious behavior. *Psychiatric Services*, 48, 1131-1133.

- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders* (pp. 8-121). New York: International Universities Press.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H. & Schulsinger, F. (1971). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 128, 302-306.
- Klein, D.N., Riso, L.P., Donaldson, S.K., Schwartz, J.E., Anderson, R.L., Crosby Quimette, P., Lizardi, H. & Aronson, T.A. (1995). Family study of early-onset Dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with Dysthymia and episodic Major Depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52, 487-496.
- Kleinman, P.H., Miller, A.B., Millman, R.B., Woody, G.E., Todd, T., Kemp, J. & Lipton, D.S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- Koenigberg, H.W. & Siever, L.J. (2000). Die Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 207-216). Stuttgart: Schattauer.
- Koerner, K. & Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- Koerner, K. & Dimeff, L.A. (2000). Further data on dialectical behavior therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7, 104-112.
- Koerner, K. & Linehan, M.M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 433-459). New York: Basic Books.
- Koerner, K. & Linehan, M.M. (1997). Case formulation in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In T.D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 340-367). New York: Guilford Press.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E. & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23, 841-853.
- Kolb, J.E. & Gunderson, J.G. (1980). Diagnosing borderline patients with a semi-structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 37, 37-41.
- Kosten, R.A., Kosten, T.R. & Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. & Kleber, H.D. (1982). DSM-III personality disorders in opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 572-581.
- Kranzler, H.R., Satel, S. & Apter, A. (1994). Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 335-340.

- Kroll, J.L., Sines, L.K. & Martin, K. (1981). Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Archives of General Psychiatry*, 39, 60-63.
- Kruedelbach, N., McCormick, R.A., Schulz, S.C. & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 214-222.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 72-113). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and process. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 72-113). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. & Collins, J.L. (1977). Therapist induced deterioration in psychotherapy. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy. A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Larsen, F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (Supl. 359), 1-55.
- Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A. & Byers Morse, S. (1993). *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*. Boston: Allyn & Bacon.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V. & Weiler, E. (1997). The Mini Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korfine, L. & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.
- Levitt, A.J., Joffe, R.T., Ennis, J., MacDonald, C. & Kutcher, S.P. (1990). The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 335-339.
- Lieb, H. (1998). *"Persönlichkeitsstörung" – Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Liebowitz, M.R., Stone, M.H. & Turkat, I.D. (1986). Treatment of personality disorders. In A.J. Francis & R.E. Hales (Eds.), *American Psychiatric Association Annual Review*, (Vol. 5, pp. 356-393). Washington: American Psychiatric Press.
- Linehan, M. M., Kanter, J.W., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Efficacy, specificity, and cost effectiveness. In D.S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy Indications and Outcomes*. (pp. 93-118). Washington: American Psychiatric Press.
- Linehan, M.M. & Dimeff, L.A. (1997). *Dialectical Behavior Therapy Manual of Treatment Interventions for Drug Abusers with Borderline Personality Disorder*. Seattle: University of Washington.

- Linehan, M.M. & Heard, H.L. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients: Reply. *Archives of General Psychiatry*, 50, 157-158.
- Linehan, M.M. & Heard, H.L. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. In N. Miller & K. Magruder (Eds.), *The cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers and policy-makers* (pp. 291-305). New York: Oxford University Press.
- Linehan, M.M. & Kehrer, C.A. (1993). Borderline personality disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A Stepp by stepp treatment manual* (2nd ed., pp.396-441). New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1987a). Dialectic behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M.M. (1987b). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333
- Linehan, M.M. (1987c). Dialectical behavior therapy in groups: Treating borderline personality disorders and suicidal behavior. In C.M. Brody (Ed.), *Women's therapy groups: Paradigms of feminist treatment* (pp.145-162). New York: Springer.
- Linehan, M.M. (1989a). Cognitive and behavior therapy for borderline personality disorder. In A. Tasman, R.E. Hales & A.J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 8, pp. 84-102). Washington: American Psychiatric Press.
- Linehan, M.M. (1989b). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2, 220-227.
- Linehan, M.M. (1992). Behavior therapy, dialectics, and the treatment of borderline personality disorder. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline personality disorders* (pp. 415-434). Madison: International Universities Press.
- Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. Dt.: Dies. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1993b). Skill training manual for treatment borderline personality disorder. New York: Guilford Press. Dt.: Dies. (1996). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1994). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationärer Verhaltenstherapie* (S. 796-804). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M.M. (1996). Grundlagen der dialektischen Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 179-199). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M.M. (1997a). Behavioral treatment of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 302-328.

- Linehan, M.M. (1997b). Validation and psychotherapy. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp.353-392). Washington: American Psychiatric Press.
- Linehan, M.M. (1999a). Development, evaluation, and dissemination of effective psychosocial treatments: Levels of disorder, stages of care, and stages of treatment research. In M.D. Glantz & C.R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins & Interventions* (pp. 367-394). Washington: American Psychological Association.
- Linehan, M.M. (1999b). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment. In D.G. Jacobs (Ed), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 146-187). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D.J. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M., Miller, M.L. & Addis, M.E. (1989). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Practical guidelines. In P. A. Keller & S.R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 8, pp. 43-54). Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Linehan, M.M., Rizvi, S.L. & Welch, S.S. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: personality disorders. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 145-178). New York: Wiley.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, B.S.J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M.M., Tutek, D., Heard, H. & Armstrong, H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., van Reekum, R. & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 9-14.
- Links, P.S., Steiner, M., Offord, D.R. & Eppel, A. (1988). Characteristics of borderline personality disorder: a canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 336-340.
- Loranger, A.W., Oldham, J.M. & Tulis, E.H. (1982). Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 795-799.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D.A. (1994). The international personality disorder examination. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Loranger, A.W., Susman, V.L., Oldham, J.M. & Russakoff, M. (1988). *The Personality Disorder Examination (PDE) Manual*. Yonkers, NY, DV Communications.

- Low, G., Jones, D. & Duggan, C. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behavior therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 85-92.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R. & Hallmayer, J. (1992). Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196.
- Malow, R.M. & West, J.A. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 765-767.
- Mancuso, D.M., Townsend, M.H. & Mercante, D.E. (1993). Long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 441-446.
- Margraf, J. (2000). Klassifikation psychischer Störungen. In Ders. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen. Diagnostik. Verfahren. Rahmenbedingungen* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bd. 2, S. 125-143). Berlin: Springer.
- Markowitz, J.C., Moran, M.E., Kocsis, J.H. & Frances, A.J. (1992). Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 24, 63-71.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Husband, S.D. & Platt, J.J. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 483-490.
- Marschke, J. (1997). An alternative support model for family members of the mentally ill: Modifying dialectical cognitive-behavioral skill building (DBT). *Smith College Studies in Social Work*, 68, 31-55.
- Mauri, M., Sarno, N., Rossi, V.M., Armani, A., Zambotto, S., Cassano, G.B. & Akiskal, H.S. (1992). Personality disorders associated with generalized anxiety, panic, and recurrent depressive disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 162-167.
- Mays, D.T. (1985). Behavior therapy with borderline personality disorders: One clinician's perspective. In D.T. Mays & C.M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (pp. 300-311). New York: Springer.
- McCann, R.A. & Ball, E.M. (in press). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP Forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- McCann, U.D., Rossiter, E.M., King, R.J. & Agras, W.S. (1991). Nonpurging bulimia: A distinct subtype of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 679-687.
- McGaw, B. & Glass, G.V. (1980). Choice of metric for effect size in meta-analysis. *American Educational Research Journal*, 17, 325-337.
- McGlashan, T.H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study: Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- McGlashan, T.H. (1987). Testing DSM-III symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 143-148.
- McGorry, P., Kaplan, I., Dossetor, C., Copolov, D. & Singh, B. (1988). *The Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychoses. A comprehensive assessment procedure for the acute psy-*

chotic episode (RPMIP). Melbourne: Royal Park Psychiatric Hospital and Monash University, Department of Psychological Medicine.

- McKeegan, G., Geczy, B. & Donat, D. (1993). Applying behavioral methods in the inpatient setting: patient with mixed borderline and dependent traits. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 55-64.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McLeod, A.K., Williams, J.M. & Linehan, M.M. (1992). New developments in the understanding of suicidal behavior. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 193-218.
- McMain, S., Korman, L.M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- McManus, M., Brickman, A., Alessi, N.E. & Grapentine, W.L. (1984). Borderline personality in serious delinquents. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 446-454.
- Mehlum, L., Friis, S., Irion, T., Johns, S., 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.
- Mersch, P.P.A., Jansen, M.A. & Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: severity of complaint and treatment effectiveness. *Journal of Personality Disorders*, 9, 143-159.
- Miller, A.L. (1999). Dialectical behavior therapy: A new treatment approach for suicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 413-417.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M., Wetzler, S. & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Miller, A.L., Wyman, S.E., Huppert, J.D., Glassman, S.L. & Rathus, J.H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- Miller, B.C. (1995). Characteristics of effective day treatment programming for persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 46, 605-608.
- Miller, C.R., Eisner, W. & Allport, C. (1994). Creative Coping: A cognitive-behavioral group for borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 280-285.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III. Axis II*. New York: Wiley & Sons.
- Millon, T. (1987). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality: DSM-VI and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Modestin, J., Albrecht, I., Tschaggelar, W. & Hoffmann, H. (1983). Diagnosing borderline: A contribution of the question of its conceptual validity. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 233, 359-370.

- Modestin, J., Oberson, B. & Erni, T. (1997). Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 424-430.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2, 1-27.
- Moldin, S.O., Rice, J.P., Erlenmeyer-Kimling, L. & Squires-Wheeler, E. (1994). Latent structure of DSM-III-R axis II psychopathology in a normal sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 259-266.
- Monti, D.A., Herring, C.L., Schwartzman, R.J. & Marchese, M. (1998). Personality assessment of patients with Complex Regional Pain Syndrome Type I. *Clinical Journal of Pain*, 14, 295-302.
- Moran, P.W. & Lambert, M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M.J. Lambert, E.R. Christensen & S.S. DeJulio (Eds.), *The Assessment of Psychotherapy Outcome*. (pp. 263-303). New York: Wiley & Sons.
- Morey, L.C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E. & Miller, K.J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Mørs, O. & Sørensen, L.V. (1994). Incidence and comorbidity of personality disorders among first ever admitted psychiatric patients. *European Psychiatry*, 9, 175-184.
- Munroe-Blum, H. & Marziali, E. (1988). Time-limited group psychotherapy for borderline patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 364-369.
- Nace, E.P., Davis, C.W. & Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 188-190.
- Nace, E.P., Saxon, J.J. & Shore, N. (1983). A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 54-56.
- Nace, E.P., Saxon, J.J. & Shore, N. (1986). Borderline personality disorder and alcoholism treatment: A one-year follow-up study. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 196-200.
- Nurnberg, H.G., Raskin, M., Levine, P.E., Pollack, S., Siegel, O. & Prince, R. (1993). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1371-1377.
- Nurnberg, H.G., Rifkin, A. & Doddi, S. (1993). A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 447-454.
- O'Boyle, M. & Self, D. (1990). A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Research*, 32, 85-92.

- Ogles, B.M., Lunnen, K.M. & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L. & Gallaher, P.E. (1995). Comorbidity of axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Rosnick, L. & Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220.
- Orvaschel, H. & Puig-Antich, J. (1987). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children for School-Age Children – Epidemiologic Version (K-SADS-E)*, 4th version. Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Ouimette, P.C., Wolfe, J. & Chrestman, K.R. (1996). Characteristics of posttraumatic stress disorder-alcohol abuse comorbidity in women. *Journal of Substance Abuse*, 8, 335-346.
- Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (Suppl. 1), 28-34.
- Parloff, M.B., Warkow, I.E. & Wolfe, B.E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed., pp. 233-283). New York: Wiley & Sons.
- Pepper, C.M., Klein, D.N., Anderson, R.L., Riso, L.P., Crosby Ouimette, P. & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R axis comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 239-247.
- Perris, C. (1994). Cognitive therapy in the treatment of patients with borderline personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 89 (Suppl. 379), 69-71.
- Perry, J. C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* (Suppl. 1), 63-85.
- Perry, J.C. & Cooper, S.H. (1985). Psychodynamics, symptoms, and outcome in borderline personality disorders and bipolar type II affective disorder. In T.H. McGlashan (Ed.), *The borderline: Current empirical research* (pp. 19-41). Washington: American Psychiatric Press.
- Pesslow, E.D., Sanfilipo, M.P. & Fieve, R.R. (1995). Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 232-238.
- Pettinati, H. (1990). Diagnosing personality disorders in substance abusers. In L.S. Harris (Ed.), *The problems of drug use dependence 1990: Proceedings of the 52nd Annual Meeting CPDDD*. (NIDA Research Monograph Series 105, pp.236-242). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Pfohl, B., Blum, N., Zimmerman, M. & Stangl, D.(1989). *The Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SIDP-R)*. Iowa City, IA: University of Iowa.
- Pfohl, B., Stangl, D. & Zimmerman, M. (1983). *The Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP)*. Iowa City, IA: University of Iowa.

- Pfohl, B., Stangl, D. & Zimmermann, M. (1984). The implication of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 7, 309-318.
- Phillips, K.A. & Nierenberg, A.A. (2001). The assessment and treatment of refractory depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 20-26.
- Phillips, K.A., Shea, M.T., Warshaw, M., Dyck, I., Bruce, S. & Keller, M. (2001). The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders. *Journal of Personality Disorders*, 15, 157-167.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.
- Polatin, P.B., Kinney, R.K., Gatchel, R.J., Lillo, E. & Mayer, T.G. (1993). Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine - which goes first? *Spine*, 18, 66-71.
- Poling, J., Rounsaville, B.J., Ball, S., Tennen, H., Kranzler, H.R., Triffleman, E. (1999). Rates of personality disorders in substance abusers: a comparison between DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 13, 375-384.
- Pollack, S.S., Linehan, M.M., Wasson, E.J., Buysse, D.J., Swami, N.R. & Soloff, P.H. (1990). Borderline personality disorder. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 393-460). New York: Wiley & Sons.
- Pope, H.G. & Hudson, J.I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1-9.
- Pope, H.G., Frankenburg, F.R., Hudson, J.I., Jonas, J.M. & Yurgelun-Todd, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder: a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 181-184.
- Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.I., Cohen, B.M. & Gunderson, J.G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.
- Powers, P.S., Covert, D.L., Brightwell, D.R. & Stevens, B.A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 503-508.
- Pretzer, J.L. (1988). Paranoid personality disorder: A cognitive view. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 10-12.
- Putnam, F.W., Carlson, E.B., Ross, C.A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Bowman, E.S., Coons, P., Chu, J.A., Kill, D.L., Loewenstein, R.J. & Braun, B.G. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.
- Pütterich, H. (1985). *Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom von J.G. Gunderson*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Rathner, G. & Rumpold, G. (1994). Convergent validity of the eating disorder inventory and the anorexia nervosa inventory for self-rating in an austrian nonclinical population. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 381-393.

- Rauch, S.L., van der Kolk, B.A., Fisler, R.E., Alpert, N.M., Orr, S.P., Savage, C.R., et al. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380-387.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2001). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 555-571). Stuttgart: Schattauer.
- Reich, J., Tupin, J.P. & Abramowitz, S.I. (1983). Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1495-1498
- Reich, J.H. & Noyes, R. (1987). A comparison of DSM-III personality disorders in acutely panic and depressed patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 123-131.
- Reich, W. & Welner, Z. (1988). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents. DICA-C-R (DSM-III-R version)*. Revised version. St. Louis: Washington University Press.
- Renneberg, B., Chambless, D.L. & Gracely, E.J. (1992). Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 111-118.
- Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 3-19.
- Rief, W., Greitemeyer, M. & Fichter, M.M. (1991). Die Symptom Check List SCL-90 R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*, 37, 58-65.
- Robins, C.J. & C.R. Koons (2000). The therapeutic relationship in dialectical behavior therapy. In A. Sabo & L. Havens (Eds.), *The real world guide to psychotherapy practice* (pp. 237-266). Cambridge: Harvard University Press.
- Robins, C.J. (1999). A dialectical behavior therapy. Perspective on the case of Anna. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 60-68.
- Robins, C.J., Ivanoff, A.M. & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy. In W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (pp. 437-459). New York: Guilford Press.
- Robins, L.N., Cottler, L. & Keating, S. (1989). *NIMH Diagnostic Interview Schedule. Version III Revised (DIS-R)*. St. Louis, MO: Washington University.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. & Ratcliff, K.S. (1981). NIMH Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L.N., Wing, J.K. & Wittchen, H.U. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Rodrigues Torres, A. & Del Porto, J.A. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Psychopathology*, 28, 322-329.
- Rogers, C.R. & Truax, C.B. (1967). The therapeutic conditions antecedent to change: A theoretical view. In C.R. Rogers, G.T. Gendlin, D.V. Kiesler, & C.B. Truax (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 97-108). Madison: University of Wisconsin Press.

