

**Evaluation eines  
psychoedukativen Gruppenprogramms  
für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie  
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von  
Hannah Walker  
aus Tettwang  
2019

Erstgutachter: PD Dr. Markos Maragos

Zweitgutachterin: PD Dr. Gabriele Pitschel- Walz

Datum der mündlichen Prüfung: 14.Mai 2019

## Danksagung

Besonders danken möchte ich meinem Doktorvater, Herrn PD Dr. Markos Maragos, der mir die Promotion und einen kritischen Zugang zur Arbeit ermöglicht hat sowie ein stets hilfreicher Ansprechpartner in inhaltlichen und organisatorischen Fragen war.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Betreuerin und Zweitgutachterin, Frau PD Dr. Gabi Pitschel-Walz, die mir das interessante Thema der Doktorarbeit überlassen und die mich durch ihre Unterstützung, Anleitung und Betreuung von Anfang an hilfreich durch das Projekt geführt hat.

Ein großer Dank geht an den Autor des Manuals, Dr. Michael Rentrop, der mich bei der Durchführung der Gruppen unterstützt hat, von dem ich viel über die Borderline-Persönlichkeitsstörung gelernt habe und durch den mein psychotherapeutisches Repertoire v.a. im nahbaren und wertschätzenden Umgang mit den Patienten wesentlich erweitern konnte.

Danken möchte ich auch meiner lieben Kollegin und Freundin, Anna Spatzl, für die immer spaßige Zusammenarbeit und lustigen Stunden mit viel Proviant in der Bib. Danke für die Unterstützung und motivierende Arbeit an unserem gemeinsamen Projekt, das wir bis zuletzt ohne jegliches Konkurrenzdenken durchgezogen haben.

Ebenso danken möchte ich Johannes Hessler für die geduldige und kompetente Hilfe bei Statistikfragen, die zahlreichen fachlichen Ratschläge und Anmerkungen.

Ein großer Dank gebührt auch meinen Eltern, die immer ein offenes Ohr für mich haben und mich seit jeher unterstützen. Meinem Vater bin ich für die moralische Unterstützung, die Ermutigung und das liebevolle Verständnis bei der Anfertigung der Doktorarbeit dankbar. Dank gilt meiner Mutter für das beschwerliche Korrekturlesen und den immer bereichernden fachlichen Input. Danke meinem Bruder David für die zweckdienlichen wissenschaftlichen Diskussionen und die Unterstützung mit SPSS.

Ein letzter, aber nicht geringerer Dank geht an meinen Jürgen, der mit seiner emotionalen Unterstützung und grenzenlosen Geduld wesentlich zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen hat und an meine Valerie, die mir durch ihre kindliche Freude, neben den Mühen des Promovierens, so viele schöne, unbeschwerte Momente ermöglichte.

Jürgen und Valerie, diese Arbeit widme ich euch!

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	3
Inhaltsverzeichnis .....	4
0. Zusammenfassung .....	9
1. Einleitung .....	11
2. Psychoedukation bei psychischen Störungen .....	12
2.1 Begriffsdefinition Psychoedukation und Beschreibung des Verfahrens .....	12
2.2 Geschichtlicher Hintergrund .....	13
2.3 Ziele und Wirkprinzipien .....	14
2.4 Durchführung .....	15
2.5 Psychotherapeutische Haltung und psychotherapeutische Elemente .....	15
2.6 Indikation und Wirksamkeit .....	17
2.7 Zusammenfassung .....	20
3. Psychoedukation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung .....	21
3.1 Hintergründe zur Borderline-Persönlichkeitsstörung .....	21
3.1.1 Diagnostische Klassifikation .....	21
3.1.2 Das klinische Erscheinungsbild der BPS .....	23
3.1.3 Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen .....	24
3.1.4 Verlauf und Prognose .....	25
3.1.5 Epidemiologische Daten .....	27
3.1.6 Ätiologie .....	27
3.1.6.1 Das Biosoziale Ätiologiemodell nach Linehan .....	28
3.1.6.2 Genetische Faktoren und Veränderungen im Neurotransmittersystem .....	28
3.1.6.3 Psychosoziale Faktoren .....	29
3.1.7 Behandlungsmöglichkeiten .....	32
3.1.7.1 Die Pharmakotherapie bei BPS .....	32
3.1.7.2 Psychotherapeutische Verfahren .....	35

## Zusammenfassung

3.2	Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen.....	37
3.3	Wissenschaftliche Evidenz.....	38
3.4	Ziele der Psychoedukation bei BPS .....	38
4.	Das psychoedukative Konzept nach Rentrop, Reicherzer und Bäuml .....	40
4.1	Kriterien der Gruppenteilnahme .....	41
4.2	Therapeutischer Rahmen.....	42
4.3	Psychotherapeutische Wirkfaktoren und Strategien .....	43
4.4	Phasen der Gruppenpsychotherapie .....	44
4.5	Durchführung und Struktur der Gruppensitzungen .....	47
4.5.1	Eröffnungsrunde .....	47
4.5.2	Phase der Informationsvermittlung.....	47
4.5.2.1	Wiederholung.....	47
4.5.2.2	Arbeitsmaterialien und Didaktik.....	48
4.5.3	Abschluss .....	49
4.6	Inhalte des Gruppenprogramms.....	49
4.6.1	Sitzung 1 .....	50
4.6.2	Sitzung 2.....	51
4.6.3	Sitzung 3.....	52
4.6.4	Sitzung 4.....	52
4.6.5	Sitzung 5.....	53
4.6.6	Sitzung 6.....	53
4.6.7	Sitzung 7 .....	54
4.6.8	Sitzung 8.....	54
4.6.9	Sitzung 9.....	55
4.6.10	Sitzung 10.....	55
4.7	Umgang mit schwierigen Therapiesituationen und emotionalen Themen .....	55
5.	Evaluationsforschung .....	58
5.1	Ergebnisevaluation (Summative Evaluation) .....	58

## Zusammenfassung

5.2	Prozessevaluation (formative Evaluation) .....	58
5.3	Evaluation des vorliegenden psychoedukativen Manuals.....	58
6.	Fragestellung .....	60
6.1	Summative Fragestellung.....	60
6.1.1	(Symptom-) belastung.....	60
6.1.2	Lebensqualität.....	61
6.1.3	Therapieerwartung und -motivation.....	61
6.1.4	Krankheitswissen .....	61
6.2	Formative Fragestellung.....	62
6.2.1	Zufriedenheit und Akzeptanz.....	62
6.2.2	Prozessqualität der Psychoedukationsgruppe.....	63
7.	Methode .....	65
7.1	Rahmenbedingungen.....	65
7.1.1	Gewinnung der Stichprobe.....	65
7.2	Untersuchungsinstrumente .....	66
7.2.1	Patientenfragebogen zu soziodemographischen Daten .....	67
7.2.2	Borderline- Symptomliste (BSL 23) .....	68
7.2.3	World Health Organisation Quality of Life BREF (WHOQOL- BREF) .....	68
7.2.4	Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation (PATHEV) 69	
7.2.5	Wissensfragebogen .....	69
7.2.6	Feedbackfragebogen .....	70
7.2.7	Gruppentherapie- Patientenstundenbogen (GTS-P).....	70
7.2.8	Gruppentherapie- Therapeutenstundenbogen (GTS-T- Endfassung).....	70
7.3	Forschungsmethode und Studiendesign .....	71
8.	Ergebnisse .....	74
8.1	Statistische Auswertung.....	74
8.2	Abbruchrate .....	77
8.3	Beschreibung der Stichprobe .....	77

## Zusammenfassung

8.4	Ergebnisse der summativen Evaluation .....	81
8.4.1	(Symptom-)belastung.....	81
8.4.2	Lebensqualität.....	83
8.4.3	Therapieerwartung- und motivation.....	84
8.4.4	Krankheitswissen .....	85
8.4.5	Effektstärken .....	87
8.4.6	Kontingenz- und Korrelationsanalysen .....	87
8.5	Ergebnisse der formativen Evaluation .....	88
8.5.1	Sitzungsbeurteilung der Patienten GTS-P .....	88
8.5.2	Sitzungsbeurteilung der Therapeuten GTS-T .....	90
8.5.3	Vergleich Sitzungsbeurteilung Therapeuten und Patienten .....	91
8.5.4	Feedbackfragebogen .....	92
9.	Diskussion.....	98
9.1	Stichprobenanalyse.....	98
9.2	Summative Evaluation.....	98
9.2.1	(Symptom-)Belastung .....	98
9.2.2	Lebensqualität.....	100
9.2.3	Therapieerwartung- und motivation.....	101
9.2.4	Krankheitswissen .....	102
9.3	Einordnung der Klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Wirksamkeitsstudien.....	103
9.4	Einordnung bivariater Korrelationen .....	104
9.5	Formative Evaluation .....	105
9.5.1	Beurteilung des Gruppenprogramms.....	105
9.6	Akzeptanz der Psychoedukationsgruppe .....	108
9.7	Einschränkungen, Kritik am Studiendesign .....	109
9.7.1	Intrasubjektive Variation im Studienzeitraum.....	109
9.7.2	Einschränkungen des Studiendesigns.....	110
9.7.3	Kritische Bewertung des Forschungsvorgehens.....	111

## Zusammenfassung

9.7.4	Untersuchungsinstrumente .....	112
9.8	Zusammenfassende Bewertung und Ausblick.....	114
	Literaturverzeichnis .....	116
	Anhang.....	146

## 0. Zusammenfassung

Psychoedukative Programme im Anwendungsbereich psychischer Störungen haben in den letzten Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen. In Deutschland steht bislang ein einziges manualisiertes Psychoedukationskonzept für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zur Verfügung- das Programm „Psychoedukation Borderline-Störung- ein Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen“ nach Rentrop, Reicherzer und Bäuml (2007). Im Fokus der vorliegenden Pilotstudie steht die Evaluation des Manuals, einerseits zur Überprüfung der Wirksamkeit in einem ambulanten gruppentherapeutischen Setting, andererseits zu Beurteilung der Prozessqualität des Programms. Dem wurde in einer Studie mit 30 Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörung im Zeitraum von Juni 2014 bis August 2015 an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar- TU München nachgegangen. Das Alter der Patienten lag zwischen 18-53 Jahre. Das Gruppenprogramm wurde über 10 Wochen mit einer Gruppensitzung pro Woche à 1.5 Stunden von Psychologen und Ärzten im Wechsel durchgeführt. Insgesamt fanden vier Gruppenpsychoedukationsdurchläufe mit durchschnittlich 8 Patienten statt. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Messzeitpunkten mittels Fragebögen, zur wissenschaftlichen summativen Evaluation wurde somit ein Ein-Gruppen-Plan mit Vor- und Nachtestung konzipiert. Mittels nach jeder Sitzung ausgehändigten Stundenfragebögen wurden zudem inhaltliche und strukturelle Aspekte der Durchführung in einer formativen Evaluation überprüft.

Wie in den Hypothesen angenommen, kann in dieser Pilotstudie aufgezeigt werden, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durch die Teilnahme am Gruppenprogramm eine signifikante störungsbezogene Wissenssteigerung aufwiesen. Entgegen der Hypothese der Symptomminderung, zeigte sich nicht in allen Domänen eine symptomreduzierende Veränderung durch die Intervention. Dennoch konnte ein entlastender Effekt durch die psychoedukative Maßnahme beobachtet werden. Hinsichtlich der Therapieerwartung und -motivation ergaben sich teilweise hypothesenkonforme Veränderungen: Es ließen sich hinsichtlich der Furcht vor Veränderung keine erheblichen Veränderungen feststellen, die Hoffnung auf Besserung stieg im Verlauf signifikant. Die Effektivitätsüberprüfung im Hinblick auf die Lebensqualität zeigte auf der Skala „soziale Beziehungen“ einen positiven Effekt. Die Patienten schätzten nach Teilnahme am Programm soziale Beziehungen signifikant besser ein.

Im Rahmen einer formativen Evaluation wurde untersucht, wie sich einzelne Therapiesitzungen unterscheiden, beziehungsweise wie sich Prozessfaktoren im Sitzungsverlauf entwickeln. Es konnten zudem typische Therapieprozesse abgebildet und vergleichbare Phasenverläufe wie bei bereits bewährten Gruppentherapieprogrammen gefunden werden. Es bestätigt sich die Hypothese, dass Zufriedenheit mit dem Programm herrscht, Bewertungen im Gruppenverlauf zunehmend positiver ausfallen und sich neben dem aufsteigenden Trend typische Phasen der Gruppentherapie abzeichnen. Schwankungen in der Bewertung geben hilfreiche Hinweise auf den inhaltlichen Modifikationsbedarf einiger Sitzungsthemen.

Wenngleich die zukünftige Realisierung eines randomisiert kontrollierten Untersuchungsdesigns für die aussagekräftige Bewertung des Programms dringend notwendig ist, lässt sich insgesamt ein positives Fazit der Pilotstudie ziehen. Es konnte gezeigt werden, dass Betroffene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vom Gruppenprogramm profitieren und Psychoedukation bei BPS ein gut akzeptiertes und wirksames Basismodul innerhalb eines umfassenderen Behandlungskonzepts darstellt.

## 1. Einleitung

Es kursieren viele abwertende Zuschreibungen für Borderline-Patienten: Sie gelten als tiefgreifend gestört, als Therapeutenschreck, ausgestattet mit primitiven Abwehrmechanismen, die ein überschaubares Weltbild aufrechterhalten sollen. Betroffene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) werden von Psychotherapeuten am häufigsten abgewiesen. Auch Patienten haben Vorurteile gegenüber Therapeuten („Mir kann keiner helfen- alle unfähig und überheblich!“). So entstehen auf beiden Seiten negative Images, Tabus und Vorurteile- der Weg zur Stigmatisierung ist bereitet. Bei Betroffenen entwickelt sich nicht selten das Gefühl, ein hoffnungsloser Fall zu sein. Voreingenommenheit und negative Zuschreibungen von außen sind vor allem deshalb so fatal, da die BPS u.a. als Störung der Identität betrachtet wird. Unsicherheiten über „Wer bin ich überhaupt? Was macht mich aus?“ werden hierdurch weiter verstärkt und bieten Nährboden für ein einseitiges, negatives Selbstbild.

Dabei kennt fast jeder Gefühle und Verhaltensweisen, die mit BPS in Verbindung gebracht werden: Wut, Angst, innere Leere oder das Ausleben von spontanen Impulsen. Gefühlsqualitäten von „Feuer und Flamme“ sind beispielsweise für den Zustand der Verliebtheit bezeichnend, das Gegenüber wird häufig idealisiert. In einem Streit oder bei Enttäuschung wirken nicht selten Abspaltungsmechanismen in Gut und Böse („Du bist an allem Schuld“). Kunst, Journalismus und Politik machen sich dieses Phänomen regelmäßig zu Nutze. Die Borderline- Symptomatik zeigt sich in einer extremen Ausprägung von Erlebniswelten, die jedem vertraut sind.

Um Etikettierung, Stigmatisierung und Ängste vor „seelischen Abgründen“ abzubauen, ist ein Angebot von Nöten, dass mehr Verständnis für die BPS ermöglicht. Vor allem bei Störungsbildern, die sowohl für Patienten als auch für das Umfeld eine Bandbreite an Verwirrungen, Missverständnissen und unverständlichem Verhalten bereithalten, ist es von besonderer Bedeutung über Hintergründe zu informieren. Es ist nicht nur für Außenstehende häufig schwer nachzuvollziehen, was in Betroffenen vorgeht, auch Patienten selbst haben oft Schwierigkeiten, sich verständlich zu machen und mitzuteilen. In der vorliegenden Arbeit soll das Manual „Psychoedukation Borderline- Störung- ein Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen“ nach Rentrop, Reicherzer und Bäuml (2007) vorgestellt und evaluiert werden, das die Erarbeitung eines Störungsverständnisses mit einer entstigmatisierenden Sprache ermöglicht. Dabei sollen Betroffene „Experten für sich selbst“ werden, sich austauschen können, Hoffnung schöpfen und der Weg zur Inanspruchnahme einer suffizienten Therapie sowie einer Mitsprache auf „Augenhöhe“ gegenüber professionellen Helfern bereitet werden.

## 2. Psychoedukation bei psychischen Störungen

Im folgenden Kapitel soll in das Thema Psychoedukation eingeführt werden. Es wird das Verfahren sowie der historische Hintergrund, Ziele und Wirkprinzipien, die Durchführung und psychotherapeutische Elemente beschreiben. Zudem wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Indikation und Wirksamkeit gegeben.

### 2.1 Begriffsdefinition Psychoedukation und Beschreibung des Verfahrens

Der Terminus „Psychoedukation“ leitet sich von lat. „E-ducere“ ab und bedeutet „Herausführen“. Psychoedukation will somit sinnbildlich aus der Unwissenheit und Unsicherheit bezüglich der eignen Erkrankung „herausführen“ (Bäumel & Pitschel-Walz, 2011) . In einem von der „Arbeitsgruppe Psychoedukation“ verfassten Konsensuspapier wird der Terminus wie folgt definiert:

„Unter dem Begriff „Psychoedukation“ werden systematische dialektisch- psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die Patienten und ihre Angehörige über die Krankheit und ihre Behandlung informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit verbessern und die bei der Krankheitsbewältigung unterstützen sollen. Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen und im Gruppensetting durch den Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen ergänzt werden. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten.“ (Bäumel & Pitschel-Walz, 2016a, S. 3)

Mühlig und Jacobi (2011, S. 478) fassten Psychoedukation als „systematische und strukturierte Vermittlung von wissenschaftlich fundierter gesundheits- und / oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen mit psychologischen Methoden“ zusammen. Somit gilt Psychoedukation nicht als ein umschriebenes Therapieverfahren, sondern stellt ein Behandlungselement innerhalb eines umfassenden Interventionskonzeptes dar. Das Angebot richtet sich an Erkrankte, Risikopatienten und deren Angehörige. Dabei gibt es für Psychoedukation viele Einsatzfelder in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft: Neben Prävention (z.B. Patientenschulungen bei somatischen Erkrankun-

gen) und Therapie (z.B. Information über Diagnose, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten einer Erkrankung) stellt auch die Rehabilitation (z.B. Trainingsprogramme zur Rückfallprophylaxe) ein Anwendungsfeld dar.