- Romans, S.E., Gendall, K.A., Martin, J.L. & Mullen, P.E. (2000). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 380-392.
- Ronchi, P., Abbruzzese, M., Erzegovesi, S., Diaferia, G., Sciuto, G. & Bellodi, L. (1992). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in an Italian population. *European Psychiatry*, 7, 53-59.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M. & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, D., Anderson, G. & Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: a structured interview. *Dissociation*, 2, 169-189.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. & Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 349-357.
- Rost, K.M., Akins, R.N., Brown, F.W. & Smith, G.R. (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14, 322-326.
- Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J. & Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 87-95.
- Rousar, E., Brooner, R.K., Regier, M.W. & Bigelow, G.E. (1994). Psychiatric distress in antisocial drug abusers: relation to other personality disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 149-154.
- Sachsse, U. (2000). Selbstverletzendes Verhalten – somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 347-370). Stuttgart: Schattauer.
- Safer, D.L., Telch, C.F. & Agras, W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O.J., Costa, P.T., Riddle, M.A., Liang, K.-Y., Hoehn-Saric, R., Grados, M.A. & Cullen, B.A.M. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Sanderson, W.C., Beck, A.T. & McGinn, L.K. (1994). Cognitive therapy for generalized anxiety disorder: significance of comorbid personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 8, 13-18.
- Sanderson, W.C., Wetzler, S., Beck, A.T. & Betz, F. (1992). Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Research*, 42, 93-99.
- Sanderson, W.C., Wetzler, S., Beck, A.T. & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167-174.

- Sansone, R.A., Fine, M.A., Seufferer, S. & Bovenzi, J. (1989). The prevalence of borderline personality symptomatology among women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 603-610.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. & Morris, D.W. (1996). Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 117-118.
- Sansone, R.A., Whitecar, P., Meier, B.P. & Murry, A. (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23, 193-197.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W. & Sansone, L.A. (2000). The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity. A critical review of the literature. *Eating behaviors*, 1, 93-104.
- Saß, H. & Mende, M. (1991). Zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mit einer integrierten Merkmalsliste gem. DSM-III-R und ICD-10 bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In U. Baumann, E. Fähndrich, R.-D. Stieglitz & B. Woggon (Hrsg.), *Veränderungsmessung in Psychiatrie und Klinischer Psychologie* (S. 195-206). München: Profil.
- Saxe, G.N., van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037-1042.
- Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7, 68-86.
- Schmidt, N.B. & Telch, M.J. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eaters, and normal controls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 169-185.
- Schmitz, B. (1989). Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8, 205-211.
- Schmitz, B. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Behandlungsansätze und Psychoedukation. In H. Saß & S. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen* (S. 25-47). Stuttgart: Thieme.
- Schoemaker, C., Verbraak, M., Breteler, R. & van der Staak, C. (1997). The discriminant validity of the Eating Disorder Inventory-2. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 627-629.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Sciuto, G., Diaferia, G., Battaglia, M., Perna, G., Gabriele, A. & Bellodi, L. (1991). DSM-III-R personality disorders in panic and obsessive-compulsive disorder: a comparison study. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 450-457.
- Segal, D.L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In S.M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 24-57). New York: Wiley.
- Shea, M.T., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Watkins, J. & Docherty, J.P. (1987). Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 27-42.

- Shea, T. (1996). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 359-375). Weinheim: Beltz.
- Shearer, S.L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328.
- Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M.S. & Wadman, B.E. (1988). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1424-1427.
- Shearin, E.N. & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Shearin, E.N. & Linehan, M.M. (1989). Dialectics and behavior therapy: A metaparadoxical approach to the treatment of borderline personality disorder. In L.M. Ascher (Ed.), *Therapeutic paradox* (pp.255-288). New York: Guilford Press.
- Shearin, E.N. & Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Suppl. 379), 61-68.
- Silk, K., Eisner, W., Allport, C., DeMars, K., Miller, C., Justice, R. & Lewis, M. (1994). Focused time-limited inpatient treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 268-278.
- Simpson, E.B., Pistorelle, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K. & Stevens, M (1998). Use of Dialectical Behavior Therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 49, 669-673.
- Sipos, V. (in Vorb.). *Effekte von Supervision auf Therapieprozess und Therapieergebnis bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa*. Ein Beitrag zur Supervisionsforschung. Lübeck: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Skinstad, A.H. & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Skodol, A.E., Buckley, P. & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *Journal of Mental and Nervous Disease*, 171, 405-410.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N. & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403-416.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Stein, D.J., Hollander, E., Gallaher, P.E. & Lopez, A.E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 361-374.
- Smith, M.L., Glass, G. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Soloff, P.H. & Millward, J.W. (1983). Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Archive of General Psychiatry*, 40, 37-44.

- Soloff, P.H. (1998). Symptom-oriented psychopharmacology for personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 3-11.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kellly, T., Cornelius, J. & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1316-1323.
- Sorembe, V. & Westhoff, K. (1979). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung* (SESA). Braunschweig. Westermann.
- Southwick, S.M., Yehuda, R. & Giller, E.L. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1020-1023
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, C., Effler, K. & Freyberger, H.J. (2000). Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 46, 273-285.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Gibbon, M. (1987a). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Nonpatient Version (SCID-NP-V)*. New York. New York State Psychiatric Institutes. Biometrics Research.
- Spitzer, R.L. & Endicott, J. (1979a). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia: Lifetime version (SADS-L)*. New York. New York State Psychiatric Institutes. Biometrics Research.
- Spitzer, R.L. & Endicott, J. (1979b). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 95-100.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality disorder and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B.W., Verloin DeGruy, F., Brody, D. & Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *Journal of the American Medical Association*, 29, 118-122.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. & First, M.B. (1987b). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Outpatient Version (SCID-OP)*. New York. New York State Psychiatric Institutes. Biometrics Research.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. & First, M.B. (1989). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version (SCID-P)*. New York. New York State Psychiatric Institutes. Biometrics Research.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. & First, M.B. (1990a). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. & First, M.B. (1990b). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC. American Psychiatric Press.

- Springer, T., Lohr, N.E., Buchtel, H.A. & Silk, K.R. (1996). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 57-71.
- Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W. & Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596.
- Stanley, M.A., Turner, S.M. & Borden, J.W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518.
- Steer, R.A. & Beck, A.T. (1985). Modifying the Beck Depression Inventory. A reply to Vredenburg, Krames, and Flett. *Archives of General Psychiatry*, 16, 573-576.
- Steiger, H., Léonard, S., Ying Kin, N.M.K.N., Ladouceur, C., Ramdoyal, D. & Young, S.N. (2000). Childhood abuse and platelet tritiated-paroxetine binding in bulimia nervosa: implications of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 428-435.
- Steiger, H., Leung, F., Thibaudeau, J., Houle, L. & Ghadirian, A.M. (1993). Comorbid features in bulimics before and after therapy: are they explained by axis II diagnoses, secondary effects of bulimia, or both?. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 45-53.
- Steiger, H., Thibaudeau, J., Leung, F., Houle, L. & Ghadirian, A.M. (1994). Eating and psychiatric symptoms as a function of axis II comorbidity in bulimic patients. *Psychosomatics*, 35, 41-49.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. & Cicchetti, D. (1990). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report of a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76-82.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050-1054.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stieglitz, R.-D. (2000). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe
- Stiglmayr, C., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M. & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111-118.
- Strupp, H.H., Horowitz, L.M. & Lambert, M.J. (1997). *Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders. Toward a core battery*. Washington: American Psychological Association.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 302-315.
- Sullivan, P.F., Joyce, P.R. & Mulder, R.T. (1994). Borderline personality disorder in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 508-516.
- Sunday, S.R., Levey, C.M. & Halmi, K.A. (1993). Effects of depression and borderline personality traits on psychological state and eating disorder symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 70-74.

- Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 234-240.
- Surber, R.W., Winkler, E.L., Monteleone, M., Havassy, B.E., Goldfinger, S.M. & Hopkin, J.T. (1987). Characteristics of high users of acute inpatient services. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1112-1116.
- Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., Mizutani, Y. & Kono, H. (1993). Young female alcoholics with and without eating disorders: a comparative study in Japan. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1053-1058.
- Swales, M., Heard, H.L. & Williams, M.G. (2000). Linehan's dialectical behavior therapy (DBT) for borderline personality disorder: Overview and adaptation. *Journal of Mental Health*, 9, 7-23.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Swenson, C.R. (1989). Kernberg and Linehan: Two approaches to the borderline patient. *Journal of Personality Disorders*, 3, 26-35.
- Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A. & Linehan, M.M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
- Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A. & Andersen, S.L. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 160-175.
- Telch, C.F. & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768-776.
- Telch, C.F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with Binge-Eating-Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 77-81.
- Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI). *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 9, 267-278.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D.O. & Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory (EDI-2). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 365-376.
- Thomasius, R. (1998). Persönlichkeitsstörungen bei Konsumenten illegaler Drogen - Komorbidität, Entwicklungspfade und Auswirkungen auf die Behandlung. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Praxis*, 3, 142-150.
- Thomsen, P.H. & Mikkelsen, H.U. (1993). Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 456-462.
- Torgersen, S. (2000). Genetische Aspekte bei Borderline-Störung. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 217-223). Stuttgart: Schattauer.

- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Torgersen, S., Lygren, S., Per, A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425.
- Tousignant, M. & Kovess, V. (1989). Borderline traits among community alcoholics and problem-drinkers: rural-urban differences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 796-799.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Turkat, I.D. & Levin, R.A. (1984). Formulation of personality disorders. In H.E. Adams & P.B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Plenum: New York.
- Turkat, I.D. & Maistro, S.A. (1985). Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders: In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (pp. 502-570). New York: Guilford.
- Turkat, I.D. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon Press. Dt.: Ders. (1996). *Die Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfa-den für die klinische Praxis*. Huber: Bern.
- Turner, R.M. (1987). Treating borderline personality disorder in the partial-hospital setting. *International Journal of Partial Hospitalization*, 4, 257-269.
- Turner, R.M. (1989). Case study evaluations of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 20, 477-489.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Borden, J.W., Stanley, M.A. & Jacob, R.G. (1991). Social phobia : axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M. & Tohen, M. (1997). Special feature: extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259.
- Vaglum, S. & Vaglum, P. (1989). Comorbidity for borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 279-284.
- Van Velzen, C.J.M. & Emmelkamp, P.M.G. (1999). The relationship between anxiety disorders and personality disorders. In J. Derksen, C. Maffei & H. Groen (Eds.), *Treatment of personality disorders* (pp. 129-153). New York: Kluwer Academie / Plenum Publishers.
- Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tenne, H., Ball, S. & Rounsaville, B.J. (2000). Co-occurrence of axis I and II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 110-118.
- Verheul, R., van der Brink, W. & Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorder among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research*, 1, 166-177.

- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A. & Benabarre, A. (2000). Bipolar II disorders and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 339-343.
- Wagner, A.W. & Linehan, M.M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. In M.C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in etiology of borderline personality disorder* (pp. 203-223). Washington: American Psychiatric Press.
- Waltz, J. & Linehan, M.M. (1999). Functional analysis of borderline personality disorder behavioral criterion patterns. Links to treatment. In J. Derksen, C. Maffe et al. (Eds.), *Treatment of Personality Disorders* (pp. 183-206). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Waltz, J. & Trautmann-Sponsel, R.D. (1999). Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Praxis*, 3, 79-89.
- Waltz, J. (1994). Borderline disorder. In M. Hersen, R.T. Ammerman & L.A. Sisson (Eds.), *Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients* (pp. 305-322). New York: Plenum Press.
- Wasson, E.J. & Linehan, M.M. (1993). Personality disorders. In A.S. Bellak & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting: Critical issues in psychiatry* (pp. 329-353). New York: Plenum Press.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G. & Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.
- Widiger, T.A. & Frances, A.J. (1989). Epidemiology, diagnosis and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman & A.J. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry* (Vol. 8, pp. 8-24). Washington: American Psychiatric Press.
- Widiger, T.A. & Trull, T.J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. In P.B. Sutker & H.E. Adams, *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Widiger, T.A. & Weissman, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Widiger, T.A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4, 75-90.
- Widiger, T.A. (1998). Invited essay: Sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 95-118.
- Widiger, T.A., Frances, A.J., Harris, M., Jacobsberg, L.B., Fyer, M. & Manning, D. (1991). Comorbidity among axis II disorders. In J.M. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity* (pp. 163-194). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilfley, D.E., Friedman, M.A., Zoler Douchis, J., Stein, R.I., Welch, R.R. & Ball, S.A. (2000). Comorbid psychopathology in Binge Eating Disorder: relation to eating disorders, severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 641-649.

- Winkelmann, G., Rasche, H. & Hohagen, F. (1994). Zwangsstörungen: Komorbidität und Implikationen für die Behandlung. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 25, 32-40.
- Winter, H., Wenninger, K. & Ehlers, A. (1992). *Deutsche Übersetzung der PTSD-Symptom-Scale Self-Report*. Göttingen: Georg-August-Universität.
- Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Halligan, P., Korn, S., Brown, C. & Halmi, K.A. (1999). Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 332-336.
- Wiser, S. & Telch, C.F. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating Disorder. *Psychotherapy in Practice*, 55, 755-768.
- Wittchen, H.-U. & Lachner, G. (1996). Klassifikation. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*. D/II/1 (S. 3-67). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. & Goodman, S. (1990). DSM-III personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Woogh, C.M. (1986). A cohort through the revolving door. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 214-221.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. & Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Young, J. E. & Lindemann, M.D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11-24.
- Young, J. E. & Swift, W. (1988). Schema-focused cognitive therapy for personality disorders. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 5-14.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota : Professional Ressource Exchange.
- Zaider, T.I., Johnson, J.G. & Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 58-67.
- Zanarini, M.C. & Gunderson, J. (1997). Differential diagnosis of antisocial and borderline personality disorders. In D.M. Stoff, J. Breiling et al. (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 83-91). New York: Wiley & Sons.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Chauncey, D.L. & Gunderson, J.G. (1987). The Diagnostic Interview for Personality Disorders: interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 467-480.

- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 290-302.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Pope, H.G., Hudson, J.I., Yurgelun-Todd, D. & Cicchetti, C.J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 20-24.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. & Frankenburg, F.R. (1989). Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 149-156.
- 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. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O. & Frankenburg, F.R. (1988). DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 292-302.
- Zanarini, M.C., Ruser, T.F., Frankenger, F.R., Hennen, J. & Gunderson, J.G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 26-30.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E. & Reich, R.B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorders diagnoses in a nonpatient sample. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.
- Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.
- Zimmermann, M., Pfohl, B., Coryell, W.H., Corenthal, C. & Stangl, D. (1991). Major depression and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 22, 199-210.
- Zittel, C. & Westen, D. (1998). Conceptual issues and research findings on borderline personality disorder: What every clinician should know. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 5-20.
- Zlotnick, C., Mattia, J. & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296-301.
- Zlotnick, C., Mattia, J. & Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect*, 25, 357-367.
- Zung, W.W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

- Zweig-Frank, H. & Paris, J. (1997). Relationship of childhood sexual abuse to dissociation and self-mutilation in female patients. In M.C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (Progress in psychiatry 49, pp. 93-105). Washington: American Psychiatric Press.
- Zweig-Frank, H., Paris, J. & Guzder, J. (1994a). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 259-264.
- Zweig-Frank, H., Paris, J. & Guzder, J. (1994b). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in male patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 266-268.

10 Autorenverzeichnis

ADAMS	32	CRITS-CHRISTOPH	31
ALLEN	32	CROWTHER	63
ALNÆS	14, 19, 21, 28	CRUMLEY	27
AMES-FRANKEL	24, 28, 110	CURTIS	23
AMPOLLINI	22	DAHL	13, 14, 17
ANDREWS	23	DAHLGREN	22
APA	10, 11, 12, 31, 62	DAMMANN	28, 32
APTER	22	DAVIDSON	30, 40
ARNTZ	30, 60, 110	DAVIS	30
BAER	23, 28	DE BELLIS	33
BALL	22, 32	DE JONG	17, 21, 22
BARBER	22, 104, 107	DEL PORTO	23
BARLEY	32, 44, 110	DERKSEN	14, 15
BATEMAN	28, 104, 107	DEROGATIS	55
BECK	30, 57, 58, 60, 110, 115	DIAFERIA	23
BECKER	14, 17	DIMEFF	42, 43
BEISEL	59, 108	DREESEN	23
BELLODI	19	DRIESSEN	34
BENDER	28	DUBRO	14
BENJAMIN	32	EBERENZ	63
BERGER	32, 58	EGGERT	58
BERGIN	72	EHLERS	64
BERNSTEIN	60	ELLASON	107
BLACK	14, 23, 24	EMMELKAMP	13
BLACKBURN	32	EMRICH	34
BLAIS	13	ENDICOTT	10
BOHUS 32, 33, 35, 37, 44, 48, 52, 60, 104, 107, 109, 110, 113, 114, 120		EVANS	45, 110
BOLLINGER	23	FAMULARO	33
BORTZ	72	FARRELL	32
BRAUN	24	FAVA	19, 21
BREITER	35	FIEDLER	23, 33, 117
BREMNER	34	FLEMING	30
BRODSKY	14, 35, 51, 107	FLICK	14, 15, 17
BRONISCH	13, 14, 15	FOA	64, 65
BROOKS	13, 22	FONAGY	28, 104, 107
BROONER	22	FOSSATI	13
BÜHL	71	FOX	32
BULIK	24	FRANCES	14, 15, 17, 25, 27
BUNIA	22, 28	FRANCO	13
BURNS	30	FRANKE	55, 56
CARLSON	61, 110	FREYBERGER	60, 61
CAROLL	24	FRIEDMAN	23
CASEY	30	FRUZZETTI	37, 43
CASTANEDA	13	FYDRICH	13, 66, 109, 121
CHABROL	14	GABBARD	32
CLARKE	28	GARNER	61, 62, 63
CLARKIN	14, 15, 17, 27	GARTNER	24
CLERICI	22	GASPERINI	23
CLOITRE	33, 51, 107, 110	GAST	33
COHEN	12, 74	GEIBEL-JAKOBS	30
COID	17, 34	GELLER	15
COMTOIS 14, 17, 27, 31, 32, 52, 109, 112, 115		GERSHUNY	35
COONS	107	GLASS	72, 75
COOPER	28	GLEAVES	63
CORYELL	14	GÖDECKE-KOCH	34
COTTRAUX	32	GOLDFRIED	40
COWDRY	27	GOODMAN	27, 52, 112
CRINO	23	GRAWE	72, 112
		GREEN	23

GRILO	21	LENZENWEGER	14
GUNDERSON	9, 10, 11, 13, 17, 27, 112	LEVENDUSKY	32
GUNIA	32	LEVIN	30
HAAF	32	LEVITT	14, 15
HÄFNER	10	LIEB	30
HAMILTON	57, 115	LIEBOWITZ	30
HAMPTON	32	LINDEMANN	30
HARTMANN	72	LINEHAN 8, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 107, 112, 113, 119	
HAUTZINGER	57, 58	LINKS	14
HAVER	22	LORANGER	8, 14, 34, 119
HAWKINS	32	LOW	32
HEARD	27, 28, 31, 41, 42	MAIER	14
HEFFERNAN	33, 51, 107, 110	MAISTRO	30
HEITJAN	71	MALOW	22
HENRY	12	MANUSCO	23
HERPERTZ	14, 15, 34	MARGRAF	10
HERZOG	13, 23, 24, 28, 72, 104, 110	MARKOWITZ	21
HESEL	72	MARLOWE	22, 28
HILL	55, 57, 116	MARSCHKE	32
HOFFART	22	MARZIALI	28
HOFFMAN	41	MATTIA	14, 15
HOGG	24	MAURI	19, 23
HOROWITZ	65	MAYS	30
HORVATH	22	MCCANN	24, 32
HUDSON	13, 23	MCGAW	72, 75
HUDZIAK	27, 52, 109, 115	MCGLASHAN	27, 114
HULL	112	MCKEEGAN	32
HYLER	14, 15	MCLEOD	31
IVANOFF	31	MCMAIN	31
JACKSON	24	MEHLUM	15, 17
JACOBSON	71	MERSCH	23
JANSEN	23	MILLER	32, 44
JERSCHKE	21, 27, 29	MILLON	30, 109
JONSDOTTIR-BALDURSSON	22	MILLWARD	34
JOYCE	19, 28	MODESTIN	14, 15
KANFER	46, 47	MOHR	8
KASS	13	MOLDIN	14
KATZ	32	MOMBOUR	14
KEGAN	31	MONTI	25
KEHRER	31	MORAN	57
KEMPERMAN	35, 51, 107	MOREY	14, 15
KERN	32	MORGENSTERN	22
KERNBERG	12	MØRS	15
KETY	9	MUNROE-BLUM	28
KHANTZIAN	22	NACE	13, 21, 22, 28
KLEIN	14	NIERENBERG	28
KLEINMAN	22	NOLEN-HOEKSEMA	30
KOENIGSBERG	34	NOYES	19, 23
KOERNER	31, 41, 42, 43	NURNBERG	17, 22
KOKKEVI	22	O'BOYLE	19
KOLB	10	OGLES	71
KOONS	31	OLDHAM	8, 14, 119
KOPPENHÖVER	30	OLMSTED	61
KOSTEN	22, 28	PARIS	27, 33
KOVES	22	PARLOFF	56
KRANZLER	22	PAUL	61
KRUDELBACH	35	PEPPER	19, 21
LACHNER	10	PERRIS	30
LAMBERT	55, 57, 72, 112, 116	PERRY	27, 28
LARSEN	24	PFOHL	14, 19, 28
LAYDEN	30, 43		

PHILLIPS	26, 28	SOUTHWICK	23
PIRAN	24	SPIELBERGER	56, 65
POLATIN	25	SPITZER	10, 11, 35, 52, 60, 61, 104, 107
POLING	22	SPRINGER	32, 45, 110
POLLACK	31	SRENSSEN	15
POPE	13, 23, 24, 27, 114	STANLEY	23
POWERS	24	STEER	57
PRESLOW	21	STEIGER	24, 28, 104, 107, 110
PRETZER	30	STEINBERG	25
PUTNAM	60, 61, 110	STERN	9
PÜTTERICH	10	STICE	24
RATHNER	63	STIEGLITZ	115, 116
RAUCH	35	STIGLMAYR	35
REDDEMANN	33	STRUPP	55, 116
REICH	19, 23, 25	STUART	17
RENNEBERG	23	SULLIVAN	19
RICHTER	57	SUNDAY	24
RIEF	56	SUOMINEN	27
ROBINS	31	SURBER	15
ROGERS	40	SUZUKI	22
RONCHI	23	SWAIN	22
ROSENVINGE	13, 23	SWALES	32
ROSS	107	SWARTZ	14
ROSSITER	24	SWENSON	32
ROST	24	SWIFT	30
ROUNSAVILLE	13, 21, 22	TEICHER	33
ROUSAR	22	TELCH	24, 32
RUMPOLD	63	THAYER	35
SACHSSE	33, 35	THIEL	61, 62, 63, 108
SAFER	32	THOMASIIUS	13
SAFRAN	30	THOMSEN	23
SAMUELS	14, 23	TORGENSEN	8, 11, 14, 19, 21, 28, 34
SANDERSON	19, 21, 23	TORRES	23
SANSONE	13, 23, 24, 25	TOUSIGNANT	22
SAXE	25, 107	TRAUTMANN-SPONSEL	30
SCHEEL	41	TREECE	22
SCHMIDT	24	TRUAX	40, 71
SCHMITZ	24, 30	TRULL	13, 22
SCHOEMAKER	63	TURKAT	30
SCHULTE	51, 57	TURNER	23, 30, 31
SCHWEIGER	59, 108	TYRER	13, 21, 30
SCIUTO	22, 23	VAN VELZEN	13
SEGAL	13, 30	VERHEUL	13, 22
SELF	19	VIETA	21
SHAW	32	WAGNER	31
SHEA	19, 30	WALDINGER	112
SHEARER	27, 35, 51, 107	WALTZ	30, 31
SHEARIN	31, 41, 44	WASSON	31
SHERWOOD	63	WEISS	21, 22
SIEVER	34	WEISSMAN	12, 14, 15
SILK	32	WESTEN	32
SIMPSON	32	WESTHOFF	58, 112
SINGER	10, 11	WEYERER	10
SINHA	32	WIDIGER	12, 13, 14, 15, 17, 25
SIPOS	108	WIESEMAN	24
SKINSTAD	22	WILFEY	24
SKODOL	22, 23, 26, 28	WINKELMANN	23
SMITH	74	WINTER	64
SMOLE	22, 28	WISER	32
SOLOFF	27, 28, 34, 35, 51, 52, 112	WITTCHEN	10, 66, 121
SOREMBE	58, 112	WONDERLICH	24

WOOGH	15
YANOWSKI	24
YOUNG	30
ZAIDER	14
ZANARINI ... 14, 15, 17, 19, 24, 33, 34, 48, 69, 70, 107, 117, 119, 120, 121	

ZIMMERMAN	14, 15, 19
ZITTEL.....	32
ZLOTNICK.....	19, 35
ZÖFEL	71
ZUNG.....	57
ZWEIG-FRANK.....	33, 35

11 Anhang

1. Tabellen zu Prävalenzen und Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Tabelle 11.1:	Studien zur Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bevölkerung, bei Angehörigen psychiatrischer Patienten und anderen Personengruppen
Tabelle 11.2:	Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit komorbiden psychischen Störungen und anderen Persönlichkeitsstörungen
Tabelle 11.3:	Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbiden psychischen Störungen
Tabelle 11.4:	Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungen
Tabelle 11.5:	Studien zu affektiven Störungen
Tabelle 11.6:	Studien zur Opiatabhängigkeit
Tabelle 11.7:	Studien zur Kokainabhängigkeit
Tabelle 11.8:	Studien zur Alkoholabhängigkeit
Tabelle 11.10:	Studien zum gemischten Substanzkonsum und zur Politoxikomanie
Tabelle 11.11:	Studien zu Angststörungen
Tabelle 11.12:	Studien zur Zwangsstörung
Tabelle 11.13:	Studien zur Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
Tabelle 11.14:	Studien zu Binge Eating Disorder und Übergewicht
Tabelle 11.15:	Studien zu dissoziativen Störungen, Schizophrenie und Somatoformen Störungen

2. Zentrale Tendenzen und Variationsmaße aller Messinstrumente

3. Messinstrumente

Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)

Beck-Depression-Inventory (BDI)

Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)

Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Zweite Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI-2)

Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Tabelle 11.1

Studien zur Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bevölkerung,
bei Angehörigen psychiatrischer Patienten und anderen Personengruppen

Prävalenz in der Bevölkerung, bei Angehörigen und andere Personengruppen								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Black et al.	1993	Zwangsstörung Angehörige Andere Störungen	32 120 129	38,3 (10,9) 41,8 (15,7) 38,1 (10,0)	52/68 58/71	Ambulante Patienten und ihre Angehörigen	Y-BOCS SADS-L DIS	6 Personen mit Zwangsstörung (18,8%), eine Angehörige (0,8%) und 7 Personen der Kontrollgruppe (5,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Chabrol et al.	2001	Schüler	107	16,7 (1,8)	34/73	Schüler	DIB-R MINI	20 Personen (23%) erfüllten sieben oder mehr Kriterien im DIB-R; 10 Personen (9%) erfüllten acht oder neun.
Klein et al.	1995	Angehörige	446	42,2 (16,9)	223	Angehörige von konsekutiven ambulanten Patienten mit einer Major Depression, einer Dysthymie bzw . beider Diagnosen sowie Angehörige einer Kontrollgruppe	SCID-I PDE	52 Personen (11,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Die Angehörigengruppe von Patienten mit Doppeldiagnose erfüllte die Kriterien einer BPS mit 12,3% (N = 42), Angehörige von Patienten mit Dysthymie zu 9,7% (N= 10) und mit Major Depression zu 7,7% (N= 16). 4 Personen (1,7%) erfüllten diese Kriterien von Angehörigen der Kontrollgruppe.
Lenzenweger et al.	1997	Studenten	258		121/137	Ursprünglich 1684 Studenten	SCID-NP PDE	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Maier et al.	1992	Bevölkerung	452	38,1	219/233	Studie zur Prävalenz von PS in der Bevölkerung	SADS-L SCID-II	5 Personen (1,1%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Moldin et al.	1994	Bevölkerung	302			Studie zur Prävalenz von PS in der Bevölkerung	PDE	6 Personen (2%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Swartz et al.	1990	Bevölkerung	1541	2/3 unter 35 Jahre	6/18	Ein-Jahres-Katamnese des Piedmont Health Survey im Rahmen des Epidemiologic Catchment Area Program des NIMH	DIS	24 Personen (1,6%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Einschränkend muss festgestellt werden, dass die Interviews von Laien durchgeführt worden sind und die Diagnose BPS anhand eines Index aus 40 Items des DIS konstruiert wurden, die eine hohe Augenscheinvalidität zu Kriterien des DIB besitzen. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3. Keine Person erhielt eine Diagnose aus dem Bereich der Essstörung oder Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit. 1 Person mit BPS erfüllte die Kriterien einer antisozialen PS.
Samuels et al.	2000	Zwangsstörung Kontrollgruppe Angehörige der Patienten Angehörige der Kontrollgruppe	72 72 198 207	36,3 38,4 48,9 45,6	35/37 28/44 96/102 119/88	Zufällige Selektion von Patienten der John Hopkins OCD Family Study und der Bevölkerung	SADS-L Y-BOCS SIDP-R	5 Personen (6%) mit Zwangsstörung sowie 2 Personen (3%) der Kontrollgruppe erfüllten die Kriterien einer BPS. Bei den Angehörigen der Patienten fanden sich 2 Personen (1%), bei denen der Kontrollgruppe 1 Person (0,5%).
Torgersen et al.	2001	Bevölkerung	2053	18-65 Jahre	911/1142	Ursprünglich 3590 geplante Personen der Bevölkerung einer Großstadt	SIDP-R	14 Personen (0,7%), 10 Frauen (0,9% der Frauen; SD = 0,3) und 4 Männer (0,4%; SD = 0,2) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Zaider et al.	2000	Patienten der Jugendmedizin	403	16,35 (1,07)	118/285	Adoleszente von drei Kliniken, die wegen verschiedener kleinerer somatischer Beschwerden die Behandlung aufsuchten	PRIME-MD SCID-II	15 Personen (3,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Davon erfüllten zwei die Kriterien einer Essstörung.

Zimmerman et al.	1991	Major Depression Patienten Angehörige	114 116	35,6 (13,8) 37,6 (14)	38/76 34/82	Stationäre Patienten und Angehörige einer psychiatrischen Klinik	SIDP	20 Patienten (18%) und 8 Angehörige (7%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Zimmerman & Coryell	1989	Bevölkerung BPS	797 13	41,7 (16,5) 30,3 (10,9)	355/442 6/7	Angehörige des ersten Grades von psychiatrischen Patienten	DIS SIDP	13 Personen (1,6%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.

[Legende: Abkürzungen psychischer Störungen (für diese und alle folgenden Tabellen): **MW** = Mittelwert; **SD** = Standardabweichung; **m** = männlich; **w** = weiblich; **AN** = Anorexia nervosa; **BED** = Binge Eating Disorder; **BN** = Bulimia nervosa; **BPS** = Borderline-Persönlichkeitsstörung; **MDD** = Major Depression Disorder; **PTBS** = Posttraumatische Belastungsstörung; **SPS** = Schizotypische Persönlichkeitsstörung; **PS** = Persönlichkeitsstörung. Diagnostische Interviews (für diese und alle folgenden Tabellen): **ADIS-R** = Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (DiNardo et al., 1986); **AMPS** = Aachener Merkmalsliste für Persönlichkeitsstörungen (Saß & Mende, 1991); **ASI** = Addiction Severity Index (McLellan et al., 1980); **CAPS-1** = Clinician-Administered PTSD Scale-Form 1 (Blake et al., 1990); **CIDI** = Composite International Diagnostic Interview (Robins et al., 1988); **DDIS** = Dissociative Disorders Interview Schedule (Ross et al., 1989); **DIB[-R]** = Diagnostic Interview for Borderline Patients [Revised] (Gunderson et al., 1981; Kolb & Gunderson, 1980; Zanarini et al., 1989); **DICA-R** = Diagnostic Interview for Children and Adolescents [DSM-III-R version] (Reich & Welner, 1988); **DIPD** = Diagnostic Interview for Personality Disorder (Zanarini et al., 1987); **[c-]DIS[-R]** = [computerized] Diagnostic Interview Schedule [Revised Version] (Blouin et al., 1988; Robins et al., 1981; Robins et al., 1989); **DSM-III-R Checklist** (Hudziak et al., 1993); **EDE** = Eating Disorder Examination (Fairburn & Cooper, 1993); **[I]PDE** = [International] Personality Disorder Examination (Loranger, 1988; Loranger et al., 1994); **IDCL-P** = Internationale Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (Bronisch et al., 1992; Hiller et al., 1990); **K-SADS-E** = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children – Epidemiological Version (Orvaschel & Puig-Antich, 1987); **MINI** = Mini Neuropsychiatric Interview (Lecrubier et al., 1997); **PAF** = Personality Assessment Form (Shea et al., 1987); **SADS[-L]** = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia [Lifetime Version] (Endicott & Spitzer, 1978; Spitzer & Endicott, 1979a); **PRIME-MD** = Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Spitzer et al., 1995); **RPMIP** = Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychoses (McGorry et al., 1988); **SCID-I** = Structured Clinical Interview for DSM-III[-R] [-NP-V = Nonpatient Version; -P = Patient Version; -OP = Outpatient Version], Achse-I (Spitzer et al., 1987a; Spitzer et al., 1987b; Spitzer et al., 1989; Spitzer et al., 1990a); **SCID-II** = Structured Clinical Interview for DSM-III[-R], Achse-II (Spitzer et al., 1990b); **SCID-D** = Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Dissociative Disorders (Steinberg et al., 1990); **SIB** = Schedule for Interviewing Borderlines (Baron & Gruen, 1980); **SIDP[-R]** = Structured Interview for DSM-III Personality Disorder (Pfohl et al., 1983; Pfohl et al., 1989; Stangl et al., 1985); **Y-BOCS** = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989a; 1989b).]