## **2.2 Geschichtlicher Hintergrund**

Im Zuge des zeitgeschichtlichen Wandels der psychiatrisch-psychotherapeutischen Haltung weg von einer passiv- rezeptiven hin zur aktiv- kreativen Patientenrolle hat sich der Empowerment- Gedanke entwickelt. So stellt das psychoedukative Vorgehen mit der Idee der Stärkung von Mitwirkung und Entscheidungskompetenz, einen Kontrast zum bisher autoritär, häufig intransparenten Vorgehen des schulmedizinisch orientierten Psychotherapeuten dar (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008). Erstmals verwendeten Anderson et al. den Begriff 1980 im Rahmen der Schizophreniebehandlung und meinten damit einen Baustein eines umfassenden therapeutischen Konzepts. So war darunter zunächst kein alleinstehendes therapeutisches Verfahren zu verstehen, sondern eine Kombination von Aufklärung des Patienten im Kontext von Sozialem Kompetenztraining, Problemlösetraining und Angehörigenarbeit. Ziel der Familienintervention war die Förderung des Grundverständnisses von Schizophrenie, Complianceförderung, Verringerung der Rückfallquote und somit die positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. Im deutschsprachigen Raum entstanden zahlreiche psychoedukative Ansätze für Patienten und Angehörige Ende der achtziger und neunziger Jahre. Zu Beginn wurden v.a. amerikanische Programme modifiziert und ins Deutsche übersetzt. Mit der Zeit wurden im deutschsprachigen Raum auch eigene Konzepte zunächst v.a. für schizophrene Erkrankte entwickelt (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008). 1996 wurde die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen“ gegründet. Ziel der aus Ärzten und Psychologen bestehenden Arbeitsgruppe war zunächst die Gewinnung eines Überblicks über bestehende Programme und die Einigung über Grundsätze der Psychoedukation. Ein weiteres Vorhaben der Gruppe war die Weiterentwicklung psychoedukativer Konzepte, Optimierung der Umsetzung sowie die wissenschaftliche Überprüfung. Zudem wurde ein Konsensuspapier ausgearbeitet, das als Standard für die Anwendung künftiger Psychoedukationsprogramme herangezogen werden sollte (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a). In den letzten 30 Jahren haben sich zahlreiche Konzepte zu verschiedensten Indikationsbereichen entwickelt. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sind neben schizophrenen Erkrankungen, Angst- und Zwangserkrankungen, affektive Störungen, Essstörungen, Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie Demenzerkrankungen typische Anwendungsfelder (Rabbata, 2004). Parallel zu Patientengruppen entwickelten sich zudem psychoedukative familientherapeutische

Ansätze. Anders als in den USA konnten in Deutschland wegen der Versorgungssituation nur wenig entsprechende komplexe und zeitintensive Interventionen mit Einzelfamilien angeboten werden (Hahlweg, Dürr, Dose, & Müller, 2006). In den letzten Jahren wurden daher sog. bifokale Psychoedukationskonzepte realisiert. Das heißt, Patienten nehmen an eignen Psychoedukationsgruppen teil, während Angehörige parallel dazu angebotene Angehörigengruppen besuchen (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008), wobei die Inhalte der Gruppen überwiegend gleichartig sind (vgl. Pitschel-Walz, Froböse, & Bäuml, 2016).

### **2.3 Ziele und Wirkprinzipien**

Übergeordnete Ziele der Psychoedukation stellen die Ressourcenstärkung und die Verbesserung des „informierten, selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung“ (Bäuml u. a., 2016a, S. 3) dar. Laut Mühlig und Jacobi (2011, S.478) werden bei der Psychoedukation im therapeutischen Setting folgende Teilziele angestrebt:

- Aufklärung über Diagnose und Behandlungsprinzipien
- Vermittlung von störungsbezogener Information (z.B. angemessenes Störungsmodell),
- Vermittlung von therapierelevanter Information (z.B. Therapieverfahren, Wirkmechanismen, Chancen und Risiken),
- Vermittlung von kompensatorischen Kompetenzen bei spezifischen problembezogenen Defiziten (z.B. soziale Kompetenzen)
- Unterstützung des Patienten bei der Entwicklung allgemeiner Selbstmanagement- und Bewältigungskompetenzen (z.B. Problemlösestrategien im Umgang mit Rückfällen)

Noch sind Erkenntnisse zu den Wirkprinzipien der Psychoedukation rar und Wirkmechanismen nicht endgültig geklärt. Es kann angenommen werden, dass fundiertes Wissen und strukturierte, störungsbezogene Auskunft über die Störung Belastung von Betroffenen und ihren Angehörigen reduziert und zur kompetenten Mitarbeit hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten befähigt. Dies hat möglicherweise einen positiven Einfluss auf die Therapiemotivation und erhöht die langfristige Behandlungsbereitschaft. Nach Mühlig (2004) wird sekundäre Belastung (Symptomstress, Scham, Stigmatisierung, Selbstabwertung) vermindert und der Veränderungsprozess positiv beeinflusst. Darüber hinaus dient Psychoedukation möglicherweise dazu, Fehlinterpretationen und –informationen sowie Missverständnisse zu berichtigen und somit auch dysfunktionale Überzeugungen zu verändern. Ferner werden in psychoedukativen Interventionen auch spezifische Fertigkeiten zur Problem- und Krisenbewältigung nähergebracht, so dass Betroffene dabei

unterstützt werden, durch praktisches Training Selbstwirksamkeit zu erhöhen und Verhaltensänderung in den Alltag zu transferieren (z.B. Erlernen von kompensatorischen Fähigkeiten bei spezifischen Verhaltensdefiziten wie beispielsweise sozialen Kompetenzen). Dieses Element spielt in der Psychotherapie im Allgemeinen v.a. zum Ende der Therapiesitzungen eine wichtige Rolle. Patienten sollen konkrete Situationen auf allgemeine Alltagssituationen übertragen, eigene Selbstmanagement- und Bewältigungskompetenzen entwickeln und somit Problemlösestrategien zur Verminderung des Rückfallrisikos einsetzen (Mühlig & Jacobi, 2011).

## **2.4 Durchführung**

Die Durchführung von psychoedukativen Maßnahmen wird im psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einzelsetting, im familientherapeutischen Rahmen oder in Gruppen realisiert. In der Verhaltenstherapie gilt Psychoedukation sowohl in der Gruppentherapie als auch in der Einzelbehandlung als elementarer Baustein. Üblicherweise finden Psychoedukationsgruppen im stationären Rahmen statt, weshalb die meisten Konzepte auf ein Kliniksetting abzielen (Bäumel & Pitschel-Walz, 2016a). Dabei kommen umfangreiche methodisch-didaktische Maßnahmen (Vortrag, Gruppendiskussionen, Dialog, Demonstration, Verhaltensübungen und Rollenspiele) zum Einsatz. Als Vermittlungsmaßnahmen dienen verbale Kommunikation, schriftliche Unterlagen (Broschüren, Literatur etc.), graphische Darstellungen (z.B. am Flipchart), Videos sowie zur Festigung der Inhalte Hausaufgaben oder das Verfassen eines Stundenprotokolls durch einen Gruppenteilnehmer (Mühlig & Jacobi, 2011).

## **2.5 Psychotherapeutische Haltung und psychotherapeutische Elemente**

„Dabei bin ich allmählich zu dem Schluss gelangt, dass in all diesen Erfahrungsberichten die zwischenmenschliche Beziehung den Ausschlag gibt. Ich glaube, dass die Qualität meiner Beziehungen auf lange Sicht wichtiger ist als mein sachliches Wissen, meine berufliche Ausbildung, meine therapeutische Orientierung oder die im Gespräch angewandte Technik.“ (Rogers, 1962)

Die von Rogers für die personenzentrierte Therapie dargestellte therapeutische Haltung gilt auch im Kontakt mit Teilnehmern psychoedukativer Gruppen. Im Mittelpunkt steht die therapeutische Beziehung, charakterisiert durch Empathie, bedingungslose positive Zuwendung und Kongruenz (Zurhorst, 2015). Nach Pitschel-Walz und Bäumel (2016) sollte die Beziehung bei psychoedukativen Ansätzen von wohlwollendem Akzeptieren, freundlicher Zugewandtheit, Echtheit und therapeutischem Optimismus bestimmt sein.

Die Therapiebeziehung wird zudem durch Variablen aus verhaltenstherapeutischer Beziehungsgestaltung geprägt. Zentral sind daher nicht nur Empathie und Warmherzigkeit sondern auch transparentes Vorgehen, soziale Verstärkung, Strukturierung und Ressourcenorientierung. Pitschel-Walz und Bäuml unterstreichen im Handbuch für Psychoedukation die Bedeutung der Ressourcenaktivierung, die als wichtiges Wirkprinzip den Therapieerfolg mitbestimmt. Ressourcenaktivierung wurde von Grawe (1995, 1997) als einer von fünf zentralen, schulenübergreifenden Wirkfaktoren definiert, die notwendige Voraussetzung für das Gelingen von Therapie sind. Dieses verhaltenstherapeutische Element, das Kraftquellen herausstellt und den auf die eigene Person bezogenen Möglichkeitsspielraum eines Patienten zur Erreichung seiner Therapieziele nutzt, wurde auf die psychoedukative Arbeit übertragen. Ressourcenorientierung heißt auch, die Selbstbefähigung des Patienten zu fördern, indem der Therapeut Vertrauen in die Kompetenzen und Stärken des Patienten zeigt. Die Unterstützung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit wird auch als „Empowerment“ (Knuf, 2016) bezeichnet und bekommt im Behandlungsverlauf immer mehr Gewichtung. In ihrem Übersichtsartikel zur Psychoedukation stellen Bäuml und Pitschel-Walz (2011) die Bedeutung des Empowerment als Hauptziel aller psychoedukativen Maßnahmen heraus. Psychoedukation soll die Patienten anregen, bewusst und mit Überzeugung an der Therapie mitzuwirken. Stabile Therapieerfolge können nur dann erzielt werden, wenn die Stärkung und Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener gelingt.

Neben der allgemeinen Ressourcenorientierung betonen Bäuml und Pitschel-Walz eine akzeptierende therapeutische Haltung. Hierbei soll dem Patienten bei psychoedukativer Arbeit vermittelt werden, dass er mit seinen Besonderheiten, Mängeln und Stärken angenommen wird. Drängen auf Veränderung, rechthaberisches, indoktrinierendes Verhalten und leistungsfordernde Appelle seitens des Therapeuten könnten Widerstand, Reaktanz oder Therapieabbrüche zur Folge haben. Stattdessen fördert Verständnis für die Situation und die Ängste des Betroffenen das Selbstwertgefühl und Kooperationsbereitschaft. Darüber hinaus sollte der Therapeut seine Modellfunktion nutzen. Der Therapeut stellt für Betroffene häufig ein Modell dar, an dem sie sich in Verhalten und Anschauungen orientieren. So kann es sich positiv auf die Gruppenatmosphäre auswirken, wenn der Therapeut offen mit eigenen Schwächen umgeht und z.B. in einer „Blitzlichtrunde“ zu Beginn der Gruppensitzung über eigene Emotionen und Erfahrungen spricht.

Ein weiteres wichtiges Element in der therapeutischen Haltung stellt die Vermittlung von Hoffnung dar. Da Patienten und Angehörige häufig mit Stigmatisierung und negativen Stereotypen konfrontiert sowie bezüglich der psychischen Störung verunsichert sind, ist

die Schaffung eines optimistischen Gruppenklimas von erheblicher Bedeutung. Aufbauende Therapeutenäußerungen über die Störung, die Unsicherheiten und Ängste minimieren und Hoffnung erzeugen, schaffen einen Ausgleich zu maladaptiven Einstellungen und Selbstkonzepten (Hoffmann & Hofmann, 2015). Zudem kann der Einsatz von Humor ein anregendes Kontaktmedium bei der Psychoedukation darstellen. Verfügt der Therapeut über Humor, kann dies Hemmungen lösen, neuartige Zusammenhänge darstellen sowie negative Bewertungen relativieren und ein Wegbereiter für eine therapeutisch gewünschte Perspektiven- und Verhaltensänderung darstellen (Salameh, 2007).

Neben der therapeutischen Haltung spielt der gezielte Einsatz von psychotherapeutischen Strategien eine tragende Rolle. So werden Aktives Zuhören, Soziale Verstärkung und Lob, Strukturierung, Löschung von unsachlichen Kommentaren oder destruktivem Verhalten und strukturierende Problemlösegespräche eingesetzt sowie Rollenspielen durchgeführt, um einen effektiven therapeutischen Prozess zu ermöglichen (Hoyer, Jacobi, & Leibing, 2003; Pitschel-Walz & Bäuml, 2016).

## **2.6 Indikation und Wirksamkeit**

Psychoedukative Programme sind im Bereich somatischer Erkrankungen in den entsprechenden Behandlungsleitlinien bereits fest verankert. Nach Mühlig und Jacobi (2011, S. 485) gehören zu den zentralen verhaltensmedizinischen Anwendungsbereichen:

- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes Mellitus Typ I und II)
- Chronisch- obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Bronchitis, Lungenemphysem),
- Atopische Erkrankungen (atopische Dermatitis, Neurodermitis, Rhinitis),
- Rheumatische Erkrankungen (chronische Polyarthritits, Arthrose, Fibromyalie),
- Chronische Schmerzen (Kopf- und Rückenschmerzen, sekundäre Schmerzbeschwerden),
- Herz-Kreislauf- Erkrankungen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt)
- Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, multiple Sklerose, Parkinson- Syndrom) und
- Onkologische Erkrankungen (Leukämie, Neubildungen)

Psychoedukative Maßnahmen bei psychischen Störungen sind mittlerweile auch in medizinischen Leitlinien wie etwa der S3- Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN fester Bestandteil. Derzeit gilt für Psychoedukation ein Evidenzgrad der Empfehlungsstärke B und Psychoedukation in Kombination

mit Angehörigenarbeit ein Evidenzgrad der Empfehlungsstärke A (Gühne, Fricke, Schliebener, Becker, & Riedel-Heller, 2014; Lägél & Püschner, 2016).

Im Bereich der psychischen Störungen existieren zahlreiche Publikationen in Bezug auf die Effizienz von Psychoedukation. In Wirksamkeitsstudien werden folgende Variablen untersucht (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a, S. 3) :

- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzepts
- Wissenszuwachs/ Verbesserung des Informationsstandes
- Verbesserung der Fähigkeit zur Krisenbewältigung
- Emotionale Entlastung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit
- Verbesserung der Behandlungsbereitschaft/ Compliance
- Verkürzung stationärer Aufenthaltszeiten
- Reduzierung der Behandlungskosten
- Senkung der Rezidivhäufigkeit
- Zufriedenheit mit familiären Beziehungen

Vor allem in der Therapie von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis hat sich Psychoedukation als Standardbehandlungselement gut etabliert. So liegt der Hauptteil der Wirksamkeitsstudien im Bereich der Schizophrenie vor (Bäuml u. a., 2016; Petretto u. a., 2013; Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011). Die Studien stellen heraus, dass Psychoedukation störungsbezogenes Wissen sowie die Compliance erhöht sowie Rückfallraten und Klinikaufenthalte reduziert. Störungsbedingte Belastungen können durch psychoedukative Maßnahmen besser bewältigt werden, es kann zudem ein besseres soziales und allgemeines Funktionsniveau erreicht werden. Betroffene die Psychoedukation erhalten, sind mit dem Gesundheitsdienstleister zufriedener und melden einen Anstieg an Lebensqualität zurück. Als besonders zentral für die Behandlung von Schizophrenie hat sich der Einbezug von Angehörigen erwiesen. Eine Metaanalyse von Pitschel-Walz und Kollegen (2001), die die Ergebnisse aus 25 Angehörigeninterventionsstudien einbezieht, hebt hervor, dass die Rückfallrate um 20 Prozent vermindert werden kann, wenn Familienangehörige in die Therapie involviert werden, insbesondere wenn die Intervention länger als drei Monate andauert. Der bifokale Ansatz in Verbindung mit der medikamentösen Behandlung hat sich als deutlich überlegen zur alleinigen medikamentösen Therapie erwiesen.

In der Therapie von affektiven Erkrankungen ist Psychoedukation ebenfalls eine zentrale Säule in der Behandlung. Eine Metaanalyse von Donker et al. (2009) zeigte, dass psychoedukative Interventionen depressive Symptome mindern. Auch werden Störungswissen, Adhärenz und das psychosoziale Funktionsniveau verbessert sowie die Krankheitsbewältigung erleichtert (Tursi, Baes, Camacho, Tofoli, & Juruena, 2013). Im direkten Vergleich mit anderen Psychotherapieverfahren erwies sich Psychoedukation in der Behandlung von Depressionen als ähnlich effektiv (Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn, 2009), wobei sich eine psychoedukative Aufklärung zu einem frühen Zeitpunkt in der Behandlung als besonders hilfreich herausgestellt hat (Tomita u. a., 2018). Darüber hinaus gibt es auch Wirksamkeitsstudien zu psychoedukativen Familieninterventionen. Shimazu und Kollegen konnten zeigen, dass sich die Zeitspanne bis zum Wiederauftreten der Erkrankung durch psychoedukative Intervention signifikant verlängerte. Die Rückfallraten bei der Psychoedukationsgruppe lagen bei 8 % und in der Kontrollgruppe bei 50 % (Shimazu u. a., 2011).