Tabelle 11.2

Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit komorbiden psychischen Störungen sowie anderen Persönlichkeitsstörungen

Borderline-Persönlichkeitsstörung mit komorbiden psychischen Störungen und anderen Persönlichkeitsstörungen								
Autoren	Jahr	Eingangsdiagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Alnæs & Torgersen	1988	Psychische Störungen	289	35 (range: 18-59)	92/206	Konsequente ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SIDP	44 Personen (15%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Diese Gruppe hatte eine größere Wahrscheinlichkeit, die Kriterien der Bipolar –II-Störung (OR = 2,3), einer sozialen Phobie (OR = 1,8), einer Zwangsstörung (OR = 2,1) und eine Diagnose aus dem Bereich des Substanzgebrauchs (OR = 1,8) zu erfüllen. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Bateman et al.	1999	BPS teilstationär Kontrollgruppe Total	19 19 38	30,3 (5,86) 33,3 (6,6)	6/13 10/9	19 teilstationäre und 19 Patienten, die als Kontrollgruppe der allgemein- psychiatrischen Versorgung	SCID-I DIB	Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Becker et al.	2000	BPS (Adoleszente) Total BPS (Adult) Total	68 138 50 117	15,5 (1,4) 23,6 (5,6)	76/62 61/52	Konsequente Patienten einer psychiatrischen Klinik	PDE	68 Personen in der Adoleszenz (49%) und 50 Personen als Erwachsene (43%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Brodsky et al.	1995	BPS	60	30 (7,2)	0/60	Konsequente stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	Modul für Affektive Störungen des SCID-I SCID-II	28 (47%) erfüllten die Kriterien einer Major Depression, 3 (5%) die der Dysthymie und 19 (32%) die beider Diagnosen.
Bronisch &	1994	PS	40	37,8 (11,1)	21/19	Stationäre Patienten	IDCL-P	7 Personen (18%) erfüllten die

Mombour						mit dem klinischen Verdacht einer PS	IPDE	Kriterien einer BPS, erhoben mit der IDCL-P; 5 Personen (13%) im Vergleich zum IPDE.
Bronisch et al.	1993	Total	60	35,6 (8,6)	19/41	Konsequente stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik zur Krisenintervention	IDCL-P	8 Personen (13%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Clarkin et al.	1983	BPS Andere PS Total	20 56 76	30 (8,0) 32 (8,9)	2/18 16/40	Ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	DIB unveröffentlichtes Interview zu PS gemäß DSM-III	20 Personen (26%) erfüllten die Kriterien einer BPS. 60% erfüllten eine zusätzliche andere PS, 40% die einer schizotypen PS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Coid	1993	BPS	72	29 (7,2)	0/81	Ursprünglich 104 stationäre Patientinnen verschiedener Kliniken	DIS SCID-II DIB	Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3 und Störungen auf der Achse-II in Tabelle 11.4.
Comtois et al.	1999	BPS Andere PS Keine PS Total	38 108 132 278	32,6 39,1 39,8 38,6	5/33 54/54 46/86 85/193	Konsequente ambulante Patienten einer spezialisierten Ambulanz für Angst und Depression	SCID-I SCID-II	38 Personen (13,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 9.3 und der Achse-II in Tabelle 11.4.
Dahl	1986	BPS Total	38 231	range: 18-40	10/28	Konsequente stationäre Patienten zweier psychiatrischer Kliniken	SADS SIB	38 Personen (16,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS, 22 Personen erfüllten zusätzlich die Kriterien einer Diagnose aus dem Bereich des Substanzmissbrauch oder der Abhängigkeit. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Derksen	1990	PS	43	range:17-43	15/28	40 stationäre und 3 ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	DIB	21 Personen (49%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Dubro et al.	1988	Psychiatrische Patienten Kontrollgruppe Total	36 20 56	41,5 (11,9) 43,9 (14,8)	34/2 18/2 52/4	Konsequente psychiatrisch stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik (70% Substanzkonsum, 30% Major Depression, 27% Anpassungsstörung, 14% Schizophrenie)	SIDP	10 Personen (28%) der psychiatrischen Patienten erfüllten die Kriterien einer BPS.
Famularo et al.	1991	BPS	19	9,8 (range : 7-14)	9/10	Ambulante Patienten zweier psychiatrischer Kliniken	DICA-C-R	7 Kinder (37%) erfüllten die Kriterien einer PTBS, 15 (79%) berichteten von traumatischen Erfahrungen.
Flick et al.	1993	mit PS keine PS Total	201 151 352	37,2 38,9 38,0 (11,5)	81/120 59/92 140/212	Konsequente Patienten einer spezialisierten Ambulanz für Angst und Depression	SCID-I SCID-II	50 Personen (14,2%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Frances et al.	1984	PS	76	18-45	26/50	Ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	Unveröffentlichtes Interview gemäß DSM-III DIB	26 Personen (34%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Gasperini et al.	1991	BPS Total	66 152		72/80	Ursprünglich 417 konsekutive Patienten einer psychiatrischen Ambulanz	SADS-L SIDP	13 Personen wiesen nur die Kriterien einer BPS auf, 19 erfüllten zusätzlich die Kriterien einer histrionischen und/oder narzisstischen PS, 6 erfüllten andere PS Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.

Goodman et al.	1998	BPS	63	25,97 (6,09)	0/63	Stationäre Patientinnen einer auf PS spezialisierten Klinik	SCID-P SCID-II	38% erfüllten aktuell die Kriterien einer Major Depression, 29% in der Vorgeschichte. 22% erfüllten die Kriterien einer manischen Episode in der Vergangenheit, aktuell waren 6,3% manisch. 21% zeigten lifetime die Symptome einer Anorexia, 51% die einer Bulimia nervosa. 21% der Patientinnen erfüllten die Kriterien einer weiteren PS.
Herpertz et al.	1994	PS keine PS Total	84 147 231	Männer: 38,7 Frauen: 40,4	90/141	Konsekutive stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	AMPS	12 Personen (14%) erfüllten nach DSM-III-R und 39 Personen (31%) nach ICD-10 die Kriterien einer BPS. BPS nach DSM war mit schizoider (OR = 4,1) und mit unsicher-vermeidender PS (OR = 4,3) signifikant verbunden.
Hudziak, et al.	1996	BPS	75 12 87	32,3 (9,2) 25,2 (4,0) 25,2 (4,0)	0/87	37 ambulante Patienten und 38 stationäre Patienten aus den USA sowie 12 ambulante Patienten aus Italien wurden eingeschlossen.	DIB-R DSM-III-R Checklist (Computerized Interview)	17 (23%) der US-amerikanischen und eine Person der italienischen Gruppe erfüllten die Kriterien der antisozialen PS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I für die US-amerikanische Gruppe finden sich in Tabelle 11.3.
Hyder et al.	1992	mit PS keine PS Total	34 25 59	32 (range : 22-62)	33/26	Patienten einer Ambulanz einer psychiatrischen Klinik	SCID-II PDE	7 Personen (12%) nach SCID und 11 Personen (19%) nach PDE erfüllten die Kriterien einer BPS.
Hyder et al.	1990	PS	87	27,6 (range: 17-44)	23/64	Konsekutive stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID-II PDE	53 Personen (61%) erfüllten nach SCID und 58 Personen (67%) nach PDE die Kriterien einer BPS.

Levitt et al.	1990	BPS Andere PS Total	28 32 60	28,4 (8,2)	17/43	Konsequente ambulante und stationäre Patienten von vier psychiatrischen Kliniken	DIB SADS-L	28 Personen (46,6%) erfüllten die Kriterien einer BPS. 10 Personen mit BPS erfüllten die Kriterien einer Bipolar-II-Störung, 6 Personen die einer Dysthymie und 4 Personen die einer Major Depression. Lifetime traten bei 9 Personen eine Dysthymie und bei 19 Personen eine Major Depression auf.
Linehan et al.	1999	BPS + Substanzkonsum	28	30,4 (6,6)	0/28	Patienten einer spezialisierten Ambulanz, die an einer Psychotherapievergleichsstudie teilnehmen	SCID-I SCID-II PDE	74% erfüllten mehr als eine Substanzabhängigkeit, 58% Kokainmissbrauch oder –abhängigkeit, 50% Alkoholabhängigkeit. 11 Personen (39%) erfüllten die Kriterien einer antisozialen PS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Links et al.	1995	Substanzkonsum BPS allein BPS + Substanz BPS trait	12 53 34 30	31,3 (11,1) 29,6 (8,6) 26,4 (7,7) 33,3 (11,3)	5/7 6/47 7/27 5/25	81 Patienten in der Katamnese nach sieben Jahren eingeschlossen.	DIB SADS DIB-R in der Katamnese	88 Personen (68%) erfüllten die Kriterien einer BPS. 34 Personen (26%) erfüllten zusätzlich die Kriterien einer BPS mit Substanzkonsum.
Links et al.	1988	BPS BPS trait	88 42	28,3 33	30/58 37/5	Konsequente stationäre Patienten von vier psychiatrischen Kliniken	SADS DIB	Von den Personen mit BPS erfüllten 13,1% die Kriterien einer antisozialen und 6,8% die einer schizotypen PS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Loranger et al.	1994	Total	716	(range 21-55)		Stationäre Patienten von 14 psychiatrischen Kliniken aus 11 Ländern; Studie zur Validierung des IPDE	IPDE	104 Personen (15%) erfüllten nach DSM-III-R und 107 (15%) nach ICD-10 die Kriterien einer BPS.

Mehlum et al.	1991	PS	97	35 (9)	28/69	Konsekutive Patienten mehrerer Tageskliniken	SCID-I SCID-II	34 Personen (35%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Modestin et al.	1997	mit PS keine PS Total	43 47 90	35 (10,9) 36,8 (10,2)	20/23 22/25	Konsekutive Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-P PDE	23 Personen (26%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Morey	1988	mit PS	291	35	128/163	Ambulante Patienten niedergelassener Psychiater und Psychologen	unveröffentlichtes Interview nach DSM-III	93 Personen (32%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Mors & Sørensen	1994	Total	157	18-49	77/80	Konsekutive erstmalig aufgenommene Patienten einer psychiatrischen Klinik	PDE	3 Personen (2%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Nurnberg et al.	1991	ambulant	110	35 (9)	49/61	Patienten einer psychiatrischen Ambulanz	Unveröffentlichtes Interview gemäß DSM-III-R	22 Personen (20%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Oldham et al. Oldham et al.	1995 1990	ambulant stationär Total	100 100 200	77 < 35 Jahre 93 < 35 Jahre	59/41 29/71	Konsekutive ambulante und stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-P SCID-II PDE	In der ambulanten Gruppe erfüllten 11 (SCID) bzw. 18 (PDE) Personen und in der stationären Gruppe 62 (SCID) bzw. 64 (PDE) die Kriterien einer BPS. 57 Personen, die nach beiden Instrumenten eine BPS aufwiesen, waren mit Angststörungen (OR = 2,7), psychotischen Störungen (OR = 4,9), Substanzgebrauch (OR = 3,9) und Essstörungen (OR = 4) assoziiert. In der stationären Gruppe waren Personen signifikant verbunden mit paranoider, histrionischer und dependenter PS. BPS, erhoben mit PDE, war zusätzlich noch mit schizotyper, narzistischer, unsicher-

								vermeidender und zwanghafter PS assoziiert.
Pfohl et al.	1986	Total	131	35,2 (13,5)	32/99	Stationäre und 13 ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SIDP	29 Personen (22%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Prasad et al.	1990	BPS Total	21 40	20-46 Jahre	11/10	Ambulante Patienten zweier psychiatrischer Klinik	DIS DIB	Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Saß & Mende	1991	Total	414			Konsekutive stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	AMPS	17 Personen (4%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Shearer	1994	BPS	62	Median = 29 range = 18-52	0/62	Konsekutive stationäre Patienten einer privaten psychiatrischen Klinik	SCID-P SCID-II	Die häufigsten komorbiden Diagnosen auf der Achse-II gemäß DSM-III-R waren zu 61% unsicher-vermeidende PS und zu 40% paranoide PS. 14 (23%) Patientinnen wiesen eine dissoziative Störung auf. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Stuart et al.	1998	Total Iowa Italien Dallas Minnesota Hamilton	1116 412 391 76 180 57	33,0 (11,3) 31,4 (10,7) 34,8 (12,9) 32,9 (8,4) 33,2 (10,1) 31,3 (8,1)	396/720 161/251 149/242 40/36 28/152 18/39	Konsekutive stationäre und ambulante Patienten einer Multicenter-Studie	SIDP-R	171 Personen (15%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Zanarini et al.	1998a 1998b	BPS Andere PS Total	379 125 520	27,6 (6,9) 29,2 (8,9)	83/296 55/70	Stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I DIB-R DIPD-R	Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I und der Achse-II finden sich in Tabelle 9.3 bzw. Tabelle 11.4.

Zanarini et al.	1989	BPS APS Andere PS mit Dysthymie Total	50 29 26 105	29,2 (6,4) 25,2 (6,1) 31,3 (7,2)	17/33 21/8 4/22	Patienten von drei Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken	SCID-I DIB DIPD	Personen mit einer BPS hatten im Vergleich zur Gruppe mit antisozialer PS häufiger Angststörungen, affektive Störungen und Dysthymie, aber weniger Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Im Vergleich zur Gruppe mit Personen mit anderen PS haben Personen mit BPS allerdings eine größere Häufigkeit im zuletzt genannten Bereich. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Zanarini et al.	1987	PS Kohorte 1 Kohorte 2	97 43 54	28,3 (5,9)	44/53	Stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	DIPD	Bei 24 Personen (56%) stimmten alle drei Rater hinsichtlich BPS überein, 32 (59%) waren es in der zweiten Kohorte. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Zimmerman & Mattia	1999	BPS Keine BPS Total	59 350 409	32,6 (8,2) 39,5 (14,0)	23/36 130/220	Ambulanz einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SCID-II (BPS-Teil)	59 Personen (14,4%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Die Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-I finden sich in Tabelle 11.3.
Vaglum & Vaglum	1989	Alkoholabh. + BPS Alkoholabh. + BPS/SPS Total	26 16 42	 37 (9,9)	0/26 0/16	Ursprünglich 64 Patienten, 40 ambulante und 24 stationäre, einer psychiatrischen Klinik	SADS SIB	Jeweils 7 Personen erfüllten die Kriterien einer Major Depression (44 vs. 27%). 2 Personen in der Gruppe mit BPS allein und eine Person mit der Doppeldiagnose erfüllten die Kriterien einer Dysthymie. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.

Tabelle 11.3
Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbiden psychischen Störungen

Psychische Störungen	Alnæs & Torgersen, 1988 aktuell ambulant		Bateman et al., 1999 aktuell stationär		Comtois et al., 1999 aktuell ambulant		Coid, 1993 lifetime stationär		Gasperini et al., 1991 aktuell ambulant		Hudziak et al., 1996 aktuell ambulant + stationär		Linehan et al., 1999 aktuell ambulant		Prasad et al., 1990 aktuell ambulant	
	N = 44	%	N = 38	%	N = 38	%	N = 72	%	N = 58	%	N = 75	%	N = 28	%	N = 21	%
Affektive Störungen									26	45						
Major Depression	15	34	25	66	20	53	51	71	14	24	65	87	14	50	18	86
Dysthymia	12	27	24	63	9	24	19	26	1	2	33	44	13	46	18	86
Bipolar I							18	25	3	6					3	15
Bipolar II	17	39			8	21			8	14	14	19			3	15
Substanzabhängigkeit	10	23	17	45	10	26			3	6						
Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit							30	42			37	49	14	50	18	86
Drogenmissbrauch/ Abhängigkeit							26	36			20	27	28	100	16	75
Psychotische Störungen							11	15								
Angststörungen									6	10						
Panikstörung	8	18	20	53	8	21	15	21			38	51	4	14	11	53
Agoraphobie	3	7	14	37							5	7	1	4	15	71
Soziale Phobie	13	30	5	13							8	11	7	25	8	40
Einfache Phobie	6	14			1	3					23	31	5	18	9	43
Zwangsstörung	9	21			0	0	11	15			5	7	8	29	11	53
Posttrauma. Belastungst.											21	28	11	39		
Generalisierte Angst	3	7			5	13					41	55	6	21		
Somatoforme Störungen																
Somatisierungsstörung	6	14					7	10			27	36			2	10
Hypochondrie																
Somatoforme Schmerzst.																
Essstörung					2	5	4	6	4	8	12	16				
Anorexia nervosa													1	4	1	5
Bulimia nervosa													2	8		
Essstörung NNB			12	32									2	8		

[Legende: NNB = nicht näher bezeichnet]

Fortsetzung zu Tabelle 11.3
Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbiden psychischen Störungen

Psychische Störungen	Links et al., 1988				Shearer, 1994		Swartz et al., 1990	Zimmerman & Mattia, 1999				Zanarini et al., 1998a		Zanarini et al., 1989	
	aktuell		lifetime		lifetime		aktuell	aktuell		lifetime		lifetime		lifetime	
	N = 88	%	N = 88	%	N = 62	%	%* (N = 24)	N = 59	%	N = 59	%	N = 379	%	N = 50	%
Affektive Störungen							41					365	96	50	100
Major Depression	63	73	60	68	51	82		36	61	42	71	314	83	39	78
Dysthymie								7	12	7	12	146	39	50	100
Bipolar I	3	3	3	4			10	5	9	5	9				
Bipolar II	6	7	6	7	19	31	14	5	9	7	12	36	10	0	0
Substanzabhängigkeit												243	64	42	84
Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit	9	10	28	31	29	47	22	7	12	33	56	198	52	33	66
Drogenmissbrauch/ Abhängigkeit	10	11	20	23	25	40		2	3	26	44	175	46	35	70
Psychotische Störungen	0	0	1	1	4	6	13	3	5	3	5	5	2	0	0
Angststörungen												335	88	12	24
Panikstörung	9	10	10	12	29	47	13	1	2	1	2	181	48	3	6
Agoraphobie							37	18	31	20	34	46	12	5	10
Soziale Phobie							35	25	42	28	48	174	46	1	2
Einfache Phobie							41	12	20	13	22	120	32	5	10
Zwangsstörung	5	6	7	8			6	12	20	15	25	59	16	0	0
Posttrauma. Belastungst.							34	21	36	27	49	212	56		
Generalisierte Angst	3	3	7	7			56	8	14	8	14	51	14	0	0
Somatoforme Störungen								12	20	12	20	39	10	2	4
Somatisierungsstörung							8	3	5	3	5	16	4	2	4
Hypochondrie								5	9	5	9	18	5	0	0
Somatoforme Schmerzst.								3	5	3	5	16	4		
Essstörung								10	17	17	29	201	53	7	14
Anorexia nervosa					15	24		0	0	2	3	79	21	3	6
Bulimia nervosa					25	40		2	3	7	12	97	26	4	8
Essstörung NNB								8	14	9	15	99	26		

[Legende: * = gewichtete prozentuale Häufigkeiten anhand der Gesamtstichprobe von 2993 Personen.]

Tabelle 11.4
Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen	Becker et al., 2000				Bellodi et al., 1992		Clarkin et al., 1983		Coid, 1993		Comtois et al., 1999		Dahl, 1986	
	Jugendliche		Erwachsene		stationär		ambulant		stationär		ambulant		stationär	
	N = 68	%	N = 50	%	N = 15	%	N = 20	%	N = 72	%	N = 38	%	N = 38	%
Cluster A														
Paranoid	5	7	4	8	3	20	2	10	35	49	16	41	0	0
Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	2	5	1	3
Schizotyp	8	12	6	12	1	7	8	40	13	18	1	3	17	45
Cluster B														
Histrionisch	7	10	8	16	9	60	4	20	13	18	11	29	23	61
Narzistisch	6	9	6	12	8	53	3	15	27	38	7	18	2	5
Antisozial			13	26	0	0	0	0	35	49	3	8	13	34
Cluster C														
Selbstunsicher-vermeidend	8	12	10	20	2	13	1	5	27	38	16	42	2	5
Dependent	6	9	10	20	5	33	3	15	27	38	6	16	1	3
Zwanghaft	4	6	3	6	2	13	0	0	7	10	13	33	0	0
Negativistisch	20	29	7	14	3	20	0	0	21	29			0	0

Fortsetzung zu Tabelle 11.4:
Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen	DeJong et al., 1993				Flick et al., 1993		Frances et al., 1984		Nunberg et al., 1991		Pfohl et al., 1986		Stuart et al., 1998	
	stationär				ambulant		ambulant		ambulant		stationär		stationär	
	N = 31	%	N = 56	%	N = 50	%	N = 26	%	N = 22	%	N = 29	%	171	%
Cluster A														
Paranoid	4	13	15	27	21	42	3	12	14	13	0	0	49	29
Schizoid	0	0	6	11	3	6	0	0	4	4	0	0	8	5
Schizotyp	9	29	28	50	2	4	7	27	3	3	6	21	16	9
Cluster B														
Histrionisch	20	65	46	82	18	36	5	19	19	17	20	69	87	51
Narzistisch	2	6	10	18	9	18	4	15	18	16	4	14	36	21
Antisozial	4	13	36	46	4	8	0	0	2	2	4	14	24	14
Cluster C														
Selbstunsicher-vermeidend	9	29	17	30	17	34	2	8	26	24	6	21	78	46
Dependent	18	58	19	34	6	12	7	27	18	16	7	24	84	49
Zwanghaft	4	13	18	32	16	32	0	0	6	5	2	7	44	26
Negativistisch	8	26	34	61	5	10	0	0	8	7	12	41	59	35

Fortsetzung zu Tabelle 11.4
Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen	Vaglum & Vaglum, 1989 ambulant + stationär BPS/SPS BPS				Zimmerman & Coryell, 1989 Angehörige		Zanarini et al., 1998b stationär		Zanarini et al., 1987 stationär			
	N = 16	%	N = 26	%	N = 13	%	N = 379	%	N = 24	%	N = 32	%
Cluster A												
Paranoid	5	31	1	4	3	23	115	30	1	4	2	6
Schizoid	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0
Schizotyp	16	100	0	0	3	23	25	7	9	38	5	16
Cluster B												
Histrionisch	2	13	6	23	3	23	58	15	7	29	10	31
Narzistisch	1	6	5	19	0	0	62	16	13	54	16	50
Antisozial	1	6	6	23	4	30	86	23	4	17	4	13
Cluster C												
Selbstunsicher-vermeidend	4	25	1	4	3	23	163	43	11	46	7	22
Dependent	5	31	5	19	0	0	192	51	11	46	8	32
Zwanghaft	1	6	0	0	2	15	69	18	2	8	3	9
Negativistisch	0	0	0	0	3	23	93	25	3	13	3	9

Tabelle 11.5
Studien zu affektiven Störungen

Affektive Störungen								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Alnæs & Torgersen	1997	Major Depression Rückfall ohne Rückfall MDD neu ohne MDD Total	28 60 31 134 253	35	78/175	6-Jahres-Katamnese der ursprünglich 298 ambulanten Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SCID-II	Insgesamt erfüllten 41 Personen (16%) die Kriterien einer BPS. In der Gruppe mit Rückfällen waren es 8 Personen (28,6%) und damit signifikant mehr als in der Gruppe ohne Rückfall (7 Personen; 11,7%). In der Gruppe, die neu eine Major Depression entwickelt hatte, fanden sich 9 Personen (29%) und damit ebenfalls eine größere Häufigkeit der BPS zur Gruppe ohne Major Depression (17 Personen; 12,7%).
Alnæs & Torgersen	1989	Major Depression Major Depression + Dysthymie/ Bipolar II Dysthymie/ Bipolar II Andere Störungen	65 27 80 101	38 (range: 19-59) 34 (range: 19-53) 33 (range: 19-57) 34 (range: 19-59)		Teilstichprobe von 298 ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SIDP	In der Gruppe mit Major Depression erfüllten 7 Personen (10%) die Kriterien der BPS, in der Gruppe mit Doppeldiagnose waren es 8 Personen (28%). In der dritten Gruppe fanden sich 21 Personen (24%). Unter der Gruppe mit anderen psychischen Störungen wurde BPS bei 8 Personen (7%) diagnostiziert.
Bellodi et al.	1992	Major Depression BPS + MDD Total	45 15 60	44,3 (11,9) 30,1 (6,5)	10/35 3/12	Konsequente stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	DIS-R SIDP-R	15 Personen (25%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.

Fava et al.	1996	Major Depression früher Beginn später Beginn Total	110 198 404	34,8 (10,0) 41,3 (10,2) 38,8 (10,6)	149/255	Teilstichprobe von 404 konsekutiven Patienten einer Klinik. Von 110 Patienten mit frühem Beginn (<18 Jahre) und 198 mit späterem Beginn liegen Daten des SCID/Cluster B vor.	SCID-P SCID-II	25 Personen (22,7%) mit einem frühen Beginn einer Major Depression und 23 Personen (11,6%) mit spätem Beginn erfüllten die Kriterien einer BPS.
Fava et al.	1992	Dysthymie	34	38,2 (10,9)	7/27	Ursprünglich 75 konsekutive ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-P SCID-II	8 Personen (24%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Grilo et al.	1997	Major Depression Substanzkonsum Major Depression +Substanzkonsum Total	45 27 42 114	15,7 (1,5) 15,4 (1,6) 15,7 (1,2) 15,6 (1,4)	26/19 18/9 23/19 67/47	Konsekutive stationäre Patienten einer privaten psychiatrischen Klinik	K-SADS-E PDE	14 Personen mit Major Depression (31%), 10 Personen mit einer Substanzabhängigkeit (37%) und 36 Personen (86%) mit beiden Diagnosen erfüllten die Kriterien einer BPS. Damit unterschied sich signifikant die Gruppe mit der Doppeldiagnose hinsichtlich des Vorkommens einer BPS. In dieser Gruppe war auch der Alkohol- konsum häufiger als in der Gruppe mit Substanzkonsum allein.
Grilo et al.	1996	Major Depression Total	87 138	15,5 (1,4)	76/62	Konsekutive Adoleszente einer psychiatrischen Klinik	K-SADS-E, PDE	69 Personen (50%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechts- unterschied: 30 männliche (39%) und 39 weibliche Jugendliche (61%) erfüllten die Kriterien. In der depressiven Subgruppe liegt die Diagnose bei 23 (47%) der männlichen vs. 27 (71%) der weiblichen Patienten vor.

Joyce et al.	1994	Major Depression	104	31,3 (10,1)	50/54	Patienten von niedergelassenen Ärzten wurden für eine pharmakologische Studie rekrutiert.	SCID-II	14 Personen (13,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Markowitz et al.	1992	Dysthymie Andere Störungen	34 56	38,2 (10,9)	7/27	Ambulante einer psychiatrischen Klinik	SCID-P SCID-II	8 Personen (24%) und 3 mit anderen Störungen (6%) erfüllten die Kriterien für eine BPS.
O'Boyle & Self	1990	Major Depression	20	48 (13,8)	5/15	Stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-II PDE	4 Personen (20%) erfüllten die Kriterien einer BPS gemäß PDE, nur 2 (10%) mit dem SCID. Nach der Behandlung waren es in beiden Interviews 4 Personen. Übereinstimmung lag nur bei 2 Personen vor.
Pepper et al.	1995	Major Depression Dysthymie Total Dysthymie MDD + Dysthymie	45 97 56 41	32,2 (9,8) 31,6 (9,2)	15/30 24/73	Ambulante Patienten zweier Kliniken und zweier Beratungszentren	SCID-I PDE	24% der Gesamtgruppe mit Dysthymie erfüllten die Kriterien einer BPS, niemand aber in der Gruppe mit Major Depression. Wird die Gruppe mit Dysthymie in eine Gruppe mit alleiniger Dysthymie und einer mit 'double Depression' geteilt, zeigt sich, dass 17% der zuerst genannten Gruppe und 29% der zweiten die Kriterien einer BPS erfüllen.
Pfohl et al.	1984	Major Depression MDD + PS Total	37 41 78	38 (14) 33 (12)	13/24 11/30	Konsequente stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	SIDP	18 Personen (23%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Preslow et al.	1995	Bipolar II	66		23/43	Ambulante Patienten einer spezialisierten Einrichtung	SADS-L SIDP	18 Personen (27,3%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Reich & Noyes	1987	Panikstörung Major Depression	88 24	35,2 (11,6) 38,0 (10,1)	28/52 9/15	Ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SADS SIDP	6 Personen mit Panikstörung (6,8%) und 3 mit Major Depression (12,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Sanderson et al.	1992	Major Depression Dysthymie Double Depression Total	197 63 32 292	36,4 (12) 38,4 (9,9) 36,9 (11,7)	86/111 30/33 14/18	Konsequente Patienten einer spezialisierten Ambulanz für Angst und Depression	SCID-P SCID-II	8 Personen (4%) mit Major Depression, 5 Personen (8%) mit Dysthymie und 5 Personen (16%) mit einer Double Depression erfüllten die Kriterien einer BPS.
Shea et al.	1987	Major Depression	249	35	75/174	Ambulante Patienten des NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program	SADS PAF	4 Personen (2%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Sullivan et al.	1994	Major Depression MDD + BPS Major Depression + andere PS Total	48 20 35 103	32,9 (11,6) 28,6 (7,7) 31,6 (9,4)	19/29 15/5 16/19	Konsequente ambulante Patienten, die an einer pharmakologischen Studie teilnahmen	SCID-I SCID-II	20 Personen (19,4%) erfüllten die Kriterien ein BPS. Diese Gruppe hatte mit 4,3 (SD = 1,9) Störungen auf der Achse-II eine größere Häufigkeit als die Gruppe mit anderen PS.
Vieta et al.	2000	Bipolar II allein komorbide Total	20 20 40	49,1 (20,5) 44,6 (14,0)	8/12 9/11	Konsequente ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SADS-L SCID-II	5 Personen (12,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Zimmerman et al.	1991	Major Depression Patienten Angehörige	114 116	35,6 (13,8) 37,6 (14)	38/76 34/82	Stationäre Patienten und Angehörige	SIDP	20 Patienten (18%) und 8 Angehörige (7%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Zlotnick et al.	2001	Major Depression	235	40,58 (14,03)	82/153	Ambulante Patienten	SCID-I SIDP	36 Personen (15%) erfüllten die Kriterien einer BPS, davon waren 19 Personen nicht sexuell missbraucht worden.

Tabelle 11.6
Studien zur Opiatabhängigkeit

Opiatabhängigkeit								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Apter et al.	1994	Opiatabhängigkeit	95	32	36/59	Stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID-II	35 Personen (37%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Brooner et al.	1993	Opiatabhängigkeit	203	33,8 (6,7)	93/110	Patienten einer speziali- sierten Ambulanz mit Methadone-Substitution	SCID-I SCID-II	16 Personen (23%) erfüllten die Kriterien einer BPS, davon 9 Personen mit einer zusätzlichen antisozialen PS.
Clerici et al.	1989	Opiatabhängigkeit Total	226	35,3% < 21Jahre 32,5% = 22-24 Jahre 32,2 > 24 Jahre	155/71	Patienten einer therapeutischen Gemeinschaft	SADS-L SIDP	14 Personen (6%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Kokkevi et al.	1998	Opiatabhängigkeit	226	28 (5,7)	186/40	Konsekutiven Patienten aus vier stationären und fünf ambulanten Einrichtungen	CIDI SCID-II	48 Personen (27,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Von den 34 drop-outs hatten 11 Personen (32,4%) diese Kriterien erfüllt.
Kosten et al.	1982	Opiatabhängigkeit + BPS + Narzistische PS + Antisoziale PS + keine PS Total	55 33 149 147 384	36 48 45 41	39/16 14/19 130/19 110/139 293/91	204 konsekutive Patienten einer spezialisierten Ambulanz, 120 ambulante Patienten, die am Methadone- Programm teilnahmen und weitere 60 spanisch sprechende Patienten	SADS Unveröffent- lichtes Interview gemäß DSM- III	55 Personen (14,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS, davon erfüllten 4 Personen (1,1%) die Kriterien einer narzisstischen PS, 36 Personen die einer antisozialen PS und eine Person die einer anderen PS.
Malow et al.	1989	Opiatabhängigkeit Kokain- abhängigkeit	43 74	36,12 (7,91) 31,95 (5,63)	0/43 0/74	Teilstichprobe von 350 konsekutiven stationären Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID--II	15 Personen mit Opiatabhängigkeit (35%) und 4 Personen mit Kokainabhängigkeit (6%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Rousar et al.	1994	Opiatabhängigkeit	167	33,9 (6,8)	78/89	167 konsekutive Patienten einer Beratungsstelle mit Methadone-Substitution	SCID-I SCID-II	15 (9%) Personen erfüllten die Kriterien einer BPS, davon hatten 8 Personen zusätzlich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung
---------------	------	-------------------	-----	------------	-------	--	-------------------	--

Tabelle 11.7
Studien zur Kokainabhängigkeit

Kokainabhängigkeit								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Barber et al.	1996	Kokain- abhängigkeit	289	33 (6,6)	199/90	Ambulante Patienten der ersten Behandlungsphase der NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study	ASI SCID-I SCID-II	32 Personen (11,1%) erfüllten die Kriterien für eine BPS. 13 Personen erfüllten zusätzlich die Kriterien einer antisozialen PS.
Kleinman et al.	1990	Kokain- abhängigkeit	76	78% ≤ 30 Jahre	68/8	Ambulante Patienten einer vergleichenden Psychotherapie-Studie	SCID-OP SCID-II	17 Personen (18%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Kranzler et al.	1994	Kokain- abhängigkeit	50	34,1 (6,1)	40/10	Stationäre Patienten zweier spezialisierter Kliniken	c-DIS SCID-II	17 Personen (34%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Marlowe et al.	1997	Kokain- abhängigkeit	137	32,85 (7,29)	90/47	Konsekutive ambulante Patienten einer behavioralen Behandlung	SCID-P SCID-II	28 Personen (20%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Diese profitierten weniger von der Behandlung.
Pettinati	1990	Kokain Alkohol Total	72 68 140	29,9 38,1	60/12 49/19	Spezialisierte Klinik mit einer stationären und ambulanten Nachbehandlung	SCID-I SCID-II	11 Personen (8%) der Gesamtstichprobe erfüllten die Kriterien einer BPS.
Weiss et al.	1993	Kokain- abhängigkeit	50		29/21	Stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID-I SCID-II	17 Personen (34%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Tabelle 11.8
Studien zur Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
DeJong et al.	1993	Alkoholab- hängigkeit Politoxikomanie	178 86	37,2 (8,1) 25,9 (4,4)	128/50 63/23	Stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	DIS ASI SIDP	31 Personen mit Alkoholabhängigkeit (17,4%) und 56 mit einer Politoxikomanie (65,1%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Häufigkeiten der Störungen auf der Achse-II finden sich in Tabelle 11.4.
Grilo et al.	1995	Substanzgebrauch (vorwiegend Alkohol) kein Gebrauch	69 69	15,6 (1,4) 15,4 (1,5)	41/28 35/34	Konsequente stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	K-SADS-E PDE	46 Personen mit Substanzgebrauch (66,7%) erfüllten die Kriterien für eine BPS. In der Kontrollgruppe waren es 22 Personen (31,9%)
Haver & Dahlgren	1995	Alkoholabh.	60	44 (range:23-63)	0/60	Konsequente 40 stationäre und 20 ambulante Patientinnen einer spezialisierten Einrichtung für Frauen	SCID-I SCID-II	7 Personen (17,8) erfüllte die Kriterien einer BPS.
Jonsdottir- Baldursson & Horvath	1987	Alkohol + BPS Alkohol - BPS Total	14 37 51	30,29 (7,6) 41,81 (12,32) 38,6 (12,3)	9/5 29/8 38/13	Konsequente stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	DIB	14 Personen (27%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Morgenstern et al.	1997	Alkoholab- hängigkeit	366	35,2 (7,8)	300/66	62% stationäre Patienten von vier spezialisierten Kliniken und 38% ambulante Patienten	SCID-I SCID-II	82 Personen (22,4%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Frauen haben eine höhere Rate mit dieser Diagnose (36,4% vs. 19,3%).
Nace et al.	1983	Alkoholab- hängigkeit	94	44,2	60/34	Konsequente stationäre Patienten einer privaten psychiatrischen Klinik	DIB	19 Personen (21,2%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Wenn das Kriterium für Alkoholkonsum ausgeschlossen wird, erhalten 13% die Diagnose einer BPS.
Nurnberg et al.	1993	Alkoholab- hängigkeit	50	42 (11)	32/18	Ambulante Patienten einer spezialisierten	SCID-P SCID-II	8 Personen (16%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