Da der Hauptgrund eines Rückfalls in der Non-Compliance der Patienten zu vermuten ist, kommt Psychoedukation bei der Behandlung der Bipolaren Störungen eine besondere Rolle zu, die ebenso durch eine Reihe von Studien hervorgehoben wird (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999; Ghoreishizadeh, Deldoost, & Farnam, 2008). Die Non-Compliance kann auf Mangel an Wissen zu Medikamentennebenwirkungen sowie der Notwendigkeit einer Behandlungskontinuität und der Angst vor Medikamentenabhängigkeit zurückgeführt werden. Psychoedukation wirkt unterstützend und entängstigend, sodass sich der Leidensdruck vermindern lässt und der Krankheitsverlauf sowie das Wiederauftreten erneuter Episoden positiv beeinflusst werden kann (Bond & Anderson, 2015; Faridhosseini u. a., 2017).

Einen Überblick über die Anwendung und Wirksamkeit bei weiteren psychischen Störungen geben Mühlig und Jacobi (2011, S. 488) in einem Übersichtskapitel zur Psychoedukation. Sie verweisen auf zahlreiche Manuale zur Psychoedukation v.a. „für Angststörungen (soziale Phobie, Agoraphobie und Panikstörung), Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Substanzabhängigkeiten (Tabakentwöhnung, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch) und ADHS“. Die empirischen Befunde ihrer Effizienz sind in diesen Bereichen indes noch rar. Darüber hinaus bilden psychoedukative Maßnahmen eine tragende Säule in Selbsthilfebüchern für Störungen des Kindes- und Jugendalters (Autismus, Tic, Enuresis, Hyperkinetik). Es existieren ebenso Psychoedukationsprogramme für Partnerschaftsprobleme und psychische Funktionsstörungen wie Schlaf- oder Sexualfunktionsstörungen.

## 2.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich in den vergangenen Jahren eine breite Evidenzlage ergeben hat. Zahlreiche Reviews und Metaanalysen weisen Effizienz und beachtliche Effektstärken nach (Cuijpers u. a., 2009; Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007; Tursi u. a., 2013). Dabei dienen Psychoedukationsprogramme nicht nur der Vermittlung von Informationen, sie zielen neben der Wissensvermittlung auch auf die Stärkung der Bewältigungskompetenzen im Sinne des Selbstmanagements ab.

Angesichts der Flut an (Fehl-)Informationen aus dem Internet, kommt Psychoedukation dem Wunsch der Betroffenen und Angehörigen nach fundiertem Wissen nach. Dabei gilt Psychoedukation als niederschwelliges Angebot, das einen elementaren Bestandteil im gesamten psychotherapeutisch- psychiatrischen Versorgungsangebot darstellt. Für viele Erkrankungen stehen Psychoedukationsprogramme und -manuale zur Verfügung, die sich nicht nur als wirksam, sondern auch als Kurzzeitintervention und psychotherapeutisches Basisprogramm als kosteneffektiv herausgestellt haben (Breitborde, Woods, & Srihari, 2009; Shimodera u. a., 2012). Daher sind Psychoedukationsprogramme im Versorgungsalltag von immenser Bedeutung. In Deutschland hat die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen“ wesentlich dazu beigetragen, die Etablierung, Untersuchung und Analyse spezifischer Programme voranzutreiben. Dennoch existieren derzeit nur wenige diagnoseorientierte Programme für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Mangels tragfähiger wissenschaftlicher Evidenz zur Psychoedukation bei BPS ist die Evaluation borderlinespezifischer Programme wünschenswert. Die Untersuchung des in der vorliegenden Arbeit Psychoedukationmanuals zur BPS nach Rentrop, Reicherzer und Bäuml soll einen Beitrag dazu leisten.

### **3. Psychoedukation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Da die vorliegende Studie zur Evaluation des Psychoedukationsmanuals nach Rentrop und Kollegen an Patienten mit BPS durchgeführt wurde, soll zunächst auf Hintergründe des Störungsbildes eingegangen werden. Dazu wird die diagnostische Klassifikation, das klinische Erscheinungsbild der BPS, Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen, Verlauf und Prognose, epidemiologische Daten, Ätiologie und Behandlungsmöglichkeiten einführend erläutert. Im weiteren Überblick wird auf Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und die Evidenzlage bei Psychoedukation bei BPS im Speziellen eingegangen. Das Kapitel schließt mit den Zielen der Psychoedukation bei BPS.

#### **3.1 Hintergründe zur Borderline-Persönlichkeitsstörung**

##### **3.1.1 Diagnostische Klassifikation**

Der Terminus „Borderline“ wurde 1938 von Adolf Stern eingeführt und geht auf das psychoanalytische Grundverständnis zurück, das von einem Kontinuum zwischen psychotischen und neurotischen Erkrankungen ausgeht. Der Begriff „Borderline“ bezeichnet die fluktuierende „Grenzlinie“ zwischen Neurose und Psychose (Bohus, 2002). Die BPS bildete viele Jahre eine Residualkategorie für eine schwerlich einzuordnende und therapierbare Patientengruppe (Herpertz & Wenning, 2002). Durch die Einführung und Ausarbeitung der Diagnosesysteme mit der Aufnahme des Begriffs „Persönlichkeitsstörung“ im DSM III 1980 veränderte sich dies. Die von Gunderson und Singer (1975) herausgearbeiteten Merkmale bildeten die Grundlage für die im DSM- III aufgenommenen Diagnosekriterien. Gunderson und Singer formulierten folgende Merkmale: (1) intensive Affekte, gewöhnlich feindselig oder depressiv, (2) impulsives Verhalten, (3) vorübergehende psychotische Erlebnisse, (4) eingeschränkte soziale Anpassungsfähigkeit, (5) bizarres Denken in unstrukturierten Situationen, (6) Beziehungsgestaltung, die zwischen Oberflächlichkeit und Abhängigkeit schwankt. Gemeinsam mit dem von Kernberg entwickeltem Konstrukt der „Identitätsstörung“ wurden die zusammengefassten Charakteristika unter der Leitung von Spritzer im DSM-III aufgenommen (Gunderson, 2009). Im DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) wurden diese Merkmale durch das Kriterium „Dissoziativität und Paranoia“ ergänzt. Im seit dem Jahr 2013 gültigen DSM- 5 wurden die Kriterien unverändert beibehalten. Dadurch, dass fünf von neun Kriterien erfüllt sein müssen, wird im DSM eine Heterogenität erzeugt, die häufig kritisiert wird. Im ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Dilling, 2006) der WHO sollte dieser Umstand durch die Einführung von zwei Typen der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ

und Borderline-Typ) umgangen werden. Im ICD-10 steht die Impulsivität, im DSM- 5 hingegen die Instabilität des Affekts, des Verhaltens und der Beziehungsgestaltung im Vordergrund. Auch werden im ICD- 10 Dissoziativität und Paranoia nicht berücksichtigt werden. Aufgrund der Vielfalt der Kriterien und genannten Unterschiede der Diagnosesysteme ist diagnostische Einordnung uneinheitlich und wird deutlich erschwert (Herpertz & Saß, 2000; Herpertz & Wenning, 2002). Die diagnostischen Kriterien des DSM- 5 sind in Abbildung 3.1 dargestellt.

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 fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgabe, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern.)
7. Chronische Gefühle der Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

*Abbildung 3.1 Diagnosekriterien der emotional- instabilen Persönlichkeitsstörung nach DSM 5*

Die DSM-5 Kriterien gelten hinsichtlich klinischer und wissenschaftlicher Aspekte den ICD- Kriterien gegenüber als überlegen. Da hierzulande überwiegend das ICD-10 zur Diagnosestellung zum Einsatz kommt, soll es auch im Folgenden berücksichtigt werden (vgl. Abb. 3.2)

Für den *impulsiven Subtyp* müssen mindestens drei der folgenden Verhaltensweisen vorliegen (darunter 2.):

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

Für den *Borderline- Subtyp* müssen drei Kriterien des impulsiven Subtyps zutreffen sowie zusätzlich zwei der folgenden Eigenschaften:

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

*Abbildung 3.2 Diagnosekriterien der emotional- instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) nach ICD-10*

### **3.1.2 Das klinische Erscheinungsbild der BPS**

Hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbilds unterscheidet Bohus (2002) fünf Problem-bereiche: Selbstbild, Affektregulation, psychosoziale Integration/ Instabilität in der Beziehungsgestaltung, Kognition sowie Identitätsstörung und Verhaltensebene/ Impulsivität.

Im Mittelpunkt der BPS stehen störungsspezifische Schwierigkeiten auf dem Boden einer Affektdysregulation, woraus maladaptive Verhaltensweisen resultieren und die auf den Patient und dessen Umfeld wechselseitig Einfluss nehmen (Rentrop & Reicherzer,

2016). Betroffene mit BPS erleben bereits bei Reizen geringer Intensität intensive Emotionen. Sie leiden unter dysphorischen Verstimmungen, die Leidensdruck verursachen, da die Betroffenen Emotionen wie Schuld, Angst, Wut oder Traurigkeit nur diffus wahrnehmen und nicht klar differenzieren können. Dabei dominieren aversive Anspannungszustände, die als quälend beschrieben werden. Selbstschädigende Strategien wie Selbstverletzungen, Drogenkonsum, risikoreiche Verhaltensweisen, Essanfälle dienen der Spannungsreduktion. Als Folge der negativen Verstärkung durch die Anspannungsminderung kommt es zur Aufrechterhaltung des selbstschädigenden Verhaltens (Bohus, 2018; Herpertz & Saß, 2000).

### **3.1.3 Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen**

Die BPS wird sehr häufig von komorbiden Erkrankungen begleitet. Besonders oft weisen Patienten mit BPS eine affektive Störung, Angststörung, Abhängigkeitserkrankung oder andere Persönlichkeitsstörungen auf. Insbesondere werden komorbide Angsterkrankungen (84,8%), depressive Störungen (82,7%) und Abhängigkeitserkrankungen (78,2%) im Laufe des Lebens diagnostiziert (Kienast, Stoffers, Bremphol, & Lieb, 2014; Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014). Zanarini und Kollegen (1998a) proklamierten sogar bei 98 % der Betroffenen eine affektive Erkrankung. Sie hoben hervor, dass nicht immer eine Major Depression oder rezidivierende depressive Störung vorliegen muss. Bei 12-39 % der BPS-Patienten sind die Kriterien für eine Dysthymie, bei 10-20% eine für Bipolare Störung erfüllt. Tritt eine Bipolare Störung in Verbindung mit einer BPS auf, so zeigt sich laut McDermid et al. (2015) eine schwerwiegendere Symptomatik als beim alleinigen Auftreten der BPS. Die Ergebnisse von McDermid und Kollegen zeigen auch, dass die Diagnose einer BPS als Prädiktor für eine künftige Bipolare Störung fungiert. Neben affektiven Erkrankungen können auch weitere Achse- I- Störungen beobachtet werden. Die Komorbiditätsraten für eine Soziale Phobie liegen bei 23-47%, für eine Zwangsstörung bei 16-25 %, für eine Panikstörung bei 31-48% und eine Essstörung bei 29-35% (McGlashan u. a., 2000; Zanarini u. a., 1998a).

Bei über einem Drittel der BPS-Patienten wird eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert (Pagura u. a., 2010). Wenngleich sich BPS und PTBS hinsichtlich der Symptomatik in einigen Aspekten unterscheiden (z.B. eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Symptomatik und einem traumatischen Ereignis sowie Ausbleiben von Selbstschädigung bei der PTBS), gibt es einige Überlappungen (z.B. affektive Dysregulation und Dissoziation). Im klinischen Alltag zeigt sich häufig eine unklare Abgrenzung zur PTBS, was die Differenzialdiagnostik erschwert. Dies ist vor allem

dann der Fall, wenn frühkindliche traumatische Erfahrungen eine andauernden Persönlichkeitsänderung bewirkt haben könnten. Überschneidungen (z.B. Impulskontrolle, Affektregulation, Substanzmissbrauch, maladaptive soziale Beziehungen) finden sich auch bei der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), was lange Zeit die Frage bezüglich wissenschaftlichen Validität und dem klinischen Nutzen der BPS Diagnose in Abgrenzung zu den obengenannten Diagnosen aufwarf (Kernberg, 2000). Durch neuere Befunde verdichten sich jedoch die Anzeichen, dass die BPS im Hinblick auf PTBS und ADHS als ein distinktes Störungsbild betrachtet werden kann (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014; Dowson u. a., 2004; Ford & Courtois, 2014). Dennoch scheint ADHS eine wichtige Variable bei der Entwicklung einer BPS zu sein, so erhöht eine diagnostizierte ADHS-Symptomatik in der Kindheit das Risiko im Verlauf eine BPS zu entwickeln (Philipsen u. a., 2008).

Auf der Achse-II ergeben sich Überschneidungen mit der dependenten, selbstunsicheren, paranoiden, schizotypen und histrionischen Persönlichkeitsstörung (Zanarini u. a., 1998b). Geschlechterunterschiede bei der BPS hinsichtlich der Komorbidität ähneln Divergenzen bei anderen psychischen Störungen. Während Frauen vor allem somatische, depressive Krankheitszeichen und eine Angstsymptomatik aufweisen, lassen sich bei Männern eher antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörungen beobachten (Silberschmidt, Lee, Zanarini, & Schulz, 2015).

#### **3.1.4 Verlauf und Prognose**

Der Krankheitsverlauf der BPS ist von wiederholten Krisen mit psychopathologischen Zuspitzungen geprägt. Neuere Untersuchungen zeigen, dass entgegen der langjährigen Annahme und Konzeptualisierung der Störung im DSM-III, spezifische Symptome nicht ein Leben lang fortbestehen, sondern mit zunehmenden Alter abklingen können. Dies könnte zu der Festigung von Beziehungen und Stabilisierung der beruflichen Situation bei Betroffenen führen, die sich zwischen der 3. und 4. Lebensdekade einstellt (Bohus u. a., 2000). Eine Langzeitstudie von Paris und Zweig-Frank (2001) ergab, dass dreiviertel der Betroffenen im Alter von 35-64 Jahren ein reguläres allgemeines Funktionsniveau aufwiesen. Mit 50 Jahren fanden beachtliche 90 % der BPS-Patienten zu einem normalen Funktionsniveau zurück. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in neuere Untersuchungen von Zanarini und Kollegen (2012) wider. Bei der Mehrzahl von 290 untersuchten Patienten, die über 16 Jahre begleitet wurden, kam es zu einer Remission. Als Besserung wurde definiert, dass die Kriterien einer BPS nicht mehr erfüllt wurden. Die Remissionsrate war vergleichbar zu der anderer Persönlichkeitsstörungen, jedoch benötig-

ten BPS- Patientinnen einen längeren Zeitraum bis zur Symptombesserung als die Vergleichsgruppe. Während man im Untersuchungszeitraum bei 75-85% der Vergleichsgruppe eine vollständige Gesundung beobachten konnte, war dies nur bei 40-60% der BPS- Patienten der Fall. Darüber hinaus lag die Rückfallrate mit 10-36 % bei Betroffenen mit BPS höher als bei der Vergleichspopulation. Zusammengefasst ergibt die Datenlage, dass die BPS beginnend in der frühen Adoleszenz ihre Klimax an maladaptivem Erleben und Verhalten Mitte des 30. Lebensjahr erreicht und dann allmählich abnimmt (Wingard, Cohan, & Henian, 2008).

Da bei BPS unter allen Persönlichkeitsstörungen die höchste Suizidrate verzeichnet wird, gilt die Suizidalität als wesentlicher Risikofaktor, v.a. bei Betroffenen mit niedrigem sozioökonomischen Status, geringer psychosozialer Anpassungsfähigkeit, Suizide in der Familienanamnese sowie bei Patienten, die lange Zeit hospitalisiert waren oder keine ambulante Behandlung erhielten. Die Selbstgefährdung stellt sowohl die Betroffenen als auch die Behandler vor Herausforderungen. Zum einen wird die Gefährdung häufig überschätzt und führt zu wiederkehrenden Klinikeinweisungen. Zum anderen belegen die hohen Selbsttötungsraten von 7-10%, dass das Selbsttötungsrisiko häufig unterschätzt wird (Bohus & Remmel, 2004).

Die meisten Suizidversuche werden in den ersten Behandlungsjahren (innerhalb der ersten zwei Jahre) unternommen. Zur tatsächlichen Selbsttötung kommt es häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs (Soloff & Chiappetta, 2012). Neben der Suizidalität stellen Impulsivität und die Tendenz zu Kontaktabbrüchen hohe Anforderungen an die therapeutische Beziehung (Rentrop & Reicherzer, 2016). So werden Therapien häufig vorzeitig abgebrochen oder die Patienten erhalten von vorneherein keinen Therapieplatz. In einer Umfrage in der Münchner Versorgungslandschaft gaben 22 % der Therapeuten an, aufgrund erheblicher Belastung durch Suizidalität (77%), autoaggressivem (58%) und fremdaggressivem (51%) Verhalten grundsätzlich keine BPS-Patienten zu behandeln. Nur 3 % boten eine störungsspezifische Behandlung an (Jobst, Hörz, Birkhofer, Martius, & Rentrop, 2010).