						Einrichtung		
Suzuki et al.	1993	Alkoholabh. Alkohol + Essstörung	29 21	27,1 (2,2) 24,9 (3,0)	0/50	Ambulante und stationäre Patientinnen einer spezialisierten Behandlungseinrichtung	Selbst entwickeltes strukturiertes Interview gemäß DSM- III-R	18 Personen mit einer Essstörung (62%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Damit unterschied sich diese Gruppe signifikant von der anderen Gruppe, in der 4 Personen (13,8%) die Kriterien erfüllten.
Tousignant & Kovess	1989	Alkoholmiss- brauch + Abhängigkeit	21	44,7	20/1	Teilstichprobe von 162 Personen zur Validierung der Quebec Health Survey	DIS DIB	4 Personen (19%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Tabelle 11.10

Studien zum gemischten Substanzkonsum und zur Politoxikomanie

Gemischter Substanzkonsum und Politoxikomanie								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Ball et al.	1997	Substanzabh. Kokain Opiat Alkohol Andere Total	167 137 59 2 370	32,6 (7,7)	163/207	188 ambulante und 182 stationäre Patienten dreier spezialisierter Einrichtungen	SCID-I SCID-II	21 Personen (5,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Bunia & Smole	1997	Politoxikomanie	100	27,7 (range: 18-43)	75/25	Stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	ASI IPDE	23 Personen erfüllten die Kriterien einer BPS. Nur 3 Personen mit BPS schlossen die durchschnittlich dreimonatige Therapie ab

Derksen	1990	Alkoholabh. Substanzabh. Total	15 10 25	32,5 (range: 22-43)	15/8	Patienten einer spezialisierten Ambulanz	DIB	8 Personen mit Alkohol- und 4 mit einer unspezifizierten Substanzabhängigkeit erfüllten die Kriterien einer BPS.
Khantzian & Treece	1985	Narkotikaabh. Sedativa Alkohol Cannabis Total	31 19 18 133	17% 20-24 Jahre 50% 25-29 Jahre 26% 30-44 Jahre	95/38	92 stationäre Patienten von drei spezialisierten Kliniken und 41 Patienten aus der allgemeinen Versorgung	Vorgänger des DIS	5 Personen (6,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Nace et al.	1991	Substanz mit PS ohne PS	57 43	31 (10) 38 (13)		Konsequente stationäre Patienten einer privaten psychiatrischen Klinik	SCID-II	17 Personen (29,8%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Poling et al.	1999	Substanzabh. Kokain Opiat Alkohol Andere	167 137 59 7	32,6 (7,7)	163/207	182 stationäre und 188 ambulanten Patienten zweier spezialisierter Kliniken	SCID-I SCID-II (DSM-III-R) SCID-II (DSM-IV)	70 Personen (18,4%) nach DSM- III-R bzw. 81 Personen (21,4%) nach DSM-IV erfüllten die Kriterien einer BPS.
Rounsaville et al. Verheul et al.	1998 2000	Substanzabh. Kokain Opiat Alkohol Andere Total	167 17 63 7 370	32,6 (7,7)	163/207	188 ambulante Patienten und 182 stationäre Patienten spezialisierter Behandlungseinrichtun- gen	SCID-I SCID-II	In der Gesamtstichprobe erfüllten 66 Personen (18,4%) die Kriterien einer BPS. Wenn das Kriterium des Substanzkonsums hinzugenommen wird, erfüllten 109 Personen (29,7%) diese Kriterien. BPS war mit affektiven Störungen (OR = 3,5) und Angststörung (OR = 4,3) sowie Major Depression (OR = 4,3) und Dysthymie (OR = 2,6) assoziiert.
Skinstad & Swain	2001	Substanzabh. Alkohol Cannabis Kokain Stimulantien Sedativa Andere Abh.	87 47 35 34 17 22			Stationäre Patienten von zwei spezialisierten Kliniken	c-DIS SIDP-R	17 Personen (13,6%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Davon wiesen 10 Personen eine Polisubstanzabhängigkeit auf. Die häufigsten zusätzlich auftretende PS sind vermeidend- selbstunsichere, antisoziale und

		Total	125	29,48 (7,0)	125/0			abhängige PS. In der Gruppe mit antisozialer PS (N = 31; 21,8%) war die häufigste PS die BPS.
Skodol et al.	1999	Substanzgebrauch	200	60,5% < 30 Jahre	88/112	152 stationäre Patienten zweier Kliniken, spezialisiert für PS, und 48 ambulante Patienten	SCID-P SCID-II PDE	57 Personen (28,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Aktuell war diese Gruppe 8,7 mal häufiger mit einer bestehenden Substanzabhängigkeit verbunden (ohne Alkohol und Cannabis). Für die Diagnosen in der Lebenszeit bestanden eine größere Wahrscheinlichkeit für Alkohol- (OR = 3,3), Stimulanzion- (OR = 4,4) und andere Substanzabhängigkeiten (OR = 6,6).

Tabelle 11.11
Studien zu Angststörungen

Angststörungen								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Ampollini et al.	1997	Panikstörung Panik mit MDD	40 22	30,8 (9,9) 39,6 (11)	14/26 2/20	Konsekutive ambulante Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID-I SIDP-R	2 Personen mit Major Depression (9%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Brooks et al.	1991	Panik mir Agor.	30	35 (range: 23-55)	19/11	Konsekutive Patienten, die durch eine Anzeige für eine pharmakologische Studie geworben wurden	SCID-P SCID-II	3 Personen (10%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Bollinger et al.	2000	PTBS Kriegsveteranen	107	47,2 (4,5)	107/0	Konsekutive Patienten einer spezialisierten psychiatrischen Klinik	CAPS-1 SCID-II	6 Personen (5,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Diaferia et al.	1993	Panikstörung Panik mit Agor. Total Kontrollgruppe	23 78 101 40	36,99 (11,9) 34,15 (12,8)	35/66 13/27	Patienten einer spezialisierten Klinik	DIS-R SIDP	6 Personen (5,9%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Dreesen et al.	1994a	Panikstörung Panik mit Agor. Total mit PS ohne PS	15 16 31 14 17	37,4 (9,6) 33,4 (7,4)	4/10 9/8	Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-II	2 Personen (6,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Dreesen et al.	1994b	Panikstörung Panik mit Agor. Andere Angst. mit PS ohne PS Total	7 23 26 26 31 57	34,3 (8,5) 38,5 (11,1)	10/16 14/17	Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-II	1 Person (1,75%) erfüllte die Kriterien einer BPS.

Friedman et al.	1987	Panikstörung	26	38 (13)	8/18	Ambulante Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID-II	Eine Person (3,8%) erfüllte die Kriterien für eine BPS.
Gasperini et al.	1990	General. Angst. Kontrollgruppe	46 50	38, (13,3) 34 (15,2)	20/36 23/27	Ambulante Patienten und Personal einer psychiatrischen Klinik	SADS-L SIDP	3 Personen (6%) mit einer GAS und 2 Personen der Kontrollgruppe erfüllten die Kriterien einer BPS.
Green & Curtis	1988	Panikstörung	30	33,32	16/14	Konsekutive ambulante Patienten einer pharmakologischen Vergleichsstudie	SCID-I SCID-II	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Hoffart et al.	1994	Agoraphobie Panik mit Agor. Andere Angstst.	21 57 14	39 (10) 35 (9) 33 (7)	10/11 13/44 5/9	Stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SCID-II	5 Personen mit Panikstörung und Agoraphobie (9%), 2 Personen mit Agoraphobie (10%) und eine Person aus der Kontrollgruppe erfüllten die Kriterien einer BPS.
Jansen et al.	1994	Soziale Phobie Panikstörung	32 85	32,6 (8,5) 37,1 (10,7)	13/19 31/54	Konsekutive Patienten einer Ambulanz	SCID-II	2 Personen mit sozialer Phobie (6,25%) und 3 mit Panikstörung (3,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Manusco et al.	1993	General. Angst.	44	44 (range: 27-66)	20/24	Ambulante Patienten, die für eine pharmakologische Studie gewonnen werden konnten	SCID-I SCID-II	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Mauri et al.	1992	Panikstörung General. Angst. Major Depression Total	40 37 38 115	33,4 (9) 48 (9) 52,3 (15) 44,4 (14,3)	16/24 11/26 13/25 40/75	Konsekutive Patienten einer Ambulanz	SCID-I PDE	4 Personen mit generalisierter Angststörung (11%), 10 mit Panikstörung (25%) und 5 mit Major Depression (13%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Mersch et al.	1995	Soziale Phobie	34	35,6 (9,5)	23/11	Ambulante Patienten, die durch eine Anzeige für eine Vergleichsstudie geworben wurden	SCID-II	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Phillips et al.	2001	Total (1991)	526	41,1 (12,4)	71/355	Ursprünglich 711	SCID-P	19 Personen (4%) erfüllten 1991

		Total (1996) Verschiedene Angststörungen	439			Patienten von 11 psychiatrischen Kliniken	SADS-L PDE	die Kriterien einer BPS, 1996 waren es 15 (3%).
Reich & Noyes	1987	Panikstörung Major Depression	88 24	35,2 (11,6) 38,0 (10,1)	28/52 9/15	Ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SADS SIDP	6 Personen mit Panikstörung (6,8%) und 3 mit Major Depression (12,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Renneberg et al.	1992	Agoraphobie	133	34,4 (range: 19-67)	40/93	Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-OP SCID-II	13 Personen (19%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Sanderson et al.	1994b	Panikstörung Panik mit Agor. General. Angst Soziale Phobie Einfache Phobie Zwangsstörung Angst NNB Total	46 99 78 51 17 21 35 347	keine Altersdifferenz 35,1 (11,2)	keine Geschlechts- differenz 133/214	Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-P SCID-II	6 Personen (1,7%) erfüllten die Kriterien einer BPS, eine mit Panikstörung (2%), eine weitere mit Panikstörung und Agoraphobie (4%), 3 mit generalisierter Angststörung (4%) und eine mit einfacher Phobie (5%).
Sanderson et al.	1994a	General. Angst.	32	35,4 (10,6)	15/17	Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-I SCID-II	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Southwick et al.	1993	PTBS Kriegsveteranen	34		34/0	Konsequente 18 stationäre und 16 ambulante Patienten einer spezialisierten Klinik	SCID-I PDE	26 Personen (76%) erfüllten die Kriterien einer BPS, davon waren 15 Personen in stationärer Behandlung
Skodol et al.	1995	stationär ambulant	100 100	62 < 30 Jahre 59 < 30 Jahre	29/71 59/41	Konsequente Patienten einer psychiatrischen Klinik mit 103 aktuellen und 137 lifetime Angststörungen	SCID-P PDE	57 Personen (28,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Diese Gruppe war mit Panikstörung (OR = 8,2) und irgendeiner Angststörung (OR = 2,7) signifikant häufiger verbunden.
Turner et al.	1991	Soziale Phobie	71	37,2	33/38	Patienten, die an einer Vergleichsstudie teilnahmen	ADIS-R SCID-II	1 Person (1,5%; N = 68) erfüllte die Kriterien der BPS.

Tabelle 11.12
Studien zur Zwangsstörung

Zwangsstörung								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Baer et al.	1992	Zwangsstörung	55	35,4 (10,3)	21/34	Stationäre Patienten, die an einer pharmakologischen Studie teilnehmen	Y-BOCS SIDP	5 Personen (9%) erfüllten die Kriterien einer BPS, die ein Prädiktor für einen geringen Therapieerfolg war.
Baer et al.	1990	Zwangsstörung	96	37,1 (11,2)	46/50	Konsequente ambulante Patienten einer spezialisierten Klinik	Y-BOCS SIDP	2 Personen (3%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Black et al.	1993	Zwangsstörung Angehörige Andere Störungen	32 120 129	38,3 (10,9) 41,8 (15,7) 38,1 (10,0)	52/68 58/71	Ambulante Patienten und ihre Angehörigen	Y-BOCS SADS-L DIS	6 Personen mit Zwangsstörung (18,8%), eine Angehörige (0,8%) und 7 Personen der Kontrollgruppe (5,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Crino & Andrews	1996	Zwangsstörung Soziale Phobie Panik mit Agor. Total	80 69 109 258	30,2 (range: 18-55) 31,9 (range: 19-62) 34,6 (range: 19-68) 32,5 (range: 18-68)	34/46 40/29 30/79 104/154	Konsequente Patienten einer spezialisierten Ambulanz	CIDI PDE	In allen drei Gruppen wurde eine Person mit BPS diagnostiziert (1,25% für Zwang, 1,5% für soziale Phobie, 0,9 für Panikstörung).
Ronchi et al.	1992	Zwangsstörung	131	34,7 (13,3)	60/71	Stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	DIS-R SIDP-R	5 Personen (5,6%, N = 89) erfüllten die Kriterien einer BPS, davon ein Mann.
Samuels et al.	2000	Zwangsstörung Kontrollgruppe Angehörige der Patienten Angehörige der Kontrollgruppe	72 72 198 207	36,3 38,4 48,9 45,6	35/37 28/44 96/102 119/88	Zufällige Selektion von Patienten der John Hopkins OCD Family Study und der Bevölkerung	SADS-L Y-BOCS SIDP-R	5 Personen (6%) mit Zwangsstörung sowie 2 Personen (3%) der Kontrollgruppe erfüllten die Kriterien einer BPS. Bei den Angehörigen der Patienten fanden sich 2 Personen (1%), bei den der Kontrollgruppe 1 Person (0,5%).

Sciuto et al.	1991	Zwangsstörung Panikstörung Panik mit Agor.	30 17 31	33,6 (13,6) 34,6 (10,2)	9/21 16/32	Konsequente stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	SIDP-R	Eine Person mit Zwangsstörung (3,3%) und zwei Personen mit Panikstörung (12%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Stanley et al.	1990	Zwangsstörung	25	range: 17-60		Stationäre Patienten einer Psychiatrischen Klinik	ADIS-R SCID-II	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Torres & Del Porto	1995	Zwangsstörung Kontrollgruppe	40 40	range: 16-68	16/24	Ambulante Patienten einer spezialisierten Ambulanz	Y-BOCS SIDP	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Thomsen et al.	1993	Zwangsstörung Kontrollgruppe	61 47 49	12,1 (2,4) 11,8 (2,4) 27 (5) bei Katamnese	38/23 28/19	Eine 1992 durchgeführte Katamnese von ursprünglich 61, davon 30 ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik, die im Zeitraum 1970 bis 1986 eine Behandlung aufgesucht haben	Y-BOCS SCID-II	3 Personen (6,3%) erfüllten die Kriterien für eine BPS in der Gruppe mit Zwangsstörung. Damit unterschied sich diese Gruppe nicht von einer Kontrollgruppe mit anderen Störungsbildern. Auch ein Geschlechtseffekt konnte nicht nachgewiesen werden.
Winkelmann et al.	1994	Zwangsstörung	31	38,2 (11,7)	14/17	Stationäre Patienten einer spezialisierten Klinik	Y-BOCS SCID-I SCID-II	Eine Person (3%) erfüllte die Kriterien einer BPS.

Tabelle 11.13
Studien zur Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Ames- Frankel et al.	1992	Bulimia nervosa ambulant stationär Total	49 34 83	26,2 (5,8) 24,7 (4,7) 25,6 (5,4)	0/83	Konsequente Patientinnen einer spezialisierten Behandlungseinrichtung	SCID-I PDE	19 Personen (23%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Ein Unter- schied in der Häufigkeit zwischen ambulanten und stationären Patientinnen bestand nicht.
Braun et al.	1994	AN (restriktiv) Bulimia nervosa AN (binge/purge) BN/AN Total	34 31 22 18 105	24,8 25,0 24,2 23,8 range: 16-51	0/105	Konsequente stationäre Patientinnen einer spezialisierten Behandlungseinrichtung	SCID-I SCID-II	18 Personen der gesamten Stichprobe (17%) erfüllten die Kriterien einer BPS. 12 Personen (20%) gehörten der Subgruppe mit einer BN oder einer BN mit einer AN in der Vorgeschichte an. Keiner der Subgruppe mit restriktiver AN erfüllte die Kriterien einer BPS.
Bulik et al.	1997	Bulimia nervosa Bulimia nervosa + Alkoholabh. Total	60 54 114	26 (6) 26 (6)	0/114	Patientinnen einer spezialisierten Ambulanz	SCID-I SCID-II	34 Personen mit zusätzlicher Alkoholabhängigkeit (62%) vs. 8 Personen (14%) ohne Abhängigkeit erfüllten die Kriterien einer BPS.
Carroll et al.	1996	Bulimia nervosa BN + MDD Kontrollgruppe	15 15 15	25,5 (7,3) 22,7 (5,7) 20,1 (2,6)	0/15 0/15 0/15	30 Patientinnen einer spezialisierten Ambulanz und 15 Studentinnen	PDE	3 Personen in der Gruppe mit Major Depression (10%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Derksen	1990	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Total	16 4 20	23,7 (range: 17-35)	0/20	17 ambulante und 3 stationäre Patientinnen einer psychiatrischen Klinik	DIB	Eine Person mit BN (5%) der Gesamtstichprobe) erfüllte die Kriterien einer BPS.