Als ungünstige Krankheitsverlaufsfaktoren gelten allgemein Gewalt- und Inzesterfahrungen im Elternhaus, komorbide antisoziale und schizotypische Züge sowie stark impulsives Verhalten und ein geringes prämorbid funktionelles Niveau. Prognostisch günstig sind eine hohe Intelligenz, Attraktivität, kreatives Talent und komorbid zwanghafte Persönlichkeitszüge (Stone, 1993).

### **3.1.5 Epidemiologische Daten**

Da die Anzahl an Betroffenen mit BPS mit einer Prävalenz von 2,7 % überaus hoch ist, erscheinen psychoedukative Angebote durchaus notwendig (Kienast u. a., 2014; Tomko u. a., 2014; Trull, Jahng, & Tomko, 2010). Eine epidemiologische Untersuchung von mehr als 30000 Personen in den USA ergab eine Lebenszeitprävalenz von 5,8 % (Grant u. a., 2008). In Deutschland sind schätzungsweise ca. eine Million Menschen betroffen. Im ambulanten Sektor werden ca. 8%-11% (Widiger & Weissman, 1991; Bender u. a., 2001) , im stationären Bereich ca. 20% mit BPS- Diagnose behandelt (Bohus & Kröger, 2011). Es sind ebenso viele Männer wie Frauen betroffen, wenngleich mehr Frauen therapeutische Angebote in Anspruch nehmen. Für die Diagnose des Borderline-Typs muss das selbstschädigende Verhalten im Vordergrund stehen und wird häufiger bei Frauen diagnostiziert. Der impulsive Typ wird eher bei Männern beschrieben. Der überwiegende Teil der Patienten sucht psychiatrische Unterstützung, 60 % haben bereits Suizidversuche in der Vorgeschichte unternommen (Bohus & Kröger, 2011). Studien von Bohus und Kroger ergaben, dass sich ca. 30 % der untersuchten erwachsenen Betroffenen selbst verletzt haben. Diese Angabe wird durch die Untersuchung von Brunner und Kollegen (2007) gestützt, die ergab, dass ca. 6 % der weiblichen 15- Jährigen sich regelmäßig selbstverletzen und ca. 8 % von mindestens einen Selbstmordversuch berichten. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Inanspruchnahme der stationär-psychotherapeutischen Behandlungen im Deutschland übermäßig hoch, wodurch das Gesundheitssystem extrem belastet wird. So betragen die jährlichen Therapiekosten in Deutschland ca. 4 Milliarden Euro, was ca. 20 % der Gesamtkosten, die für die stationäre Therapie von psychischen Erkrankungen entstehen, entspricht (Bohus & Kröger, 2011; Bohus, 2007). 90% dieser Ausgaben entstehen laut Bohus durch ungenügende, nicht störungsspezifische stationäre Therapie.

### **3.1.6 Ätiologie**

Bis heute wird die Pathogenese der BPS häufig aus Sicht der verschiedenen Psychotherapieschulen beschrieben. Entweder sie wird als Manifestation einer Disposition, als psychogener Faktor oder als Kombination aus beidem beschrieben. Durch biologische Studien konnte die zweiteilige Sichtweise aufgebrochen bzw. verknüpft werden. So geht man heute ebenso von einer Dysfunktion unterschiedlicher neurobiologischer Funktionssysteme aus, die einerseits genetischen Ursprung haben, andererseits als eine Folge von ungünstigen (traumatisierenden) psychosozialen Erfahrungen gesehen werden können.

### 3.1.6.1 *Das Biosoziale Ätiologiemodell nach Linehan*

Eines der bekanntesten Ätiologiemodelle stellt das Biosoziale-Modell nach Linehan (1993) dar, das auf dem Vulnerabilität-Stress-Modell fußt. Linehan geht in ihrem Modell von einer grundlegenden Dysregulation des affektiven Systems in Folge genetischer Vulnerabilität aus. Zusätzlich können ungünstige Lernerfahrungen die Fehlregulation negativ beeinflussen. Die biologische Vulnerabilität zeigt sich in einer erhöhten Sensitivität gegenüber internen und externen affektiven Stimuli, auf die Betroffene mit starker und nur langsam abnehmender Emotionalität reagieren. Darüber hinaus wird bei BPS-Patienten ein allgemein erhöhtes Erregungsniveau vermutet, das Einfluss auf die Wahrnehmung der Umwelt nimmt und eine spezifische Aufmerksamkeitslenkung auf emotional relevante Reize bewirkt. Dieser Umstand verlangsamt das Abklingen des Gefühls und erhöht die Sensitivität gegenüber emotionalen Stimuli weiter. Die Ursache der Vulnerabilität sieht Linehan in frühkindlichen Hirnschädigungen, einer genetischen Disposition oder traumatischen Kindheitserlebnissen. Als wesentliche Entstehungsbedingung vermutet Linehan jedoch ein invalidierendes familiäres Umfeld. Invalidierung erfolgt, wenn Bezugspersonen Gefühle des Betroffenen nicht ausreichend würdigen, missachten, bestrafen oder nicht ernstnehmen. Emotionale Äußerungen werden häufig als nicht zutreffend zurückgewiesen und als Überempfindlichkeit oder unzureichende Disziplin abgetan. Die Erreichung von Zielen oder die Problembewältigung wird vom Umfeld als trivial eingestuft bzw. Fehler und Scheitern heftig kritisiert. Ein invalidierendes Umfeld bietet keinen fruchtbaren Boden für das Erlernen der Emotionsregulation bzw. -kontrolle und verhindert, dass Betroffene lernen, Gefühle adäquat zu benennen, unangenehme Zustände auszuhalten und realistische Erwartungen aufzubauen.

### 3.1.6.2 *Genetische Faktoren und Veränderungen im Neurotransmittersystem*

Zwillings- und Familienstudien weisen, wie im Modell von Linehan beschrieben, auf eine erhebliche genetische Rolle bei der Entwicklung der BPS hin (Amad, Ramoz, Thomas, Jardri, & Gorwood, 2014). Familienangehörige ersten Grades zeigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit 11.5% ein um das Fünffache erhöhtes Inzidenzrisiko (Sendera & Sendera, 2016; Skodol u. a., 2002). Es ergeben sich Konkordanzraten von 35 % bei eineiigen und von 7 % bei zweieiigen Zwillingen (Torgersen u. a., 2000). Spezifische erbliche Risikofaktoren für die BPS konnten bislang nicht gefunden werden, weshalb derzeit nicht von einer Vererbung des psychopathologischen Gesamtbildes, sondern vielmehr von spezifischen prädisponierenden Persönlichkeitsmerkmalen (beispielsweise emotionale Instabilität oder Impulsivität) ausgegangen wird (Skodol u. a., 2002). Amad und Kollegen (2014) postulieren für die BPS-spezifische Psychopathologie eine

geschätzte Erblichkeit von 40%. Im Einklang mit dieser Vermutung konnten die Arbeitsgruppen um White (2003) und Gunderson (2011) eine Häufung von Schwierigkeiten im Bereich der Impulskontrolle sowie von BPS im familiären Umfeld von BPS-Betroffenen feststellen. Die Arbeitsgruppe sieht dies als Beweis für das Bestehen eines Clusters der Impulskontrollstörungen, dem Impulsivität als ein erblich bedingtes Merkmal zugrunde liegt. Auch Befunde von Silverman und seiner Arbeitsgruppe (1991) stützen die These. Sie fanden heraus, dass das Auftreten von impulsivem Verhalten unter Angehörigen von BPS-Betroffenen verglichen mit Verwandten von Patienten mit psychotischen oder andere Persönlichkeitsstörungen deutlich erhöht ist.

Es gilt heute als gesichert, dass Betroffene mit BPS eine verminderte Schmerzwahrnehmung aufweisen. Ludäscher et al. (2007) fanden bereits im entspannten Zustand eine reduzierte Schmerzsensitivität. Unter steigendem Stress und in Verbindung mit dissoziativem Erleben korreliert eine weitere Verminderung der Schmerzsensitivität, die neuronal mit Änderungen der Aktivität im anteriorem cingulärem Kortex und der Amygdala begleitet wird (Schmahl & Baumgärtner, 2015; Schmahl u. a., 2006).

Änderungen in verschiedenen Botenstoffsystemen ist bislang nur ansatzweise erforscht, da die methodische Herangehensweise als problematisch eingeschätzt wird und die Befunde zum Teil inkonsistent sind (Fleischhaker & Schulz, 2011). Fasst man unterschiedliche Studienbefunde zusammen, kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit auto- bzw. fremdaggressiven Verhalten und Impulsivität eine reduzierte serotonerge Aktivität zeigen (Dalley & Roiser, 2012; Hariri, Drabant, & Weinberger, 2006). Zudem konnte ein Zusammenhang von Suizidalität (Pandey, 2013) sowie affektiver Instabilität (Hoefgen u. a., 2005) und Veränderungen im serotonergen System festgestellt werden. Auch die positive Wirkung von selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern zur Stimmungsstabilisierung bei BPS liefert Hinweise auf die Beteiligung von Serotonin bei der BPS- Symptomatik (Bertolino u. a., 2005). Außerdem wird davon ausgegangen, dass eine verstärkte affektive Reagibilität mit erhöhter Aktivität des noradrenergen Neurotransmittersystems in Verbindung steht (Fleischhaker & Schulz, 2011).

### *3.1.6.3 Psychosoziale Faktoren*

Neben erblichen Einflüssen können auch psychosoziale Aspekte für die Entstehung der BPS verantwortlich gemacht werden. Eine Vielzahl an Studien verweist auf eine hohe Prävalenz an traumatischen Ereignissen bei BPS- Betroffenen. Nimmt man alle Arten von Missbrauch zusammen (emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch sowie

Vernachlässigung) sind bei 95% der BPS-Patienten traumatisierende Kindheitserfahrungen explorierbar (Sack, Sachsse, Overkamp, & Dulz, 2013; Yen u. a., 2002). Zahlreiche Untersuchungen belegten starke Zusammenhänge zwischen der BPS- Symptomatik und traumatisierenden Erfahrungen, weshalb die Klassifikation der BPS als Traumafolgestörung in der Vergangenheit immer wieder diskutiert wurde (Driessen u. a., 2002; Golier u. a., 2003; Kuritárné, 2005; Yen u. a., 2002; Zanarini, 2000).

Nach Shearer (1994) fungiert die Kombination aus körperlichem und sexuellen Missbrauch als negativer Prädiktor für das Auftreten von Dissoziation bei BPS-Betroffenen. Sexuelle Übergriffe treten in 14-75 % der Fälle auf (Sack u. a., 2013; Silk, Lee, Hill, & Lohr, 1995; Yen u. a., 2002; Zanarini & Frankenburg, 1997; Zanarini u. a., 2002), wobei sexueller Missbrauch als Prototyp der von Linehan (1993) dargestellten Invalidierung gilt. Daher werden von einigen Experten sexuelle Missbrauchserfahrungen als pathogenetische Grundlage der BPS diskutiert. Zanarini und Kollegen (1997) führen jedoch an, dass sexuelle Übergriffe weder notwendig noch hinreichend für die Pathogenese seien.

Ebenso spielen vermutlich emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung bei der Entstehung der BPS eine Rolle. Die Rate an körperlichem Missbrauch im Kindesalter liegt bei 17-65% (Draijer & Langeland, 1999; Sack u. a., 2013; Yen u. a., 2002), bei 7-92 % lag Vernachlässigung vor (Zanarini u. a., 2002; Sack u. a., 2013), in 82 % der Fälle wurde emotionaler Missbrauch berichtet (Sack u. a., 2013). Zanarini und Frankenburg (1997) fassten zusammen, dass bei 37- 64 % der BPS- Betroffenen ein Verlust von wichtigen Bezugspersonen oder lang andauernde Trennungen vorlagen. Weder bei affektiven noch bei psychotischen Erkrankungen oder anderen Persönlichkeitsstörungen lagen die Prozentraten so hoch. Zanarini und Frankenburg heben hervor, dass eine konfliktreiche Elternbeziehung spezifisch für die BPS sei. Ablehnung, Vernachlässigung und unberechenbares Verhalten durch die Bezugspersonen gelten als bedeutsame Risikofaktoren in der Pathogenese der BPS.

Übereinstimmend mit dem biosozialen Ätiologiemodell nach Linehan (1993), das die Bedeutung neurobiologischer Faktoren berücksichtigt, konnte festgestellt werden, dass frühe Traumatisierung einen Einfluss auf die Entwicklung verschiedener Gehirnregionen z.B. dem Hippocampus, des Präfrontalen Kortex, der Amygdala und der Vermis Cerebelli haben kann (Fleischhaker & Schulz, 2011; Pier, Marin, Wilsnack, & Goodman, 2016; Teicher u. a., 2003). Diese Areale stehen im Zusammenhang mit der aktiven Hemmung von Affekt und Verhalten (Depue u. a., 2014; Hege, Preissl, & Stingl, 2014; Nigg & Casey, 2005). Figueroa und Silk (1997) vermuten, dass die Hypersensibilität von BPS-

Patienten gegenüber Umweltstimuli v.a. in interpersonellen Situationen über noradrenerge Mechanismen vermittelt wird und diese Prozesse mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit in Verbindung stehen. Der Botenstoff Noradrenalin wird zudem mit Impulsivität in Zusammenhang gebracht (Bari & Robbins, 2013). Diese Befunde könnten Analysen von Trull (2001) erklären, die eine Korrelation von körperlichem und sexuellem Kindesmissbrauch mit dem Persönlichkeitsmerkmal der Impulsivität darlegen. Auch andere Forschergruppen gehen von traumatischen Erfahrungen als Nährboden für selbstverletzendes und impulsives Verhalten aus (Brausch & Holaday, 2015; Sansone, Gaither, & Songer, 2002).

Zusammenfassend stellten Lieb und Kollegen (2004) die beschriebenen Befunde in einem neurobehavioralen Modell dar (vgl. Abb. 3.3). Das Modell geht von einem multifaktoriellen Ansatz aus, der die Wirkung psychosozialer Komponenten (z.B. Traumata) und genetischer Faktoren für die Entwicklung von affektiver Fehlregulation und Impulsivität betont. Emotionale Dysregulation und impulsives Verhalten führt wiederum zu psychosozialen Konflikten. Emotionale Instabilität und Störungen der Impulskontrolle werden durch Lernprozesse verstärkt und aufrechterhalten.

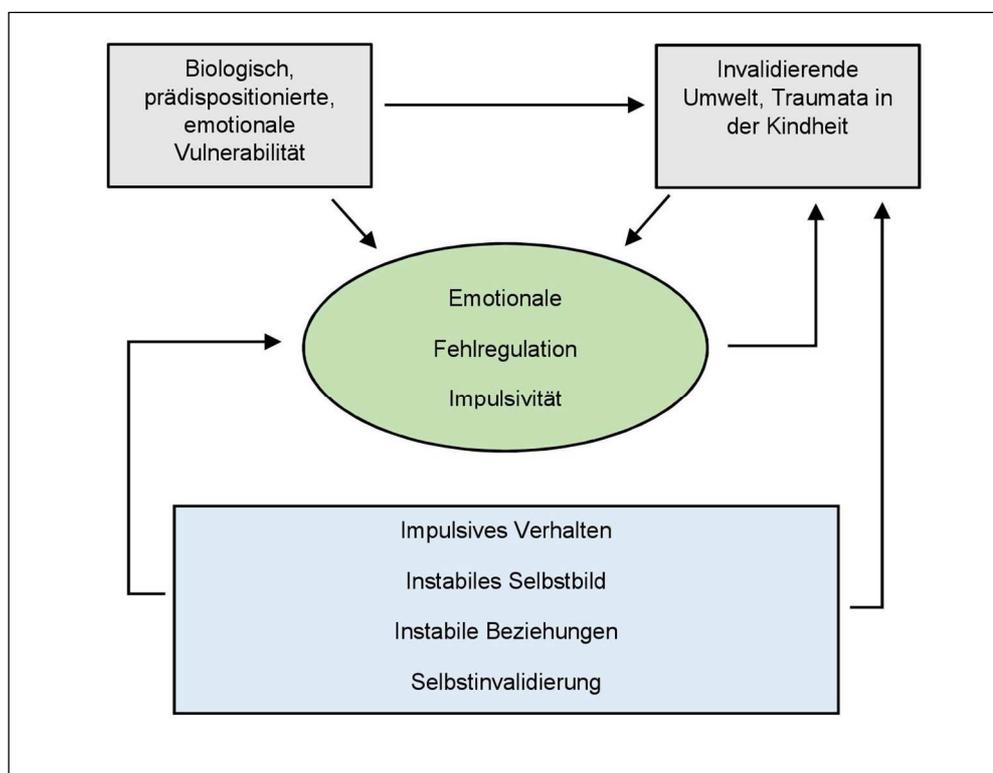


Abbildung 3.3 Neurobehaviorales Modell nach Lieb et al. 2004

### **3.1.7 Behandlungsmöglichkeiten**

#### *3.1.7.1 Die Pharmakotherapie bei BPS*

Aufgrund der häufigen krisenhaften Zuspitzungen werden oftmals Medikamente bei der Behandlung von BPS eingesetzt. So legen schwergradige depressive Episoden sowie Ängste, wiederholte Suizidalität, Selbstverletzung und vorübergehende paranoide Symptomatik eine medikamentöse Therapie nahe. Diese Akutsituationen sind in der evidenzbasierten Medizin Ausschlusskriterien für die Durchführung von kontrollierten Untersuchungen, sodass keine wissenschaftlich fundierten Therapieempfehlungen für diese Notfallsituationen existieren. Über 30 RCT-Therapiestudien wurden in den letzten Jahrzehnten zur medikamentösen Behandlung bei der BPS veröffentlicht. Diese Zahl ist zwar höher als bei anderen Persönlichkeitsstörungen, aber vernichtend gering, wenn man es mit anderen psychischen Störungen wie affektiven oder psychotischen Erkrankungen vergleicht. Somit bieten die im Folgenden dargestellten Psychopharmaka nur einen Überblick über eingesetzte Präparate, zur störungsspezifischen Therapie ist keines zugelassen. Das erste Mittel der Wahl stellt Psychotherapie dar (Lieb, Stoffers, & Dulz, 2014).

Forschungsergebnisse geben Grund zur Annahme, dass bei Persönlichkeitsstörungen ebenso wie bei anderen psychischen Erkrankungen eine Dysbalance im Neurotransmitterhaushalt besteht, die zusammen mit weiteren Faktoren für die Symptomatik verantwortlich gemacht werden kann. Den Behandlungsversuch mit Psychopharmaka rechtfertigen v.a. zwei Modelle:

Erstens kann Psychopharmakotherapie Einfluss auf störungsspezifische Merkmale der BPS haben. Symptome wie Dissoziation, Impulsivität oder emotionale Instabilität hängen mit biologischen Dispositionen zusammen, die wiederum in Verbindungen mit spezifischen Neurotransmittersystemen gebracht werden.

Zweitens beeinflussen Psychopharmaka mit der BPS einhergehende komorbide Achsel-I-Störungen. So soll nach den S-2 Leitlinien der DGPPN zu Persönlichkeitsstörungen eine begleitende depressive Episode mit antidepressiver Medikation behandelt werden. Nach Rückgang der komorbiden Symptomatik tritt ggf. die primäre Persönlichkeitsstörung wieder zu Tage, die anschließend weitere sozio- und psychotherapeutische Schritte erfordert. Lieb und Stoffers (2011) fassen in ihrem Übersichtsartikel die Evidenz aus 28 RCT-Studien systematisch zusammen. Im Folgenden soll ein Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten und die Evidenzlage gegeben werden.

Im Hinblick auf Antidepressiva stellten Lieb und Stoffers fest, dass es bezüglich der Reduktion der BPS- Symptomatik keine signifikanten Effekte gibt. Lediglich für das Trizyklikum Amitriptylin konnte ein mittlerer, signifikanter Wirkungseffekt bei komorbider Depressivität entdeckt werden. Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sowie weitere Antidepressiva sind ausschließlich zur Therapie von Begleiterkrankungen wie Zwangsstörungen, Depressionen o.ä. empfehlenswert. Da die Überdosierung (unter Umständen auch in suizidaler Absicht) zu akuten Vergiftungserscheinungen führen kann, ist bei der Gabe von Trizyklika besondere Vorsicht geboten.

Bei Stimmungsstabilisierern hingegen konnten positive Effekte im Hinblick auf BPS-assoziierte Symptome aber auch bei komorbider Psychopathologie gefunden werden. Valproinsäure und Topiramal besserten interpersonelle Probleme signifikant. Ebenso konnten die Wirksamkeit für Topiramal und Lamotrigin im Hinblick auf Impulsivität herausgestellt werden. Hochsignifikante Studienbefunde zeigten sich bei affektiven Symptomen, d.h. bei starker Wut (Valproinsäure, Topiramal, Lamotrigin), Depressivität (Valproinsäure) sowie Angst (Topiramal). Für letzteres Medikament berichteten die Probanden auch einen Rückgang der allgemeinen psychopathologischen Belastung. Für Carbamazepin konnte keine signifikante Wirksamkeit nachgewiesen werden. Lieb und Stoffers fassen zusammen, dass Stimmungsstabilisierer Impulsivität, Wut und interpersonelle Probleme vermindern und dann zum Einsatz gebracht werden können, wenn psychotherapeutische Maßnahmen nicht erfolgreich sind bzw. wenn eine Basis für die Entfaltung von psychotherapeutischen Interventionen geschaffen werden soll.

Zu Neuroleptika der ersten Generation liegen vor allem randomisierte kontrollierte Studien aus den 80er und 90er Jahren vor. Haloperidol zeigt positive Wirkung auf die Verminderung von ausgeprägter Wut, für Flupenthixol existieren Wirksamkeitsbelege hinsichtlich der Reduktion von impulsivem selbstschädigendem Verhalten. Antipsychotika der neuen Generation wie Olanzapin, Ziprasidon und Aripiprazol wurden in aktuelleren Wirksamkeitsstudien untersucht. Hier finden sich Belege für eine gute Wirksamkeit für Affektivität (Olanzapin: Wut, emotionale Instabilität, Aripiprazol: Wut), für affektive Begleitsymptomatik (Olanzapin: Angst, Aripiprazol: Angst und Depressivität) sowie für kognitiv-perzeptuelle Merkmale (Aripiprazol und Olanzapin bei paranoid- psychotischer Ausprägung). Aripiprazol erweist sich außerdem bei der Verbesserung interpersoneller Schwierigkeiten und Reduktion der psychopathologischen Belastung als signifikant wirksam. Hinsichtlich impulsiver Symptomatik fanden Lieb und Stoffers eine differenzierte Datenlage vor: Während von Olanzapin in fünf von sechs Untersuchungen eine Steigerung von impulsiver Selbstschädigung berichtet wurde, sinkt durch die Gabe von Ari-

piprazol die Impulsivität signifikant. Für Ziprasidon konnte indes keine Wirksamkeit belegt werden. Die Zusammenschau der Daten ergibt, dass angesichts der reduzierten Wirksamkeit und des ungünstigen Nebenwirkungsprofils Neuroleptika der ersten Generation zum Einsatz bei BPS nicht zu empfehlen sind. Aripiprazol hat sich in allen vier Symptomclustern der BPS (Emotion/ Emotionsregulation, Kognition/Denkstil, Wahrnehmung, Verhalten) sowie bei der Reduktion der allgemeinen psychischen Belastung als besonders wirksam erwiesen. Auch Olanzapin kann bezüglich der Verminderung von affektiven und psychotischen Krankheitszeichen empfohlen werden. Bei komorbiden psychotischen Erkrankungen und Pseudohalluzinationen sind generell aufgrund des besseren Nebenwirkungsprofils atypische Neuroleptika vorzuziehen.

Weitere randomisiert kontrollierte Studien liegen zu Omega-3-Fettsäuren (Eicosapentensäure E-EPA und Docosahexaensäure DHA) vor. Es gibt Hinweise darauf, dass die Einnahme von Omega-3- Fettsäuren eine Verminderung von selbstschädigenden Verhalten und komorbider Depressivität bewirkt.

Die Evidenzlage zur Polypharmazie ist noch unzureichend. Es konnte keine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung von Fluoxetin und Olanzapin gefunden werden. Wenngleich im Versorgungsalltag meistens mehrere Wirkstoffgruppen zum Einsatz kommen, gibt es kaum tragfähige Befunde für die Wirksamkeit der Kombinationsbehandlung im Vergleich zur einfachen Psychopharmakotherapie.

Benzodiazepine werden im Versorgungsalltag häufig in Krisensituationen und zur Kurzzeittherapie i.S. der Spannungsreduktion eingesetzt. Das erhebliche Abhängigkeitspotential, das mit der Benzodiazepineinnahme einhergeht, begrenzt den Einsatz und sollte unbedingt nur kurzfristig verschrieben werden (Lieb & Stoffers, 2011; Lieb u. a., 2014). Einen Überblick über die aktuelle Evidenzlage, aufgliedert nach Symptomgruppen, bietet Tabelle 3.1.

*Tabelle 3.1 Placebokontrollierte Wirksamkeitsbefunde von Pharmakotherapie bei Borderline-Störungen (Lieb & Stoffers, 2011, S. 64)*

	BPD- spezifische Pathologie				Allgemeine Pathologie
	Affektivität	Impulsivität	Interpersonelle Probleme	Kognitive Symptome	Depressivität, Angst, allgemeines Funktionsniveau, Gesamtschweregrad
<b>Klassische Neuroleptika</b>	++	+			
<b>Antipsychotika der 2. Generation</b>	++	++*	+	++	+
<b>Stimmungsstabilisierer</b>	++	++			++
<b>Antidepressiva</b>					+

+ belegt durch direkte Vergleiche mit randomisierten Kontrollgruppen  
 ++ belegt durch metaanalytische Zusammenfassung mehrerer Studien  
 \*signifikante Effekte im Sinne einer Zunahme von Suizidalität

### 3.1.7.2 Psychotherapeutische Verfahren

Bereits Stern hat 1938 beobachtet, dass Patienten mit BPS kaum auf psychoanalytische Behandlung ansprechen. Eine Therapie schien lange Zeit über das basale Krisenmanagement hinaus kaum etwas bewirken zu können, so wurden Betroffene lange als untherapierbar eingestuft (Fiedler & Herpertz, 2016). Mittlerweile wurden störungsspezifische Ansätze entwickelt, für vier manualisierte Therapieansätze liegen fundierte Nachweise über die Wirksamkeit vor (Zanarini, 2009). Zwei der Behandlungsformen fußen auf psychodynamischen Konzepten: die Mentalisierungsbasierte Therapie nach Bateman und Fonagy (2006) sowie die Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg (Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2015). Die anderen beiden Ansätze sind der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schule zuzuordnen: die Schematherapie nach Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2006) und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (2016).

Vertreter der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) sehen die Kernproblematik der BPS in einer Störung der Mentalisierungsfähigkeit. In der MBT wird das Verständnis für eigene Überzeugungen und Gedanken gefördert. Durch Mentalisierung soll es zudem gelingen, bei Mitmenschen jene emotionalen Prozesse zu erkennen, die Grundlage seines Verhaltens sind (Brockmann & Kirsch, 2010). Die MBT bei der BPS hat zum Ziel, die Fähigkeiten zum Perspektivenwechsel zu verbessern, eigene mentale Zustände und die der Beziehungspartner bewusst wahrzunehmen um die Affektregulation zu fördern (Aushalten von Affekten, Verhinderung von nicht reflektiertem, impulsivem Verhalten).

In einigen Studien konnte die Überlegenheit der MBT gegenüber der Standardbehandlung dargelegt werden (Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2009).

Kernberg entwickelte für Patienten mit BPS und Persönlichkeitsstörungen des B-Clusters die übertragungsfokussierte Psychotherapie (Kernberg, 2016). Ihr liegt die Annahme zu Grunde, dass unbewusste Aktualisierungen früherer pathologischer Beziehungserfahrungen die aktuellen, sich wiederholenden destruktiven Beziehungs- und Verhaltensmuster bewirken. Im therapeutischen Prozess soll eine Änderung der innerpsychischen Struktur durch die Loslösung der internalisierten Objektbeziehungen und den Einbezug der abgespaltenen Objekt- und Selbstrepräsentanzen bewirkt werden (Dammann, Buchheim, Clarkin, & Kernberg, 2000; Yeomans & Diamond, 2010).

Im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie wurden beachtliche Ergebnisse zur Überlegenheit der Dialektisch- Behaviouralen Therapie (DBT) nach Linehan gegenüber einer störungsunspezifischen Psychotherapiebehandlung von BPS- Patienten publiziert (Burmeister u. a., 2014; Linehan u. a., 2015). Die Grundlage der von Linehan entwickelten DBT ist die Biosoziale Theorie der BPS (vgl. Kap. 3.1.6.1). Diese nimmt als Ursache für die Entwicklung einer BPS eine Wechselwirkung einer biologisch bedingten Prädisposition i.S. einer Überaktivität des affektregulierenden Systems und einer unzureichenden Passung zwischen dem elterlichen Erziehungsstil und den Bedürfnissen sowie Emotionen des Kindes an. Ziele der DBT sind die Vermittlung von Achtsamkeit, Verbesserung der Affektregulation, Erhöhung der Stresstoleranz sowie Erweiterung der sozialen Kompetenzen, wodurch dysfunktionales Verhalten durch Training und Reflexion minimiert werden soll (Bohus, 2018).

Als Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie wird die Schematherapie nach Young mittlerweile häufig zur Behandlung von BPS eingesetzt. Im Schemamodell wird davon ausgegangen, dass frustrierte oder unerfüllte Bedürfnisse in der Kindheit die Ausbildung maladaptiver Schemata (Kognitionen, Erinnerungen, Emotionen sowie Körperempfindungen) im Hinblick auf die eigene Person und die Umwelt begünstigen. Übergeordnete Ziele sind es, beim Patienten ein Bewusstsein für frühe unerfüllte Bedürfnisse und der daraus entstandenen Schemata zu schaffen sowie ein Verständnis zu generieren, inwiefern diese Erfahrungen aktuelle Schwierigkeiten und Leidensdruck verursachen. Mittels emotionsaktivierender, kognitiver und verhaltenstherapeutischer Methoden wird der Patient dabei unterstützt, aktuelle Bedürfnisse in seinem derzeitigen Leben besser wahrzunehmen und diesen nachzukommen (Jacob, Bernstein, Lieb, & Arntz, 2009).

Es gibt Belege für die positiven Effekte von psychotherapeutischen Interventionen bei der BPS (Stoffers u. a., 2012). Verglichen mit unspezifischen Verfahren gelten störungsspezifische Konzepte als überlegen. Die DBT ist dabei das am intensivsten untersuchte Verfahren, gefolgt von MBT, TFP und Schematherapie. Stoffers und Kollegen (2012) haben 28 Studien zu psychotherapeutischen Verfahren bei BPS-Patienten mit insgesamt 1804 Probanden betrachtet und fassten zusammen, dass Psychotherapie eine fundamental wichtige Rolle in der Behandlung von BPS-Patienten spielt, jedoch eine bessere Evidenzlage wünschenswert ist und Replikationsstudien durch unabhängige Arbeitsgruppen von Nöten sind.

### **3.2 Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen**

Schon 1809 Philippe Pinel machte mit der Beschreibung „manie sans delire“ eine Unterscheidung zwischen Psychotikern und Psychopathen (der Begriff der „Psychopathie“ wird heute unter dem Begriff Persönlichkeitsstörung zusammengefasst). Das Konzept der „Persönlichkeitsstörung“ besteht demnach schon lange und wurde dementsprechend umfangreich wissenschaftlich betrachtet. Bezüglich des Persönlichkeitsstörungskonzeptes gab es stets heftige Kontroversen und auch heute liegt noch kein einheitliches Verständnis vor. So gelten die gängigen Klassifikationssysteme zur Persönlichkeitsstörungsdiagnostik aufgrund theoretischer und methodischer Schwierigkeiten als unzureichend. Die im DSM-IV kategoriale Diagnostik wurde im DSM-V unverändert beibehalten, wenngleich viele Experten eine Änderung der kategorialen Sichtweise der Persönlichkeit hin zu einer dimensional Betrachtungsweise fordern.

Da Demoralisierung, Stigmatisierung oder die Störung der therapeutischen Allianz befürchtet wird, stellen einige Fachleute sogar in Frage, ob ein Betroffener über die Diagnose der Persönlichkeitsstörung aufgeklärt werden soll. Vor diesem Hintergrund wundert es kaum, dass nur wenige Psychoedukationskonzepte zur Persönlichkeitsstörung ausgearbeitet wurden und zum Einsatz kommen (Schmitz, 2011; Schmitz, 2016). Rentrop et al. (2007) unterstreichen, dass psychoedukative Gruppen über Persönlichkeitsstörungen vor allem aufgrund der diagnostischen Breite diffizil sind. Derzeit existieren zwei Konzepte für Betroffene mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen. Die Arbeitsgruppe von Schmitz und Kollegen hat ein kompetenzorientiertes Programm für Personen mit unflexiblen Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt. D'Silva und Duggan (2002) haben ein Programm für die Einzeltherapie entwickelt, das 2006 von Banerjee und Kollegen modifiziert wurde. Während Persönlichkeitsstörungsübergreifende Informationsprogramme noch sehr rar sind, wird Psychoedukation bei der BPS bereits umfangreich eingesetzt. Im Kontext der stationären dialektisch-behavioralen

Therapie (DBT) nach Linehan kommen psychoedukative Elemente zum Einsatz. Im 12-wöchigen stationären Programm wird in der ersten Behandlungsphase ein sog. „Basisgruppe“ durchgeführt, die psychoedukative Elemente beinhaltet (Bohus, 2002). Das stationäre DBT Programm lässt sich allerdings nur schwer in ein ambulantes Versorgungssetting übertragen. Gunia (2006) hat ein ambulantes Fertigkeitentraining mit der Dauer von ein bis zwei Jahren entwickelt. Rentrop et al. sehen psychoedukative Gruppen in der ambulanten Therapielandschaft am ehesten im Rahmen eines therapeutischen Netzwerks aus niedergelassenen Therapeuten und Instituts- und Klinikambulanzen umsetzbar (Rentrop u. a., 2007).