Gartner et al.	1989	Anorexia nervosa AN/BN Bulimia nervosa Total	6 21 8 35	23,97 (4,38)	0/35	Stationäre Patientinnen einer psychiatrischen Klinik	PDE	12 Personen (34%) erfüllten die Kriterien einer BPS, davon 2 mit einer AN (33%), 7 mit AN und BN in der Vorgeschichte (33%) und 3 mit BN (38%).
Grilo et al.	1996	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Essstörung NNB Total Essstörung Total	11 9 11 31 136	19,8 (6,5)	0/136	Konsekutive stationäre Patientinnen einer psychiatrischen Klinik	K-SADS-E SCID-P PDE	22 Personen mit Essstörung (71%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Herzog et al.	1995	AN (restriktiv) AN (binge/purge) Bulimia nervosa Essstörung NNB Total	31 29 80 34 178	25,12 (7,94) 22,78 (5,72) 23,7 (3,71)	1/30 2/27 3/77	Konsekutive Patienten einer spezialisierten Ambulanz	DIB-R	10% mit einer AN des restriktiven Typus, 6,8 % mit einer AN des binge/purge Typus, 11,3% mit BN sowie 3,1% mit einer unspezifischen Essstörung erfüllten die Kriterien einer BPS.
Herzog et al.	1992b	Anorexia nervosa Bulimia nervosa AN (binge/purge) Total	41 98 90 229	22,8 (7,4) 24,2 (6,1) 26,1 (6,6)	0/229	Konsekutive Patientinnen einer spezialisierten Ambulanz	SADS-L SIDP	18 Personen (9%) erfüllen die Kriterien einer BPS, davon 7 mit BN (7%) und 11 mit AN vom binge/purge Typus (12%).
Herzog et al.	1991	Bulimia nervosa	37	23,72 (3,41)	0/37	Ursprünglich 42 Patientinnen einer spezialisierten Ambulanz	DIB	11 Personen (30%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
McCann et al.	1991	Bulimia nervosa Purging Nonpurging	50 20 30	26 (6) 45 (14)	0/50	Patientinnen einer spezialisierten Ambulanz	PDE	24 Personen (48%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Piran et al.	1988	AN (restriktiv) AN (binge/purge)	30 38	23,4 (5,4) 23,7 (5,1)	0/30 0/38	Stationäre konsekutive Patientinnen einer spezialisierten Klinik	DIB	25 Personen mit AN des binge/purge Typus (65,8%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Pope et al.	1987	Bulimia nervosa aktuell Lebenszeit Total	34 19 52	26,4 25,4 18-45	0/52	34 konsekutive Patientinnen, die nach Behandlung suchten, und 19 Personen, die durch eine Anzeige geworben wurden	DIS DIB DIB-R	25% gemäß DIB und 2% gemäß DIB-R erfüllten die Kriterien einer BPS.
Powers et al.	1988	Bulimia nervosa	30	28,8 (range: 18-48)	0/30	Ambulante Patientinnen, die durch eine Anzeige geworben wurden.	SCID-P SCID-II	7 Personen (23%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Rossiter et al.	1993	Bulimia nervosa	71	29,6 (8,9)	0/71	Patientinnen einer spezialisierten Ambulanz	PDE	15 Personen (21%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Sansone et al.	1989	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Essstörung NNB Total	7 17 4 28	28,8 (range: 18-42)	0/280	Stationäre Patientinnen einer spezialisierten Klinik	DIB	3 Personen mit AN und 3 Personen mit BN erfüllten die Kriterien einer BPS. Dies sind 21% der Gesamtstichprobe.
Schmidt & Telch	1990	Bulimia nervosa binge eaters normal eaters Total	23 23 23 69	19 (1,5)	0/69	Aus 503 Studentinnen einer Einführungsveranstaltungen für Psychologie selektiert.	SCID-NP PDE	8 Personen mit BN (35%) erfüllten die Kriterien der BPS. In den anderen Gruppen kam BPS nicht vor.
Schmitz	1989	AN (restriktiv) AN (binge/purge) BN/AN Bulimia nervosa Total	10 10 10 10 40	25,6 (7,5) 22,2 (3,8) 24,3 (2,7) 26,6 (7,2)	0/40	Stationäre Patientinnen einer psychosomatischen Klinik	SCID-I SCID-II	2 Personen mit AN (restriktiver Typ), 5 Personen mit BN und jeweils 7 Personen mit AN des binge/purge Typus und BN mit AN in der Vorgeschichte erfüllten die Kriterien einer BPS.
Skodol et al.	1993	Essstörung aktuell Lebenszeit Total ambulant stationär	42 21 200 100 100	31,6 (8,0) 27,7 (6,0)	29/71 59/41 88/112	100 ambulante und 100 stationäre Patienten aus größeren konsekutiven Stichprobe einer psychiatrischen Klinik	SCID-I SCID-II PDE	Nur ein konvergentes Ergebnis beider Interviews (SCID-II und PDE) führten zu einer Diagnosestellung. 57 Personen (29%) erfüllten die Kriterien einer BPS. BPS war assoziiert mit Bulimia nervosa und mit Essstörungen NNB, die aktuell

								oder lifetime erhoben worden sind.
Steiger et al.	2000	Bulimia nervosa Kontrollgruppe	30 25	26,30 (6,19) 20,80 (3,69)		Ambulante Patienten einer spezialisierten Ambulanz	EDE SCID-II	14 Personen (35%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Steiger et al.	1994	Bulimia nervosa BN + BPS BN + andere PS BN +keine PS Total	14 30 17 61	25,43 (5,69) 26,80 (7,54) 26,18 (6,37)		Ursprünglich 90 konsekutive Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-OP SCID-II	14 Personen (23%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Steiger et al.	1993	Bulimia nervosa BN + BPS BN + andere PS BN +keine PS Total	18 34 21 73	23,61 (4,65) 27,26 (8,34) 25,15 (4,16)		Ursprünglich 107 konsekutive Patienten einer spezialisierten Ambulanz	SCID-II	18 Personen (13%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Sunday et al.	1993	Bulimia nervosa BN + BPS BN + BPS trait Total	31 44 16 91		0/91	Stationäre Patientinnen einer spezialisierten Klinik	SCID-I SCID-II	44 Personen (48%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Vaz Leal & Salcedo	1993	AN (restriktiv) Bulimia nervosa Kontrollgruppe	10 14 54	19,7 (4,0) 21,5 (4,7) 20,6 (2,0)	0/54		SCID-II	6 Personen mit BN (60%) und 8 Personen mit AN des restriktiven Typus (57%) sowie 3 der Kontrollgruppe (5,55%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Wieseman et al.	1999	AN (binge/purge) Bulimia nervosa Essstörung NNB Total Essstörung allein ES mit Substanz Substanz mit ES	28 65 14 218 109 71 38	27,12 (7,53) 27,75 (8,21) 27,97 (6,59)	0/218	Stationäre Patientinnen einer spezialisierten Klinik	SCID-I SCID-II	16 Personen mit einer Essstörung ohne Substanzmissbrauch (14,7%), 20 Personen mit einem Substanzmissbrauch nach Beginn der Essstörung (29,4%) und 13 Personen mit einem Substanzgebrauch vor Beginn der Essstörung erfüllten die Kriterien einer BPS.

Wonderlich et al.	1990	AN (restriktive)	10	21,4 (3,1)	0/46	Konsekutive Patientinnen einer spezialisierten Behandlungseinrichtung	SCID-II	4 Personen mit AN (20%) und 7 mit BN (27%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
		AN (binge/purge)	10	22,9 (4,6)				
		Bulimia nervosa	16	21,2 (3,2)				
		BN/AN	10	27,0 (5,5)				
		Total	46					
Zanarini et al.	1990	Bulimia nervosa	34	26,2 (5,9)	0/72	34 konsekutive ambulante Patientinnen und 18 Personen, die durch eine Anzeige geworbene wurden	DIPD	12 Personen mit BN (35%), 6 der Gruppe mit vergangener BN (33%) und 3 (15%) der Gruppe mit Major Depression erfüllten die Kriterien für BPS.
		BN (lifetime)	18	25,4 (3,4)				
		Major Depression	20	33,6 (6,1)				
		Total	72					

Tabelle 11.14
Studien zu Binge Eating Disorder und Übergewicht

Binge Eating Disorder und Übergewicht								
Autoren	Jahr	Eingangsdiagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Black et al.	1992	Übergewicht Kontrollgruppe	88 76	36,1 (10,9) 36,5 (11,2)	18/70 18/58	46 Patienten mit 45kg über dem erwünschten Gewicht, die hinsichtlich einer gastric banding beraten wurden	DIS SCID-II	14 Personen (30,4%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Larsen	1990	Übergewicht	90	35,4	24/66	Ursprünglich 103 Patienten mit 45kg über dem erwünschten Gewicht, die eine gastric banding erhielten	Unveröffentlichtes Interview gemäß DSM-III	1 Person (1%) erfüllte die Kriterien der BPS. In der Katamnese nach drei Jahren waren es 3 Personen (2%).

Wilfey et al.	2000	Binge Eating Disorder	162	45,2 (9,6)	28/134	Ambulante Patienten zweier spezialisierter Kliniken, für ein Behandlungsprogramm über Anzeigen rekrutiert	EDE SCID-I SCID-II	15 Personen (9%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Sansone et al.	1996	Übergewicht Kontrollgruppe	17 60	34,1 (9,5) 34,8 (8,5)	0/17 0/60	Patientinnen mit 22,7kg über dem erwünschten Gewicht und 60 konsekutive Patientinnen einer gynäkologischen Ambulanz	DIB	7 Personen mit Übergewicht (41%) erfüllten die Kriterien einer BPS. In der Kontrollgruppe waren es 4 Personen (6,7%).
Telch & Stice	1998	Binge Eating Disorder	61	43,5 (8,7)	0/61	Aus 993 Personen nach Anzeigen für eine Studie zum Essverhalten rekrutierte Patienten	SCID-I SCID-II	4 Personen mit BED (7%) erfüllten die Kriterien für eine BPS. Damit unterschied sich diese Gruppe nicht von einer Kontrollgruppe.
Yanovski et al.	1993	Binge Eating Disorder	43	36,1 (7,6)	10/33	Aus 128 Personen nach Anzeigen für eine Studie rekrutierte Patienten	SCID-I SCID-II	6 Personen mit BED (14%) erfüllten die Kriterien einer BPS. Damit unterschied sich diese Gruppe von der Kontrollgruppe (N = 85) in der Häufigkeit dieser Diagnose.

Tabelle 11.15
Studien zu dissoziativen Störungen, Schizophrenie und somatoformen Störungen

Dissoziative Störungen, Schizophrenie und Somatoforme Störungen								
Autoren	Jahr	Eingangs- diagnose	N	Alter in Jahren MW (SD)	Geschlecht (m/w)	Setting	Methode	Ergebnisse
Hogg et al.	1990	Schizophrenie	40	26,3 (5,1)	32/8	Patienten einer psychiatrischen Klinik	RPMIP SIDP	7 Personen (17,5%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Jackson et al.	1991	Schizophrenie Manie Major Depression Gemischt Total	35 26 30 21 112	26,5 (5,1) 28,9 (9,3) 35,4 (11,7) 32 (13,1)	29/6 14/12 14/16 11/10 68/44	Stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik	SCID-P RPMIP	5 Personen (14%) mit Schizophrenie, 6 Personen (23%) mit Manie, 16 mit einer Major Depression (53%) und 5 mit verschiedenen Störungen (24%) erfüllten die Kriterien einer BPS
Monti et al.	1998	Chronic-low-backk-pain Kontrollgruppe	25 25	46,1 (13,00) 45,1 (10,33)	11/14 5/20	Ambulante Patienten einer neurologischen Klinik	SCID-I-NP-V SCID-II	Keine Person erfüllte die Kriterien einer BPS.
Reich et al.	1983	Schmerzstörung	43	43,2 (12,8)	15/28	Konsequente ambulante Patienten einer Klinik	Unveröffentlichtes Interview nach DSM-III	2 Personen (15%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Rost et al.	1992	Somatisierungsstörung	94	43,2 (10,0)	14/80	Ambulante Patienten von Hausärzten	DIS SCID-II	10 Personen (10,6%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
Polatin et al.	1993	Chronic-low-backk-pain	200		134/66	Spezialisierte Einrichtung zur Rehabilitation	SCID-I SCID-II	Insgesamt erfüllten 15% die Kriterien einer BPS, 11% der Männer und 21% der Frauen.
Sansone et al.	2001	Schmerzstörung	17	48,9 (10,5)	5/12	Ambulante Patienten allgemeinärztlicher Versorgung	DIB	8 Personen (47%) erfüllten die Kriterien einer BPS.

Saxe et al.	1993	Dissoziative Störung	15	34,5 (8,3)	2/13	110 konsekutive stationäre Patienten einer Klinik füllten die Dissociative Experience Scale (DES) aus. Die Gruppe mit Werten über 25 wurde mit einer Gruppe verglichen, die unter 5 Punkten liegt	DDIS + Modul zur PTBS des SCID-NP-V	Alle Patienten mit einem DES-Wert über 25 erfüllten die Kriterien einer dissoziativen Störung. In dieser Gruppe wurde die BPS als Diagnose bei 10 Personen (71%) gestellt, in der Vergleichsgruppe nur einmal.
			15	38,8 (10,7)	3/12			
Steinberg et al.	1991	Dissoziative St. Psychiatr.Pat. Normal Total	15	34,3 (7,7)	5/10	Ambulante Patienten im Vergleich zu 9 Freiwilligen	SCID-D	10 Personen mit dissoziativen Störungen (67%) erfüllten die Kriterien einer BPS.
			21	41,2 (9,9)	7/14			
			9	32,6 (13,1)	1/8			
			45					

11.2 Zentrale Tendenzen und Variationsmaße aller Messinstrumente

Instrumente	N	Min	Max	MW	SD
GAF_1	50	15	60	35,16	10,11
GAF_2	50	25	83	50,86	13,24
BDI_1	50	3	51	31,96	11,02
BDI_2	35	3	48	31,14	11,93
BDI_3	44	0	56	24,36	13,75
LBDI_1	50	3	51	31,96	11,02
LBDI_2	50	3	49	30,02	12,22
LBDI_3	50	0	56	25,08	13,27
SESA_1	50	36	121	58,92	16,33
SESA_2	35	37	118	59,77	20,34
SESA_3	44	24	128	66,75	23,28
LSESA_1	50	36	121	58,92	16,33
LSESA_2	50	36	118	60,56	19,14
LSESA_3	50	24	128	65,60	23,00
SCL_1GSI	50	0,467	3	1,80	0,68
SCL_2GSI	35	0,2	3,311	1,78	0,84
SCL_3GSI	44	0	3,144	1,40	0,86
LGSI_1	50	0,467	3	1,80	0,68
LGSI_2	50	0,2	3,311	1,77	0,78
LGSI_3	50	0	3,144	1,38	0,82
FDS_G_1	50	2,182	65,909	28,48	12,06
FDS_G_2	35	13,182	63,182	28,12	12,86
FDS_G_3	44	0	62,273	26,32	12,52
LFDS_G_1	50	2,182	65,909	28,48	12,06
LFDS_G_2	50	2,182	63,182	27,41	12,60
LFDS_G_3	50	0	62,273	25,93	12,05
EDI_G_1	50	239	432	354,06	47,89
EDI_G_2	35	182	429	340,31	56,53
EDI_G_3	44	182	465	333,02	60,63
LEDI_1	50	239	432	354,06	47,89
LEDI_2	50	182	429	339,20	53,53
LEDI_3	50	182	465	331,48	59,92
KIB_G_1	50	1,686	4,2	3,32	0,54
KIB_G_2	35	1,257	4,057	3,19	0,66
KIB_G_3	44	0	4,543	2,96	0,87
LKIB_1	50	1,686	4,2	3,32	0,54
LKIB_2	50	1,257	4,057	3,16	0,62
LKIB_3	50	0	4,543	2,99	0,82
PDS_SS_1	50	0	47	23,10	14,34
PDS_SS_2	36	0	44	23,44	15,13
PDS_SS_3	44	0	47	21,95	14,41
LPDS_1	50	0	47	23,10	14,34
LPDS_2	50	0	44	21,82	15,24
LPDS_3	50	0	47	21,12	14,31

11.3 Messinstrumente

SCL-90-R

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

Beispiel: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wenn bei Ihnen als Antwort auf dieses Frage am besten ‘sehr stark’ zutrifft, so kreuzen Sie ‘sehr stark’ an.	☐	☐	☐	☐	☒

Wie sehr litten Sie unter?