### **3.3 Wissenschaftliche Evidenz**

Wie in Kap 2.5 dargestellt, liegen zahlreiche Wirksamkeitsstudien zu diversen psychischen Erkrankungen vor. So gilt die positive Wirksamkeit von Psychoedukation z.B. bei schizophrenen und affektiven Störungen als umfangreich belegt. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen ist die Datenlage aufgrund mangelnder psychoedukativer Konzepte und Evaluation noch dünn. Weltweit existieren zwei Studien von Zanarini und Mitarbeitern, die Hinweise auf die Wirksamkeit von Psychoedukation bei BPS liefern. Die randomisiert-kontrollierte Untersuchung von 2008 stellte heraus, dass eine psychoedukative Gruppenintervention eine Verbesserung von charakteristischen Schwierigkeiten der BPS bewirkt. Im Vergleich zur Wartelisten- Kontrollgruppe reduzierte sich die Impulsivität und die dysfunktionale Beziehungsgestaltung (Zanarini & Frankenburg, 2008). Eine weitere Studie aus dem Jahr 2017 untersuchte die Wirkung von internetbasierter Psychoedukation bei BPS. Die Erhebungszeitpunkte teilten sich in eine Akutphase während der Intervention (Woche 1-12) und eine Erhaltungsphase nach der Intervention (nach 6, 9 und 12 Monaten) auf. Innerhalb der Akutphase konnte eine Verringerung der Impulsivität sowie die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus festgestellt werden. In der Erhaltungsphase wurden Veränderungen in allen vier psychopathologischen Problembereichen der BPS gefunden: Bei der Interventionsgruppe verbesserten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe affektive Instabilität, kognitive Störungen, Impulsivität und interpersonelle Schwierigkeiten. Beide Untersuchungen legen nahe, dass Psychoedukation als frühe Basisintervention die Symptomschwere zumindest mittelfristig (min. ein Jahr) reduzieren kann.

### **3.4 Ziele der Psychoedukation bei BPS**

Analog zu anderen störungsspezifischen Psychoedukationskonzepten versteht sich die Psychoedukation bei BPS als Basismodul der Psychotherapie und hat Wissensvermitt-

lung, Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzepts, Stärkung des Empowerments sowie Erhöhung der Compliance zum Ziel. Dennoch setzt sich die Psychoedukation bei BPS im Hinblick auf einige Zielaspekte von anderen Störungsbildern ab. Im Gegensatz zu beispielsweise Schizophrenieerkrankungen bedeutet Compliance nicht die Förderung der langfristigen Behandlungsbereitschaft im Hinblick auf die Medikation, sondern vielmehr die Inanspruchnahme einer kontinuierlichen Psychotherapie. In Bezug auf die pharmakologische Behandlung, soll Basiswissen vermittelt werden, das Betroffene zur kompetenten Mitentscheidung bezüglich der medikamentösen Optionen befähigt und eine Diskussion mit den Behandlern „auf Augenhöhe“ ermöglicht. Im Vergleich zu affektiven und psychotischen Störungen ergibt sich bei der BPS ein anderer Krankheitsverlauf. Affektive Erkrankungen und die Schizophrenie nehmen meist einen episodischen Verlauf, das heißt, sie sind zeitlich begrenzt mit Phasen der Symptombefreiheit. Die BPS-Symptomatik hingegen persistiert mit krisenhaften Zuspitzungen. Für die Betroffenen bedeutet dies eine fortwährende Belastung und auch kontinuierliche Probleme in der Lebensführung. So müssen psychoedukative Interventionen bei BPS die Einsicht in eine zeitintensive und mühsame Beschäftigung mit den psychischen Schwierigkeiten im Rahmen der Therapie fördern und zugleich Hoffnung wecken. Psychoedukation soll darauf abzielen, demoralisierende Fehlinformationen zur Störung und der Prognose zu korrigieren sowie Ängste bezüglich der Therapie zu reduzieren (Rentrop & Reicherzer, 2016; Rentrop u. a., 2007)

#### 4. Das psychoedukative Konzept nach Rentrop, Reicherzer und Bäuml

Derzeit liegt in Deutschland lediglich das in der vorliegenden Arbeit untersuchte manualisierte Konzept nach Rentrop u. a. (2007) zur Psychoedukation bei BPS vor. Im Kapitel 4 folgt eine theoretische Einführung in das Programm „Psychoedukation Borderline-Störung“- Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen“. Es besteht aus 10 Gruppensitzungen, die im Rahmen von Einzelsitzungen, einer stationären oder ambulanten Gruppentherapie erfolgen können. Das in dieser Arbeit evaluierte Programm wurde im ambulanten Gruppensetting realisiert. Dabei wird das Programm als Basismodul im Kontext eines umfassenden Gesamtbehandlungskonzeptes betrachtet (vgl. Abb. 4.1). Idealerweise hilft die Informationsgruppe dem Therapeuten und dem Betroffenen bei der Entscheidungsfindung bzgl. der nächsten Behandlungsschritte – und verfahren (Rentrop & Reicherzer, 2016).

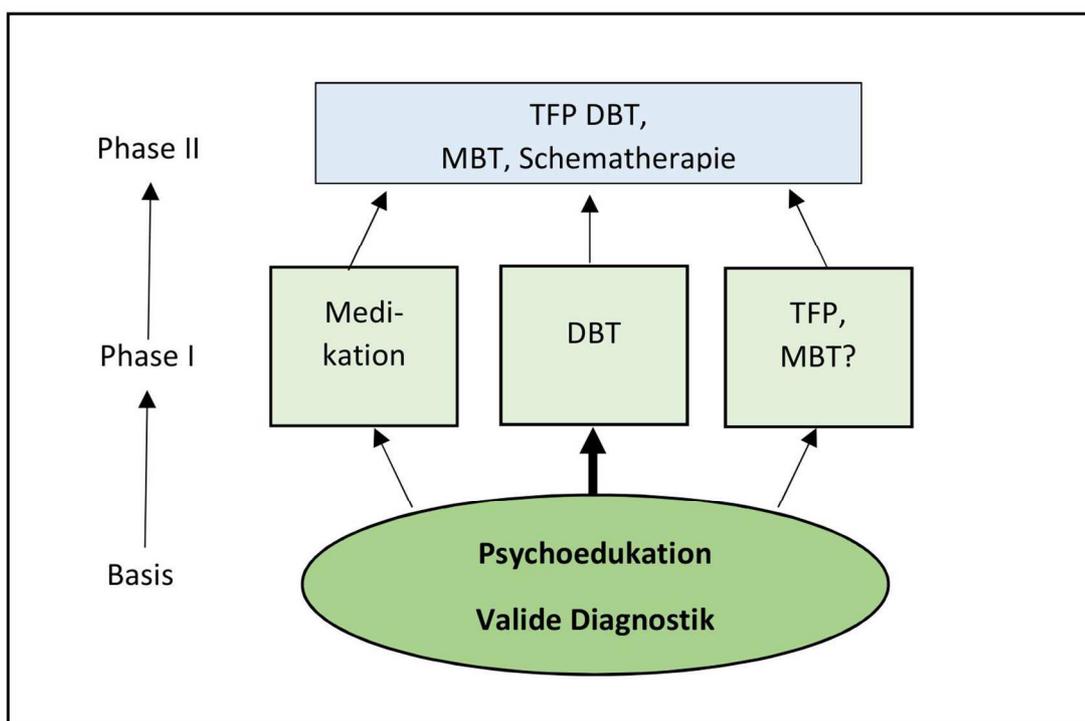


Abbildung 4.1 Psychoedukation und Therapie: Phase I der Behandlung meint eine Situation, in der selbstschädigendes Verhalten und suizidales Verhalten noch eine Bedeutung haben, Phase II die Therapie nach Überwindung schwer destruktiven Verhaltens (Rentrop & Reicherzer, 2016 S. 415)

#### 4.1 Kriterien der Gruppenteilnahme

In Kapitel 2 und 3 wurden Aspekte dargelegt, aus welchen Gründen Personen mit BPS von psychoedukativen Interventionen profitieren können. Dennoch kann die Teilnahme an der Informationsgruppe für manche Patienten kontraindiziert sein. Voraussetzung für die Teilnahme ist Freiwilligkeit und die Information des Patienten durch den Behandler über die Diagnose. Mangelnde Deutschkenntnisse und verminderte Intelligenz gelten als Ausschlusskriterien. Neben den allgemeinen Bedingungen müssen aber auch individuelle Voraussetzungen geprüft werden. So sollten Gruppenteilnehmer über ausreichende psychische Stabilität im Hinblick auf Komorbiditäten (v.a. dissoziative Störungen und psychotisches Erleben) und weitgehend über Steuerungsfähigkeit bzgl. der Impulsivität und Frustrationstoleranz verfügen. Sie sollten gruppenfähig, d.h. für die Dauer der Sitzung in der Gruppe verbleiben können, sowie krisen- und suizidpaktfähig sein (Rentrop & Reicherzer, 2016).

Auf Therapeutenseite ist die Kenntnis über die Zielsetzung psychoedukativer Interventionen sowie Fachwissen über das Störungsbild der BPS und eine begonnene (verhaltenstherapeutische) Ausbildung vorauszusetzen. Bei der BPS mit heterogener Symptomatik und Komorbiditäten muss der Therapeut über eine breite Kenntnis bezüglich Symptomen, Verlauf, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten verfügen. Gegebenenfalls muss mehr als bei anderen Erkrankungsbildern mit einer größeren Variabilität des Informationsstands und der Schweregradausprägung gerechnet werden. Neben einer humanistischen Grundhaltung und gesprächspsychotherapeutischen Techniken (vgl. Kap. 2.4) ist die Kenntnis über verhaltenstherapeutische Gesprächstechniken notwendig. So muss der Therapeut moderierend fungieren, u.a. Gespräche strukturieren, verstärken, aktiv zu Beiträgen auffordern und Redezeit eingrenzen. Da die Arbeit mit BPS-Patienten oftmals als sehr belastend wahrgenommen wird, sollte zudem die Möglichkeit zur Super- und Intevision gegeben sein. An der Seite des Haupttherapeuten steht zudem ein Ko-Therapeut, der das Geschehen in der Gruppe überwacht, wenn sich der Gruppenleiter dem Informationsteil widmet. Konkret beteiligt sich der Ko-Therapeut aktiv oder schreitet ein, wenn beispielsweise Wortmeldungen eines Gruppenteilnehmers übersehen werden. Zudem unterstützt und begleitet der Ko-Therapeut, wenn Gruppenmitglieder überfordert sind oder z.B. starke Anspannungszustände entstehen. Daher ist psychotherapeutisches Basiswissen Grundvoraussetzung für den Einsatz des Ko-Therapeuten (Berninger, Pitschel-Walz, & Bäuml, 2016; Rentrop & Reicherzer, 2016).

## 4.2 Therapeutischer Rahmen

Die komplexe Symptomatik und tiefverankerte, dysfunktionale Verhaltensmuster erfordern eine intensive Therapie, sodass ein psychoedukatives Programm für BPS alleine nicht ausreichend ist. So gilt Psychoedukation nicht als konventionelle Gruppentherapie, sondern stellt, eingebettet in einen übergeordneten therapeutischen Kontext, das gemeinsame Ergründen der Störung in den Vordergrund. Aus sozialpsychologischer Sicht formieren sich Gruppen immer dann, „wenn Individuen zu der Einschätzung gelangen, dass sie ihre Ziele gemeinsam mit andern eher erreichen können, als es ihnen alleine möglich wäre“ (Marwitz, 2016, S.41) Für das gemeinsame Ziel, das gemeinschaftliche Erarbeiten von Informationen, soll sich jeder Teilnehmer mit seinen individuellen Kenntnissen und Erfahrungen einbringen. Damit dies möglich gemacht werden kann, sind transparente Rahmenbedingungen und Regeln nötig (Rentrop & Reicherzer, 2016). Darüber hinaus kann die Vermittlung von Gruppenregeln in der ersten Sitzung Ängste reduzieren. In der sog. „Gründungsphase“ („forming“) hilft eine „sicherheitsspendende Struktur“ aus gruppensystemischer Sicht Unsicherheiten aufzufangen und ermöglicht der Gruppe, sich „nach außen abzugrenzen und nach innen zu finden“ (Stahl, 2002, S.67). Rentrop et al. (2016, S. 409) formulierten folgende Vereinbarungen:

- Verpflichtung zur Teilnahme
- Informationen, die innerhalb der Gruppe ausgetauscht werden, sind streng vertraulich zu behandeln
- Jeder soll zu Wort kommen, es gibt dabei kein „richtig“ oder „falsch“
- Teilnehmer bewerten sich nicht gegenseitig und akzeptieren die Grenzen der Anderen, auch wenn diese von den eigenen Grenzen abweichen,
- Wer sich durch die Gruppensituation zu stark belastet fühlt, darf die Sitzung unterbrechen und soll ein Signal geben, ob er eine Begleitperson (Ko-Therapeut) braucht,
- Teilnehmer verpflichten sich zur Zurückhaltung bzgl. suizidaler Kommunikation; wer von Suizidplänen eines Mitpatienten erfährt, hilft, den Suizid zu verhindern,
- Bestimmte Themen, z.B. Traumaerfahrungen, überschreiten den Rahmen der Gruppe und sind der Einzeltherapie vorbehalten.

In der ersten Sitzung werden die Gruppenregeln mit den Teilnehmern definiert und ggf. durch individuelle Regeln der Patienten ergänzt. Jede Sitzung nimmt eine bestimmte Thematik in den Fokus und folgt einer klaren Struktur. Dennoch haben „Störungen Vorrang“, aktuelle Schwierigkeiten oder Fragen werden prioritär behandelt.

### 4.3 Psychotherapeutische Wirkfaktoren und Strategien

Die Wirksamkeit von Gruppentherapien konnte bereits umfänglich belegt werden (für eine umfassende Übersicht von Effektivitätsnachweisen vgl. Strauß & Burlingame, 2012) und so stellt sich die Frage, welche Mechanismen Gruppentherapie wirksam machen. 1955 haben sich Corsini und Rosenberg erstmals mit dieser Frage befasst und therapeutische Wirkfaktoren der Gruppe definiert. Yalom griff diese in seinem Standardwerk „Theorie und Praxis der Gruppentherapie“ (Yalom, 1970; Yalom, 2007) auf und ergänzte das Konzept um drei weitere Faktoren. Auf einige dieser insgesamt 12 Wirkfaktoren soll im Folgenden näher eingegangen und ihre besondere Bedeutung in der Psychoedukation bei BPS herausgestellt werden (für eine umfassende Übersicht aller Wirkfaktoren vgl. Marwitz, 2016, S.54 ff).

*Hoffnung wecken:* Einerseits ist es zu Beginn der Gruppentherapie wichtig, die Überzeugung zu wecken, dass das Therapiekonzept hilfreich ist. Es müssen günstige Ausgangsbedingungen geschaffen werden, um den Patienten zum Verbleib in der Gruppe zu bewegen bis weitere Faktoren greifen. Dies kann z.B. durch eine ausführliche Aufklärung über die psychoedukative Gruppe (Methode, Struktur, Beseitigung von Vorurteilen) ermöglicht werden. Andererseits kann das Miterleben der therapeutischen Fortschritte anderer Teilnehmer ermutigend wirken.

*Universalität des Leidens:* Gemeint ist damit die Erkenntnis „Wir sitzen alle im selben Boot“ (Yalom, 2007, S.113). Zu Behandlungsbeginn erleben die Patienten Entlastung, wenn sie feststellen, dass auch andere Teilnehmer ähnliche Probleme und Schwierigkeiten berichten. Da sich Betroffene mit BPS aufgrund ihrer Störung häufig sozial zurückziehen und isoliert leben, kann das Gefühl von Nähe und Verbundenheit sowie und die Feststellung, kein „Sonderling“ zu sein, erleichternd sein.

*Altruismus:* Durch gegenseitige Unterstützung, Verständnis und Rat intensiviert sich das Gefühl, gebraucht zu werden. Während die Therapeuten häufig als „bezahlte Experten“ wahrgenommen werden, werden Hilfestellungen von Mitpatienten oft eher angenommen. Prosoziales Verhalten fördert häufig die Selbstachtung und das Erleben von Selbstwirksamkeit, was sich bei BPS-Patienten nicht nur im Allgemeinen positiv auf das Selbstbild, sondern auch auf eine bisher dysfunktional gestaltete Beziehungsgestaltung auswirken kann.

*Anleitung:* Als bestimmendes Element der Psychoedukation gilt die Informationsvermittlung und Schaffung eines geschützten strukturellen Rahmens. Anleitung in Form von

spezifischen und detaillierten Expertenempfehlungen wird v.a. in psychoedukativen Gruppen als hilfreich erlebt.

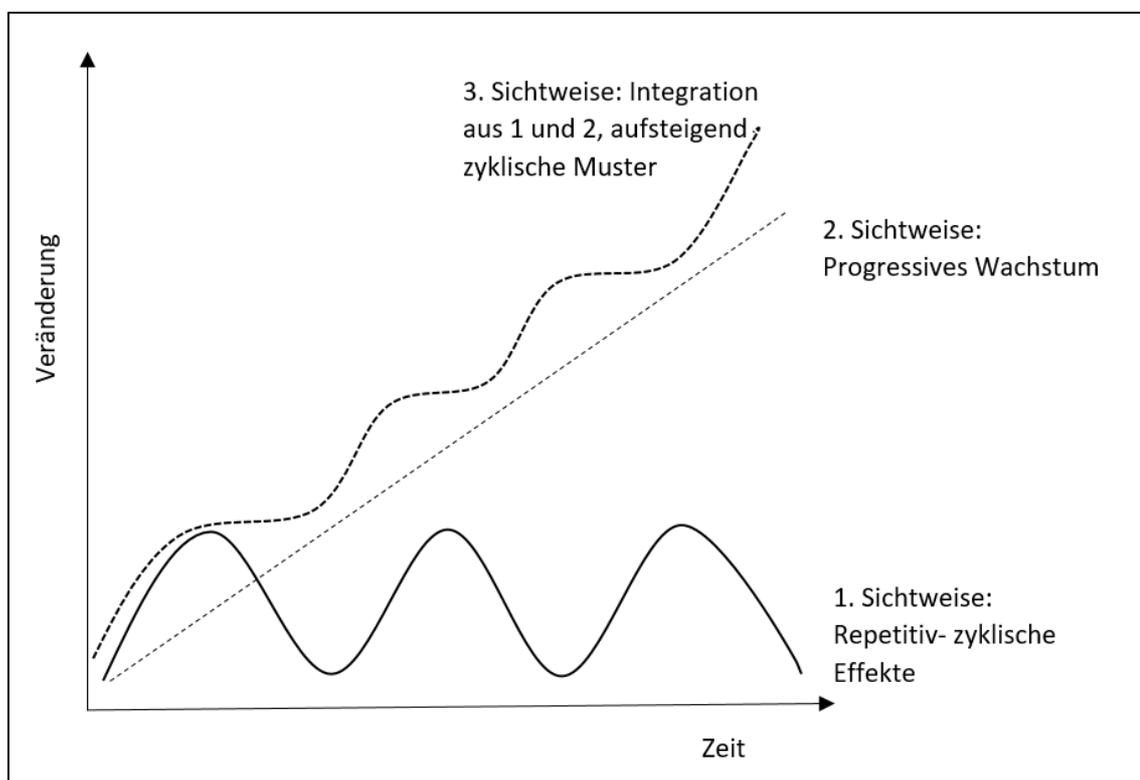
*Interpersonelles Lernen:* Vor allem bei Patienten, denen es an stabilen Beziehungen fehlt, können Gruppenerfahrungen behilflich sein, soziale Umgangsfertigkeiten zu üben. Gerade Betroffene mit BPS haben Beziehungserfahrungen gemacht, die von Abwertung und Invalidierung geprägt sind. Im Kontakt mit dem Therapeuten erleben sie Beziehungsgestaltung, die durch Validierung und Wertschätzung gekennzeichnet ist. Rentrop et al. (2007) betonen zwar, dass ein ausführliches Training von zwischenmenschlichen Fertigkeiten wie z.B. in der DBT oder im Sozialen- Kompetenz-Training in der Informationsgruppe nicht durchgeführt wird, Lernen am Modell und Anleitung durch den Therapeuten (z.B. distanzierte, wertfreie Grundhaltung) können jedoch die Kommunikation untereinander und mit den Angehörigen verbessern.

*Gruppenkohäsion:* Hinter dem Begriff der „Kohäsion“ verbirgt sich ein facettenreiches Konstrukt. Faktoren wie Vertrauen, Offenheit, Arbeitshaltung und Gruppenklima spielen hierfür eine Rolle. Für den Gruppenzusammenhalt sind ein Zugehörigkeitsgefühl, Akzeptanz und eine unterstützende, annehmende Haltung hilfreich. Um eine gute Basis für Gruppenzusammenhalt zu schaffen, ist bei Betroffenen mit BPS eine konstruktive Kommunikation nötig. Rentrop und Kollegen (2007) unterstreichen hier die wichtige Rolle von Humor bei emotional vulnerablen Themen und angespannten Gruppensituationen, um eine stressarme, unverkrampfte und gelöste Atomsphäre zu schaffen. Eigene Schwächen und Fehler mit einem „Augenzwinkern“ zu betrachten ermöglicht eine authentische Begegnung auf Augenhöhe und intensiviert die Kohäsion.

#### **4.4 Phasen der Gruppenpsychotherapie**

Die im vorausgehenden Kapitel dargestellten gruppentherapeutischen Wirkfaktoren werden in unterschiedlichen Therapiephasen und zeitlich aufeinanderfolgend wirksam. Die Fachliteratur hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit diesen zeitlichen Veränderungsprozessen in Gruppen vertieft auseinandergesetzt (Zoubek, 2013). So haben sich zahlreiche Gruppentheorien entwickelt, die davon ausgehen, dass die Entwicklung in Gruppen in unterschiedliche Phasen und Abschnitte differenzierbar ist (Brabender, Smolar, & Fallon, 2004; Jacobs, Masson, & Harvill, 1998; Marwitz, 2016; Tuckman & Jensen, 1977; Yalom, 2007). Angelehnt an entwicklungspsychologische Modelle kann von linear-progressiven Verläufen mit zunehmender Reifung und sukzessiver Vertiefung des Erlebens ausgegangen werden (Mennecke, Hoffer, & Wynne, 1992; Zoubek, 2013). MacKenzie (1994, S. 257 ff.) fasst in seinem Buchkapitel zu Gruppenprozessen drei Sichtweisen zur

Gruppenentwicklung zusammen. Einige Forscher gehen von repetitiv-zyklischen Verläufen aus, andere vermuten voranschreitende Entwicklungsprozesse. Die meisten Wissenschaftler sind sich einig, dass unterschiedliche Aspekte der Gruppentherapieprozesse in ihrer Intensität im Verlauf zunehmen. So steigt z.B. die Intimität und Kohäsion in der Gruppe über die Zeit an. Die dritte Sichtweise stellt in einer integrativen Perspektive eine Verbindung beider Muster dar, die empirische Befunde verschiedener Untersuchungen zusammenfasst (vgl. Abb. 4.2). Das integrative Modell unterstützt die Annahme, dass Gruppenprozesse stetig und vorhersagbar ablaufen, vergleichbare Verläufe bei allen Gruppentherapien zu finden sind und verschiedene Aspekte der Gruppenentwicklung in ihrer Intensität zunehmen (MacKenzie, 2001).



*Abbildung 4.2 Darstellung eines theoretischen Entwicklungsprozess in Gruppentherapien mit wiederholt-zyklischen und progressiv-linearen Verläufen zusammengefasst nach MacKenzie, 1994, S. 257 ff.*

Es existieren derzeit keine spezifischen Erkenntnisse zu Phasenkonzepten bei psychoedukativen Gruppen. Studien zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien konnten jedoch zeigen, dass es zu einem Anstieg an Kohäsion und Wohlbefinden kommt und Gehemmtheit zunehmend abnimmt. Lernerfahrung und Wissen nehmen in den ersten Sitzungen zu und verbleiben dann auf einem Plateau, sodass mit dem Patienten auf einem hohen Niveau weitergearbeitet werden kann. Hoffart und Kollegen

(2009) widmeten sich der Frage nach den Veränderungsprozessen von Wirkfaktoren bei kognitiv-verhaltenstherapeutischen und interpersonellen Einzeltherapien. Sie konnten eine lineare Steigerung der therapeutischen Allianz nach Einschätzung der Therapeuten feststellen. Die Beurteilung der Therapeuten hinsichtlich der Empathie und Allianz konnte in der Studie als Prädiktor für Symptomverbesserung identifiziert werden (Zoubek, 2013).

Trotz unterschiedlicher Modelle, konnten in der Gruppentherapieforschung etwa drei bis fünf Phasen festgestellt werden. Nachfolgend wird auf das Phasenmodell von Howard, Lueger, Maling, & Martinovich (1993) eingegangen werden:

1. *Remoralisierungsphase* (Anfangsphase, „forming“): zentral ist hier die Verbesserung des Wohlbefindens. Anfangs empfinden Gruppenteilnehmer Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Es besteht ein Leidensdruck aufgrund negativer Emotionen und Patienten sind demoralisiert, da sie weder eigenen noch den Erwartungen anderer gerecht werden können und in der Vergangenheit bei dem Versuch der Problembewältigung scheiterten. Die Erklärungen zu Ursachen und zur Symptomatik wirken entlastend und bewirken positive Emotionen sowie Hoffnung auf Besserung und somit Verminderung von Demoralisierung. Teilnehmer fühlen sich durch Ressourcenaktivierung ermutigt, der Herausforderung für die Problembewältigung zu stellen.
2. *Remediationsphase* (Phase der Auseinandersetzung, „norming and storming“): Im Vordergrund steht hier die Symptomverbesserung. Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen werden identifiziert und konfrontiert. In der Psychoedukation beginnt eine intensiviertere Auseinandersetzung mit der Problematik. Die Aufmerksamkeitslenkung auf negative Aspekte führt zu einer kurzfristigen Destabilisierung, da eine Diskrepanz zwischen Erwartungshaltung und aktuellen Erfahrungen entsteht. Die destabilisierende Wirkung soll durch aktive Integration der Änderung der Verhaltens- und Denkmuster in das Selbstregulationssystem reduziert werden.
3. *Rehabilitationsphase* (Vertiefung der Kohäsion/ Selbstständigkeit, „performing and adjourning“): Diese Phase zeichnet sich durch die vermehrte Einbettung in das soziale Umfeld aus. Erlerntes wird gefestigt und trainiert, in der Psychoedukation geschieht dies z.B. durch regelmäßige Wiederholung und stetigen Abruf bereits behandelter

Themen. Durch Ressourcenfokussierung wird Problembewältigung stabilisiert, Fortschritte gewürdigt und ein Transfer der Bewältigungsstrategien auf weitere Lebenssituationen bzw. Themen angeregt.

## **4.5 Durchführung und Struktur der Gruppensitzungen**

### **4.5.1 Eröffnungsrunde**

In Psychoedukationsgruppen zu anderen Störungsbildern hat sich zu Beginn der Sitzungen eine kurze „Blitzlichtrunde“ zum aktuellen Befinden bewährt. Bei Personen mit BPS sollte diese Eingangstechnik eher vermieden werden, da bei einer Gruppe von BPS-Patienten ein sich aufschaukelnder Prozess negativer Befindlichkeitsäußerungen zu erwarten ist. So werden Achtsamkeitsübungen oder die Sammlung von positiven Erlebnissen als alternative Methoden in der Eröffnungsrunde empfohlen (Rentrop u. a., 2007). Als unterstützendes Element in der Gruppe können solche Achtsamkeitsübungen dienen, bei denen es keine ausführliche Erörterung der Gesamtphilosophie der Achtsamkeit bedarf. Eine Auswahl an Übungen sind dem Manual von Rentrop und Kollegen zu entnehmen. Die Autoren schlagen z.B. Übungen zum „achtsamen Hören“ (2 Minuten konzentriertes Hören mit Fokus auf der Beschreibung, nicht jedoch auf der Bewertung des Wahrgenommenen) oder „Gedanken-Flickflacks“ (Gruppenübung zur Fortsetzung einer Gedankenkette bzgl. eines bestimmten Buchstabens im Alphabet, z.B. Vornamen mit B, Städte nach dem Alphabet) vor. Um einen Perspektivenwechsel weg von negativen Wahrnehmungen hin zu positiven Aspekten des Lebens zu ermöglichen, kann eine Fokussierung auf positive Ereignisse der letzten Woche gelegt werden. Hier fungieren die Therapeuten als Modell, in dem sie von eigenen positiven Erfahrungen berichten und das Augenmerk auf „die kleinen Dinge des Lebens“ lenken. Als Eingangsfrage empfehlen die Autoren beispielsweise: „Was ist Ihnen in der letzten Woche gut gelungen?“.

### **4.5.2 Phase der Informationsvermittlung**

Im Hinblick auf organisatorische und didaktische Aspekte unterstreichen Bäuml und Pitschel-Walz (2016b) im Handbuch für Psychoedukation den interaktiven Charakter der Informationsvermittlung. Zentral ist dabei eine „anschauliche, laiengerechte und gut verständliche Sprache im Sinne eines „Dolmetschens“ der „fachchinesischen“ Fakten“ (S. 51).

#### **4.5.2.1 Wiederholung**

Zu Beginn jeder Sitzung wird in ca. 5-10 Minuten das Thema der letzten Stunde wiederholt. Dies dient der Vertiefung der Inhalte, aber auch der Erleichterung des Einstiegs für Teilnehmer, die die letzte Sitzung versäumt haben. Dabei sollte die Wiederholung als

Zusammentragen und gemeinsames Erarbeiten der Inhalte gestaltet und vermieden werden, dass nur der Gruppentherapeut im Vortragsstil informiert. Eingesetzte psychotherapeutische Techniken wie Löschung von abträglichen, ungünstigen Kommentaren oder Verstärkung von hilfreichen Beiträgen werden in Kapitel 2.4 erläutert. Bei der Wiederholung ist es sinnvoll, Teilnehmer wechselnd anzusprechen, damit alle aus Paritätsgründen gleichermaßen zum Zuge kommen (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016b; Rentrop u. a., 2007).

#### *4.5.2.2 Arbeitsmaterialien und Didaktik*

Um einen anregenden Gruppenprozess zu fördern, empfehlen Rentrop und Kollegen vorgefertigtes Arbeitsmaterial zu vermeiden. Für die Durchführung wird lediglich ein leeres Flipchart benötigt und das Thema bekanntgegeben. Häufig erleben BPS- Patienten eine enorme Anspannung, die ihre Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit beeinträchtigen kann, weshalb eine Veranschaulichung auf dem Flipchart unerlässlich erscheint.

Zum Einstieg und um einen Überblick über den Wissensstand der Teilnehmer zu gewinnen, bietet sich die Frage an, was die Patienten bzgl. der Thematik bereits gehört haben oder was sie mit dem Thema assoziieren. Die Aufgabe des Gruppenleiters besteht in der strukturierten Visualisierung, also der sinnvollen Ordnung des Gesagten. Es macht laut den Autoren Sinn, wichtige Inhalte möglichst weit oben auf dem Flipchart zu notieren, unbedeutendere oder irrelevante Beiträge weiter unten zu vermerken. Prinzipiell sollten allen Beiträgen Platz eingeräumt werden. Therapeut und Ko-Therapeut ergänzen zudem fehlende Informationen. Auch sollte darauf geachtet werden, ruhige oder passive Teilnehmer in das gemeinsame sukzessive Erarbeiten einzubeziehen. Dazu bieten sich Fragen nach individuellen Erfahrungen mit der Thematik oder zur Nachvollziehbarkeit der bisherigen Information an. Destruktive oder unsachliche Kommentare können durch Formulierungen wie „Meinen Sie möglicherweise ... damit?“ abgefangen und in konstruktive Bahnen gelenkt werden (Sachse, 2013). Zur Festigung des Erarbeiteten empfiehlt sich fortlaufend einen Patienten zu bitten, das Flipchart mit zu protokollieren und das Protokoll für die anderen Patienten bis zu nächsten Gruppe zu vervielfältigen. Dadurch entsteht eine Zusammenfassung aller Inhalte, die sich die Teilnehmer vor jeder Sitzung aber auch weit über das Gruppenende hinaus wieder ins Gedächtnis rufen können.

Insgesamt erfordert die Leitung von Psychoedukationsgruppen Anpassungsfähigkeit sowie Spontaneität und geht damit weit über die reine Informationsvermittlung hinaus (Rentrop & Reicherzer, 2016; Rentrop u. a., 2007; Bäuml & Pitschel-Walz, 2016b).

### **4.5.3 Abschluss**

Die Gruppensitzung kann mit einem Blitzlicht, z.B. den Fragen „Was nehmen Sie heute mit?“ oder „Welche Aspekte waren Ihnen heute besonders wichtig?“ beendet werden. Um alle Teilnehmer einzubinden und alle zu Wort kommen zu lassen, bietet es sich an, reihum zu fragen. Dadurch bekommen die Therapeuten einen Einblick, welche Inhalte für die Teilnehmer besonders relevant waren. Durch Paraphrasierung und Betonung des Gesagten, kann der Therapeut spezifische Aspekte unterstreichen und dem Patienten das Gefühl von Wertschätzung vermitteln (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016b).

Um bei BPS-Patienten möglicherweise auftretenden Anspannungszuständen entgegenzuwirken können die Sitzungen auch mit Übungen zur Modulation innerer Erregung ausklingen. Neben progressiver Muskelentspannung nach Jacobsen (PMR) sind Übungen hilfreich, die aus dem Achtsamkeitstraining entlehnt sind (z.B. In die Hände klatschen mit Richtungswechsel: Der Gruppenleiter klatscht in die Hände und der rechtsstehende Nachbar gibt das Klatschen zum Nächsten weiter; 1mal klatschen= die Richtung wird beibehalten, 2mal klatschen = Richtung ändert sich. Wer zu langsam oder falsch reagiert, muss sich setzen). Weitere Übungsbeispiele für den Abschluss der Therapiesitzung werden im Manual von Rentrop et al. (2007, S. 40 ff) beschrieben.

## **4.6 Inhalte des Gruppenprogramms**

Die Inhalte der Gruppentreffen gleichen im Wesentlichen den Themen anderer störungsspezifischer Psychoedukationsprogramme. Die Sitzung zu Komorbiditäten bedarf, im Unterschied zu anderen erkrankungsspezifischen Manualen, aufgrund der Vielzahl der zu veranschaulichen Begleiterkrankungen besonderer Ausführlichkeit. Überdies ist es notwendig, ausnahmslos alle Psychopharmaka sowie die psychotherapeutischen Verfahren zu thematisieren. Einen Überblick über die thematischen Inhalte bietet Tabelle 4.1.