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

Wie sehr litten Sie unter ...?				überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und	Nachlässigkeit			☐	☐	☐	☐	☐
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				☐	☐	☐	☐	☐
12. Herz- und Brustschmerzen				☐	☐	☐	☐	☐
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße				☐	☐	☐	☐	☐
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den	Bewegungen oder im Denken			☐	☐	☐	☐	☐
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen				☐	☐	☐	☐	☐
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört				☐	☐	☐	☐	☐
17. Zittern				☐	☐	☐	☐	☐
18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht	trauen kann			☐	☐	☐	☐	☐
19. schlechtem Appetit				☐	☐	☐	☐	☐
20. Neigung zum Weinen				☐	☐	☐	☐	☐
21. Schüchternheit und Unbeholfenheit im Umgang mit	dem anderen Geschlecht			☐	☐	☐	☐	☐
22. der Befürchtung, ertappt zu werden				☐	☐	☐	☐	☐
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund				☐	☐	☐	☐	☐
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos	waren			☐	☐	☐	☐	☐
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen				☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	☐	☐	☐	☐	☐
27. Kreuzschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	☐	☐	☐	☐	☐
29. Einsamkeitsgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
30. Schwermut	☐	☐	☐	☐	☐
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	☐	☐	☐	☐	☐
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	☐	☐	☐	☐	☐
33. Furchtsamkeit	☐	☐	☐	☐	☐
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	☐	☐	☐	☐	☐
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	☐	☐	☐	☐	☐
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen und teilnahmslos sind	☐	☐	☐	☐	☐
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	☐	☐	☐	☐	☐
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	☐	☐	☐	☐	☐
39. Herzklopfen oder Herzhagen	☐	☐	☐	☐	☐
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	☐	☐	☐	☐	☐
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	☐	☐	☐	☐	☐
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐
44. Einschlafschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	☐	☐	☐	☐	☐
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	☐	☐	☐	☐	☐
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	☐	☐	☐	☐	☐
48. Schwierigkeiten beim Atmen	☐	☐	☐	☐	☐
49. Hitzewallungen oder Kälteschauer	☐	☐	☐	☐	☐
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch dieses erschreckt werden	☐	☐	☐	☐	☐
51. Leere im Kopf	☐	☐	☐	☐	☐
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	☐	☐	☐	☐	☐
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
55. Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
58. Schweregefühl in Armen und Beinen	☐	☐	☐	☐	☐
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
60. dem Drang, sich zu überessen	☐	☐	☐	☐	☐
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐
62. dem Austauschen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	☐	☐	☐	☐	☐
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen	☐	☐	☐	☐	☐
64. frühem Erwachen am Morgen	☐	☐	☐	☐	☐
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	☐	☐	☐	☐	☐
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	☐	☐	☐	☐	☐
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	☐	☐	☐	☐	☐
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	☐	☐	☐	☐	☐
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	☐	☐	☐	☐	☐
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	☐	☐	☐	☐	☐
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
72. Schreck- und Panikanfällen	☐	☐	☐	☐	☐
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	☐	☐	☐	☐	☐
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	☐	☐	☐	☐	☐
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	☐	☐	☐	☐	☐
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	☐	☐	☐	☐	☐
78. so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	☐	☐	☐	☐	☐
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	☐	☐	☐	☐	☐
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	☐	☐	☐	☐	☐
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	☐	☐	☐	☐	☐
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	☐	☐	☐	☐	☐
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	☐	☐	☐	☐	☐
86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen	☐	☐	☐	☐	☐
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit ihrem Körper nicht in Ordnung ist	☐	☐	☐	☐	☐
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
89. Schuldgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	☐	☐	☐	☐	☐

BDI

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

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

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

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

SESA

Sie sollen im folgenden Auskunft darüber geben, wie Sie zu sich selbst eingestellt sind. Dabei kann es keine richtigen oder falschen Antworten im Sinne einer richtigen oder falschen Lösung geben, da die Beantwortung auf der persönlichen Ansicht beruht. Verleihen Sie ihrem Gefühl über den Grad des Zutreffens jeder Feststellung Ausdruck, indem Sie in der Antwortspalte ein Kreuz in diejenige Spalte machen, die Ihrer Empfindung entspricht. Die Spalten haben folgende Antwortmöglichkeiten:

Ich stimme sehr zu.
 Ich stimme ein wenig zu.
 Ich stimme weder zu, noch lehne ich ab.
 Ich lehne ein wenig ab.
 Ich lehne ganz entschieden ab.

Beispiel: Jeder Mensch ist seines Glückes Schmied.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wenn Sie für diese Feststellung eine intensive Zustimmung empfinden, dann müssten Sie Ihr Kreuz in die Spalte machen, die mit ‘ich stimme sehr zu’ überschrieben ist. Haben Sie dieser Feststellung gegenüber eine andere Einstellung, so wählen Sie eine entsprechend andere Antwortspalte. Sind Sie in diesem Fall z.B. eindeutig der gegenteiligen Ansicht, machen Sie bitte ihr Antwortkreuzchen in die Spalte ‘ich lehne ganz entschieden ab’. Verwenden Sie die Antwortspalte: ‘ich stimme weder zu, noch lehne ich ab’, bitte so selten wie möglich! Also nur in den Fällen, wo Sie sich wirklich nicht entscheiden können.

Arbeiten Sie bitte die Feststellungen der Reihe nach durch, so wie sie aufgeführt sind. Überlegen Sie bei der Beantwortung bitte nicht allzu lange - der erste Einfall ist meist der beste. Für jede Feststellung können Sie nur ein Antwortkreuzchen vergeben. (Sie können ja nicht gleichzeitig zustimmen und ablehnen). Lassen Sie bitte bei der Beantwortung bitte keine Fragestellung aus.

	Ich stimme sehr zu.	Ich stimme ein wenig zu.	Ich stimme weder zu, noch lehne ich ab.	Ich lehne ein wenig ab.	Ich lehne ganz entschieden ab.
1 Ich stelle meinen Wert als Person nicht in Frage, auch dann nicht, wenn ich glaube, dass andere es tun.	☐	☐	☐	☐	☐
2 Wenn jemand etwas Nettes über mich sagt, so fällt es mir schwer zu glauben, dass er es wirklich so meint. Ich denke, dass er sich lustig über mich macht oder es nicht ernst meint.	☐	☐	☐	☐	☐
3 Kritisiert mich jemand oder sagt irgendeiner etwas über mich, so kann ich das überhaupt nicht vertragen.	☐	☐	☐	☐	☐
4 Ich sage nicht viel zu zwischenmenschlichen Problemen, weil ich Angst habe, dass man mich kritisiert oder auslacht, wenn ich etwas Falsches sage.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Mir ist klar, dass ich nicht besonders erfolgreich bin, aber ich glaube nicht, dass ich meine Kräfte besser nutzen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
6 Ich kann mit einer Arbeit, die ich getan habe, nicht zufrieden sein: Stellt sie sich als gut heraus, so habe ich das Gefühl, dass sie mich nicht voll gefordert hat und ich deshalb keinen besonderen Grund zur Zufriedenheit habe.	☐	☐	☐	☐	☐
7 Ich hätte gern das sichere Gefühl, dass ich nicht sehr viel anders bin als andere.	☐	☐	☐	☐	☐
8 Ich habe Angst, dass Menschen, die ich mag, herausfinden könnten, wie ich wirklich bin, und von mir enttäuscht sein könnten.	☐	☐	☐	☐	☐
9 Ich werde häufig von Minderwertigkeitsgefühlen geplagt.	☐	☐	☐	☐	☐
10 Wegen anderer Leute habe ich bisher nicht soviel leisten können, wie mir eigentlich möglich gewesen wäre.	☐	☐	☐	☐	☐
11 Ich bin ziemlich scheu und befangen, wenn ich mit anderen zusammen bin.	☐	☐	☐	☐	☐
12 Um über die Runden zu kommen und beliebt zu sein, neige ich dazu, mich in erster Linie so zu verhalten, wie andere es von mir erwarten.	☐	☐	☐	☐	☐

	Ich stimme sehr zu.	Ich stimme ein wenig zu.	Ich stimme weder zu, noch lehne ich ab.	Ich lehne ein wenig ab.	Ich lehne ganz entschieden ab.
13 Die Art, mit der ich an die Dinge herangehe, ist wohl von einer starken inneren Kraft getragen; ich stehe in der Hinsicht auf festem Boden, und das macht mich ziemlich selbstsicher.	☐	☐	☐	☐	☐
14 Ich fühle mich befangen im Umgang mit Leuten, die eine höhere berufliche Position haben als ich.	☐	☐	☐	☐	☐
15 Ich glaube, ich bin ziemlich schwierig.	☐	☐	☐	☐	☐
16 Ich kann Schuldgefühle über mein Empfinden bestimmten Leuten gegenüber nicht vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐
17 Ich habe keine Angst davor, neue Leute kennen zu lernen, weil ich das Gefühl habe, etwas wert zu sein, und es keinen Grund gibt, weshalb sie mich nicht mögen sollten.	☐	☐	☐	☐	☐
18 Gewissermaßen glaube ich nur halb an mich selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
19 Ich bin sehr empfindlich; sagen andere Leute etwas, neige ich dazu anzunehmen, dass sie mich in irgendeiner Weise kritisieren oder beleidigen; wenn ich später darüber nachdenke, fällt mir ein, dass sie es vielleicht gar nicht so gemeint haben.	☐	☐	☐	☐	☐
20 Ich glaube, dass ich bestimmte Fähigkeiten habe, und andere sagen das auch, aber ich bin nicht sicher, ob das stimmt.	☐	☐	☐	☐	☐
21 Ich kann mich eines Gefühls der Über- oder Unterlegenheit gegenüber den meisten Leuten, die ich kenne, nicht erwehren.	☐	☐	☐	☐	☐
22 Ich fühle mich nicht normal, aber ich würde mich gern so fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
23 In einer Gruppe sage ich gewöhnlich nicht viel, weil ich Angst habe, etwas Falsches zu sagen.	☐	☐	☐	☐	☐
24 Ich neige dazu, meinen Problemen auszuweichen.	☐	☐	☐	☐	☐

	Ich stimme sehr zu.	Ich stimme ein wenig zu.	Ich stimme weder zu, noch lehne ich ab.	Ich lehne ein wenig ab.	Ich lehne ganz entschieden ab.
25 Selbst wenn Leute eine gute Meinung von mir haben, fühle ich mich irgendwie schuldig, weil ich weiß, dass sie sich in mir täuschen; wenn ich mich so geben würde, wie ich wirklich bin, würden sie keine gute Meinung von mir haben.	☐	☐	☐	☐	☐
26 Ich habe das Gefühl, auf einer Stufe mit anderen zu stehen; das trägt dazu bei, gute Beziehungen mit ihnen aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
27 Ich habe das Gefühl, dass die Leute dazu neigen, sich mir gegenüber anders zu verhalten, als sie es normalerweise anderen gegenüber tun würden.	☐	☐	☐	☐	☐
28 Ich richte mich zu sehr nach den Vorstellungen anderer Leute.	☐	☐	☐	☐	☐
29 Wenn ich nicht immer soviel Pech gehabt hätte, hätte ich mehr erreicht.	☐	☐	☐	☐	☐

KIB

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

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

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
13. Meine Begeisterung für einen Menschen schlägt oft in Enttäuschung um.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Es ist sehr schwierig, sich auf einen Beruf oder eine Tätigkeit dauerhaft festzulegen.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Die Welt ist überwiegend gefährlich und feindselig.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Alleine komme ich schlecht zurecht. Ich brauche immer jemanden, der mich unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Wenn es in einer Beziehung Streit gibt, ist es besser, sie sofort zu beenden.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Wenn ich keinen Ausweg mehr sehe, bringe ich mich um.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Wenn ich provoziert werde, gerate ich heftig in Wut.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Es gibt niemanden, der mich wirklich liebt und sich um mich kümmert.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Wenn man eine Tätigkeit nicht sofort beherrscht, ist es besser, gleich wiederaufzuhören.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Es gelingt mir nicht, mich zu disziplinieren oder mich selbst zu kontrollieren.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Meine Stimmung hängt mehr von meiner Umgebung als von mir selbst ab.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Von der Zukunft ist nicht viel gutes zu erwarten.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Bereits kleine Ereignisse können meine Stimmung deutlich verändern.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Es ist angenehm aufregend, sich gefährlichen Situationen auszusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
27. Ich kann mir manchmal nicht vorstellen, Situationen ohne Beruhigungsmittel, Alkohol oder Drogen zu bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Die Gefühle fahren oft mit mir Achterbahn.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Im Grunde ist das Leben leer und sinnlos.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Manchmal ist Selbstverletzung die einzige Möglichkeit, Spannungen los zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Andere Menschen sind häufig launisch und unberechenbar.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ich kann nur schwer entscheiden, ob ich mich eher zu Frauen oder zu Männern hingezogen fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Wenn es mir schlecht geht, gehe ich Risiken ein und fordere das Schicksal heraus.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ich bin ein schlechter Mensch. Es geschieht mir Recht, dass es mir schlecht geht.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Der Gedanke, mich umbringen zu können, hilft mir in schwierigen Situationen.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Dinge, Situationen oder Verhaltensweisen sind entweder gut oder schlecht, richtig oder falsch.	☐	☐	☐	☐	☐

Teile des Abschnitts "11.3. Messinstrumente" S. LIX - LXX wurden aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

PDS

Teil 1

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

Bitte bearbeiten Sie die Fragen nur, wenn ein solches Ereignis nach Entlassung aus der Klinik aufgetreten ist und beziehen Sie dann bitte die Fragen auf den Zeitraum zwischen Klinikentlassung und heute.

- | | | | |
|-----|----|------|---|
| 1. | JA | NEIN | Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück) |
| 2. | JA | NEIN | Naturkatastrophen (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben) |
| 3. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen) |
| 4. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen) |
| 5. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 6. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 7. | JA | NEIN | Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet |
| 8. | JA | NEIN | Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten) |
| 9. | JA | NEIN | Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel) |
| 10. | JA | NEIN | Folter |
| 11. | JA | NEIN | Lebensbedrohliche Krankheit |
| 12. | JA | NEIN | Anderes traumatisches Ereignis
Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis.: |

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS (wenn Sie nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit 'schlimmsten Ereignis' dieses Ereignis gemeint). Wenn Sie keine der Erlebnisse hatten, brauchen Sie keine weiteren Fragen zu beantworten.

Teil 2

Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis?

(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an.)

- ☐ vor weniger als einem Monat
- ☐ vor 1 bis 3 Monaten
- ☐ vor 3 bis 6 Monaten
- ☐ vor 6 bis 3 Jahren
- ☐ vor 3 bis 5 Jahren
- ☐ vor mehr als 5 Jahren

Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen JA oder NEIN an:

Während des schlimmsten Erlebnisses

- | | | |
|----|------|---|
| JA | NEIN | ... wurden Sie körperlich verletzt? |
| JA | NEIN | ... wurde jemand anders körperlich verletzt? |
| JA | NEIN | ... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war? |
| JA | NEIN | ... dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war? |
| JA | NEIN | ... fühlen Sie sich hilflos? |
| JA | NEIN | ... hatten Sie starke Angst oder waren Sie voller Entsetzen? |
-

Teil 3

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.

Dabei bedeutet:

0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat

1 = einmal pro Woche oder seltener/manchmal

2 = 2 bis 4 mal pro Woche/die Hälfte der Zeit

3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Konnten/ können Sie sich an einen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Fühlten Sie sich Menschen ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)? |

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)? |

Wie lange haben Sie schon die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben?
(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen):

- ☐ weniger als einen Monat
- ☐ 1 bis 3 Monate
- ☐ über 3 Monate

Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Probleme auf?
(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen):

- ☐ innerhalb der ersten 6 Monate
- ☐ nach 6 Monaten oder später

Teil 4

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben, Sie IM LETZTEN MONAT in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

- | | | |
|----|------|--------------------------------------|
| JA | NEIN | Arbeit |
| JA | NEIN | Hausarbeit und Haushaltspflichten |
| JA | NEIN | Beziehungen zu Freunden |
| JA | NEIN | Unterhaltung und Freizeitaktivitäten |
| JA | NEIN | (Hoch-)Schule / Ausbildung |
| JA | NEIN | Beziehungen zu Familienmitgliedern |

LXXV

JA	NEIN	Erotik
JA	NEIN	Allgemeine Lebenszufriedenheit
JA	NEIN	Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen

Lebenslauf

Persönliches

Name: Kröger
Vorname: Christoph
Geburtsdatum: 30.11.1970
Geburtsort: Bochum
Familienstand: verheiratet
Adresse: Querenburger Höhe 285
44801 Bochum
0234 / 702201

Berufliche Erfahrung

Seit 1999 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Psychologe im
Praktikum in der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie an der Universitätsklinik Lübeck

1998-1999 Mitarbeiter der Beratungsstelle Consilium St. Lukas

Berufliche Bildung

2000-2001 Ausbildung in dialektischer Verhaltenstherapie
der Borderline-Persönlichkeitsstörung

1999-2001 Grundausbildung in zielorientierter Gesprächs-
psychotherapie

seit 1999 Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten
mit dem Schwerpunkt in kognitiver Verhaltenstherapie

Studium

1992-1999 Studium der Psychologie mit Abschluss als Diplom-
Psychologe

1991-1997 Studium der Katholischen Theologie mit Abschluss
als Diplom-Theologe

Schulbildung

1990 Abitur am Hildegardis-Gymnasium in Bochum

Sonstiges

1990-1991 Zivildienst in den Augusta-Krankenanstalten in
Bochum