*Tabelle 4.1 Sitzungsthemen der Psychoedukationsgruppe (Rentrop & Reicherzer, 2016, S. 411)*

<b>Gruppentreffen/ Thema</b>	<b>Inhalte/ Ziele</b>
Gruppensitzung 1 : Organisatorisches Treffen	Vorstellung des Gruppenprogramms, Termine, Regeln, Kennenlernen der Teilnehmer
Gruppensitzung 2: Krankheitsbegriff/ Krankheitszeichen, Symptome	Vereinbarung eines gemeinsamen Krankheitsbegriffs, Erläuterung der in der Gruppe bekannten Krankheitsbezeichnungen, Ordnung der Symptomatik zu Oberbegriffen
Gruppensitzung 3: Ursachenmodell	Erarbeitung und Diskussion des bio-psychozialen Ursachenmodells der Borderline- Störung (nach M. Linehan)
Gruppensitzung 4: Komorbide psychische Probleme	Sammlung komorbider psychischer Erkrankungen, die im Rahmen einer Borderline-Störung auftreten können, Leitlinien für die Behandlung
Gruppensitzung 5: Psychopharmaka I	Allg. Überblick Psychopharmaka, Sammlung/Erläuterung von Wirkungen und Nebenwirkungen der Antidepressiva und stimmungsstabilisierenden Substanzen
Gruppensitzung 6: Psychopharmaka II	Sammlung/Erläuterung von Wirkungen und Nebenwirkungen der Antipsychotika, Benzodiazepine und sonstiger bei BPS eingesetzter Substanzen
Gruppensitzung 7: Krisenintervention und Notfallplan	Definition Krise, eigene Möglichkeiten, mit Notfallsituationen umzugehen (DBT: Stresstoleranzskills), Hilfsangebote in der Region
Gruppensitzung 8: Psychotherapie I	Dialektisch behaviorale Therapie
Gruppensitzung 9: Psychotherapie II	Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP)
Gruppensitzung 10: Offene Themengestaltung und Abschluss	Wiederholung/ Nachholen offener Themen, ergänzende Themen (z.b. gesunde Ernährung, Umgang mit Genussmitteln, Umgang mit körperlichen Erkrankungen, Schlaf)

Im Folgenden soll auf die in Tabelle 4.1 dargestellten Gruppensitzungen nur in Kürze eingegangen werden. Für einen umfassenden Einblick in die Inhalte vgl. Rentrop u. a., 2007. Die Inhalte der Sitzungen beziehen sich im Wesentlichen auf die in Kap. 3 dargestellten Hintergründe zur BPS und ihrer Behandlung. Zentrale Informationsbausteine des Programms stellen der Krankheitsbegriff, das Ursachenmodell, Komorbiditäten, Medikation und Nebenwirkungen sowie psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten dar.

#### **4.6.1 Sitzung 1**

Beim ersten Treffen geht es im Wesentlichen um das Kennenlernen untereinander und die Klärung organisatorischer Rahmenbedingungen. Ziele sind dabei die Herstellung günstiger Ausgangsbedingungen für die Gruppe, der Abbau von Ängsten sowie die

Schaffung eines Rahmens für die weitere Arbeit. Die Teilnehmer werden begrüßt, für ihr Kommen validiert und die Ziele der Psychoedukationsgruppe benannt. Wichtig ist hierbei, dass den Teilnehmern deutlich wird, dass die Psychoedukationsgruppe als Basisgruppe mit Vermittlung von Grundlagen für die weitere Therapie keine klassische (psychodynamische) Gruppentherapie darstellt, sondern ein gemeinsames Erarbeiten von Informationen und Diskussion bedeutet. Zudem wird der organisatorische Rahmen (Anzahl, Dauer und Struktur der Sitzungen) sowie die Regeln (s. Kap. 4.2) definiert. In einer Vorstellungsrunde soll die Möglichkeit zum gegenseitigen Kennenlernen gegeben werden.

#### **4.6.2 Sitzung 2**

Die zweite Sitzung stellt das Thema „Krankheitsbegriff und Symptomatik“ in den Fokus (vgl. Kap 3.1 und 3.1.1). Ziel ist es dabei eine gemeinsame Definition des Krankheitsbegriffs zu erarbeiten. Zudem sollte der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ erklärt werden. Hier hat sich folgende griffige und patientengerecht formulierte Definition bewährt: Unter Persönlichkeitsstörung versteht man Eigenschaften, die in so hohem Maße ausgeprägt sind, dass der Betroffene oder sein Umfeld darunter leiden. Dabei hat die Persönlichkeitseigenschaft an sich keinen Störungswert und ist bei jedem Menschen mehr oder weniger stark ausgeprägt, das extreme Ausmaß jedoch ist krankheitswertig. Die Symptomatik beginnt in Kindheit oder Jugend und muss min. 5 Jahre bestehen (Rentrop u. a., 2007, S. 51). Den Patienten wird auch deutlich gemacht, dass die Symptomatik nicht ein Leben lang anhalten muss und Ressourcen des Persönlichkeitsstils (Spontanität, Begeisterungsfähigkeit) werden unterstrichen, wenngleich die langfristigen negativen Konsequenzen (Instabilität in Beziehungen, ständiger Wechsel von Zielen und Präferenzen) deutlich gemacht werden sollen.

Zudem wird der gemeinsame Krankheitsbegriff „Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10) oder „Borderline- Persönlichkeitsstörung (DSM-5) erarbeitet und von anderen psychischen Erkrankungen abgegrenzt.

Weiteres Ziel ist die Sammlung typischer Krankheitszeichen. Die Beiträge werden vom Therapeuten geordnet, in vier große Symptomgruppen eingeteilt und fehlende Begriffe aus der DSM-5- Symptomliste ergänzt. Für Möglichkeiten zur Gestaltung des Flipcharts „Krankheitssymptome“ vergleiche Anhang A 1. Zentral ist dabei die Ergänzung der allgemein bekannten Symptome, d.h. es soll deutlich werden, dass man unter BPS mehr als nur „Schneiden“ versteht. Fakultativ kann in Sitzung 2 auf die Epidemiologie und den Verlauf der Störung eingegangen werden (vgl. Kap 3.1.3 und 3.1.4).

### **4.6.3 Sitzung 3**

Das zentrale Thema der Sitzung 3 ist das Ursachenmodell der BPS ausgehend vom biosozialen Modell nach Linehan (vgl. Kap. 3.1.6.1) Dabei soll den Teilnehmern kein vorgegebenes Erklärungsmodell präsentiert, sondern bereits bestehende Annahmen in das Ursachenmodell einbezogen werden. Bei der Erarbeitung des Biosozialen Modells nach Linehan soll auf die Besonderheit der Emotionsverarbeitung (vgl. Flipchartfolie Anhang A 2) bei einigen Kindern eingegangen werden. Die betroffenen Kinder zeigen einen schnellere und intensivere Reaktion auf Außenreize, verbleiben lange auf einem hohen Erregungsniveau und können sich nur langsam beruhigen. Diese Emotionsregulationsstörung ist nicht per se krankheitswertig, die Kombination mit einem invalidierenden Umfeld (z.B. Eltern mit unberechenbaren oder abweisenden Reaktionen oder ein emotionsunterdrückendes Umfeld) kann zur Symptomentwicklung führen. In diesem Zusammenhang sollte für die Teilnehmer zudem deutlich werden, dass die Invalidierung der kindlichen Gefühle seitens der Bezugspersonen nicht immer schuldhaft zustande kommen muss.

Weiteres Ziel der Sitzung ist die Integration des Themas „Trauma“. Im familiären Umfeld kann es schuldhaft zu emotionalem, körperlichem oder psychischem Missbrauch und in Folge zur Traumatisierung kommen. Entgegen der langjährigen Expertenmeinung machen Untersuchungen heute deutlich, dass nicht per se ein Trauma vorliegen muss. So sollte den Teilnehmern vermittelt werden, dass bei fehlender Erinnerung an eine Traumaerfahrung nicht beharrlich nach einer verdrängten Traumatisierung in der Psychotherapie gesucht werden muss. Fakultativ kann in Sitzung 3 zudem auf biologische Befunde und Genetik eingegangen werden (vgl. Kap. 3.1.6.2).

### **4.6.4 Sitzung 4**

Die vierte Sitzung hat Komorbiditäten der BPS zum Thema (vgl. Kap. 3.1.3). Ziel ist dabei die Sammlung der bei den Gruppenteilnehmern diagnostizierten Begleiterkrankungen. Zudem soll über andere psychische Störungen, die im Zusammenhang mit der BPS bedeutsam sind, aufgeklärt werden.

Da fast jeder Betroffene die Erfahrung gemacht hat, dass im Krankheitsverlauf eine oder mehrere andere Störungen diagnostiziert wurden, sind viele Patienten verunsichert. Sie vermuten nicht selten eine willkürliche diagnostische Einordnung oder entwickeln die Überzeugung, in einem hohen Maße abnorm zu sein und in kein diagnostisches Raster zu passen. Deshalb ist das Hauptanliegen Psychoedukationssitzung diese Missverständnisse zu entkräften und dysfunktionale Selbstkonzepte zu korrigieren. Wenn eine

komplexe Symptomatik in seine Einzelteile zerlegt und unterschiedlichen Diagnosen zugeordnet werden können, dann ist auch eine zugeschnittene Therapie möglich. Die Vermittlung der Informationen sollte zunächst in einer Sammlung aller Begleiterkrankungen erfolgen („Was wurde Ihnen gesagt, welche Diagnose Sie haben?“). Dabei wird keine umfassende Darstellung aller möglicher Komorbiditäten angestrebt, sondern auf die individuellen Erfahrungen der Teilnehmer eingegangen. Hervorgehoben werden soll, dass die psychische Symptomatik dem Wandel der Zeit unterliegen kann und bei Abhängigkeitserkrankungen die Erstellung einer Behandlungshierarchie („Sucht first“) sinnvoll ist. Anhang A 3 zeigt ein Beispiel für eine Flipchartdarstellung zu Komorbiditäten der BPS.

#### **4.6.5 Sitzung 5**

Die fünfte Sitzung widmet sich der medikamentösen Behandlung (Antidepressiva und Moodstabilizer) (vgl. Kap. 3.1.7.1). Ziele der Sitzung sind dabei die Aufklärung, welche Medikamente bei der Therapie von BPS gegeben werden, welche Medikamente zu Antidepressiva und Moodstabilizer zählen und die Information zur Wirkweise und Nebenwirkungen der Medikamente. Außerdem wird über die Dauer und Dosis der pharmakologischen Behandlung gesprochen. Vorbehalte gegenüber eines bestimmungsgemäßen Einsatzes von Psychopharmaka sollen abgebaut werden. Bezüglich des Stellenwertes und des Einsatzes von Psychopharmaka haben viele Betroffene eine kritische Haltung. Folgende Botschaften werden bezüglich der medikamentösen Behandlung vermittelt: Psychopharmaka können die Probleme der Betroffenen nicht direkt lösen, jedoch eine Linderung von drängenden Symptomen bewirken. Im Sinne des „shared decision making“ soll die Gabe von Psychopharmaka und die Dauer ihres Einsatzes mit den Patienten abgesprochen werden. Die Behandlung mit vielen, gleichzeitig eingesetzten Präparaten ist nicht empfehlenswert. Als langfristige Behandlungsmethode der Wahl bei BPS gilt die Psychotherapie, eine alleinige Gabe von Psychopharmaka ist unzureichend. In der Darstellung von Antidepressiva und Moodstabilizern in nicht die Zusammenfassung einer vollständigen Liste aller Stoffgruppen anzustreben, sondern Teilnehmern soll vielmehr eine Zuordnung ihrer Medikamente ermöglicht werden. Für ein Beispiel der Gestaltung eines Flipcharts zur Sammlung von Antidepressiva vergleiche Anhang A 4.

#### **4.6.6 Sitzung 6**

Thema der sechsten Sitzung ist ebenso die Befassung mit Psychopharmaka, mit Schwerpunkt auf Neuroleptika und Benzodiazepinen (vgl. Kap. 3.1.7.1). Ziele sind die Zuordnung von Medikamenten zu Neuroleptika und Benzodiazepinen, die Erläuterung zum Einsatz von spezifischen Substanzen bei BPS, Information zu Nebenwirkungen und Dauer sowie Dosis der Behandlung. Übergeordnetes Anliegen ist der Erwerb einer

Grundkompetenz zur pharmakologischen Therapie. Analog zum Stundenablauf von Sitzung 5 werden bekannte Neuroleptika und Benzodiazepinen gesammelt und vom Therapeuten auf dem Flipchart in eine sinnvolle Ordnung gebracht. Zudem wird das Rezeptormodell zum Wirkmechanismus von Antipsychotika, Wirkungen und Nebenwirkungen besprochen. Im Hinblick auf den Einsatz von Benzodiazepinen ist das hohe Abhängigkeitspotential zu unterstreichen. Die Kernbotschaft hierzu ist, dass es keine Indikation mit diesen zur Behandlung von BPS gibt, Ausnahmen sollten nur in begründeten Einzelfällen gelten. Anhang A 5 zeigt ein Beispiel zur Flipchart-Darstellung bezüglich Nebenwirkungen bei Neuroleptika.

#### **4.6.7 Sitzung 7**

Die siebte Sitzung widmet sich thematisch der Krisenintervention und der Ausarbeitung eines Notfallplans. Ziele sind das Erkennen von Anzeichen erhöhter Anspannung und Krisensituationen. Darüber hinaus werden erste Informationen zu Fertigkeiten gegeben, die in Krisen eingesetzt werden können. Es erfolgt zudem eine Aufklärung über Möglichkeiten der Hilfebeschaffung. Teilnehmer sollen dazu befähigt werden, einen individuellen Notfallplan für kritische Situationen zu erstellen. Die Inhalte wurden verkürzt aus der DBT entnommen und können als Einführung eines psychotherapeutischen Elements in der Psychoedukationsgruppe betrachtet werden. Dies ermöglicht Patienten, die noch nicht mit einer störungsspezifischen Therapie in Kontakt kamen, einen praktischen Einblick in ein für sie relevantes Thema zu bekommen. Teilnehmer, die bereits Erfahrungen mit DBT sammeln konnten, können als Experten und „Ko-Therapeuten“ gezielt mit einbezogen werden. Hinsichtlich des Stundenablaufs ist neben der Definition einer Krise, die Vorstellung der Spannungskurve und des Notfallkoffers auf dem Manual zum Skillstraining sowie das Verfassen eines beispielhaften Notfallplans/Notfallkoffers vorgesehen (vgl. Flipchartdarstellung im Anhang A 6).

#### **4.6.8 Sitzung 8**

Thematischer Fokus der achten Sitzung ist die psychotherapeutische Behandlung. Da für viele Teilnehmer die psychoedukative Gruppe die erste Erfahrung mit Psychotherapie darstellt, sollen zunächst Vorinformationen zu Psychotherapie gegeben werden (Wie lange gibt es die Behandlungsform? Wer waren Begründer? Wie funktioniert die Behandlung? Welche Ziele werden verfolgt? Wie lange dauert das Verfahren? Etc.). Ziele sind die Aufklärung über störungsspezifische Verfahren sowie über Ablauf und Struktur einer psychotherapeutischen Behandlung nach DBT.

### **4.6.9 Sitzung 9**

Die neunte Sitzung widmet sich ebenso der störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung. Ziele sind die Vermittlung zu Grundlagen der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). Dabei erfolgt eine Aufklärung über den Ablauf und die Struktur einer Behandlung nach dem TFP-Modell. Therapiespezifische Ängste sollen dabei weitestgehend abgebaut werden. Theoretische Grundannahmen des TFP-Modells zur inneren Struktur von Gesunden und Menschen mit BPS sollen z.B. anhand eines Schaubilds vereinfacht dargestellt werden (vgl. Flipchartdarstellung im Anhang A 7).

### **4.6.10 Sitzung 10**

Sitzung 10 räumt Zeit für offene Fragen, Wiederholung und Zukunftsperspektiven ein. Ziele sind die Wiederholung möglicher unklarer Themen sowie gegebenenfalls die Vertiefung von Thematiken, die nur angeschnitten werden konnten. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Sitzungen ist für das letzte Treffen kein vorgegebenes Thema vorgesehen. Falls keine Notwendigkeit der Wiederholung besteht bzw. wenige Fragen aufkommen, werden von den Autoren Ergänzungsthemen (gesunde Lebensführung wie Umgang mit Genussstoffen, Schlaf und Ernährung) vorgeschlagen. Anhang A 8 zeigt beispielhaft eine Flipchartdarstellung zum Umgang mit Genussstoffen. Die Sitzung hält zudem die Möglichkeit zur Rückmeldung zum Programm und die Gestaltung des Abschiedes bereit. Im Rahmen des vorgestellten Forschungsanliegens wurden die letzte Sitzung zudem zum Ausfüllen der Post-Fragebögen genutzt.

## **4.7 Umgang mit schwierigen Therapiesituationen und emotionalen Themen**

Die im vorausgegangenen Kapitel 4.6 beschriebenen Inhalte des Gruppenprogramms mit Schwerpunkt auf die Vermittlung von allgemeinem Handlungswissen und praktischen Handlungsanweisungen sind für Teilnehmer äußerst relevant. Durch das Schaffen einer gemeinsamen Wissensbasis soll gewährleistet sein, dass kein konflikträchtiges Gefälle in der Wissenskompetenz entsteht. Schwierige Therapiesituationen und emotionale Themen sollen bei Problemaktualisierung während des Gruppentherapieprozesses aufgegriffen werden. Von Seiten des Therapeuten ist es wichtig durch Eingehen auf emotionale Themen deutlich zu machen, dass Belastungen, entstanden durch die vertiefte Auseinandersetzung in der Gruppe, gesehen und nachvollzogen werden können (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a).

Eine herausfordernde Situation kann beispielsweise der Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen Pathologisierung und Idealisierung der Störung darstellen. Rentrop und

Reicherzer (2016) stellten fest, dass viele Teilnehmer Schwierigkeiten haben, eine differenzierte Definition für die BPS-Störung zu finden. Auf der einen Seite haben sich Patienten bereits über den Begriff „Borderline“ informiert und bezweifeln, ob diese Definition auf sie zutrifft. Auf der anderen Seite zeigt die selbstbeschreibende Bezeichnung als „Bordi“, dass sich viele Betroffenen mit der Diagnose identifizieren und dass „Borderline-sein“ ein Teil des Selbstverständnisses geworden ist, das „Stabilität“ zu geben scheint. Aus diesem Grund stellt die Auseinandersetzung mit der Bezeichnung „Borderline“ häufig eine polarisierende und emotionale belastende Situation dar. Viele Patienten fassen die Bezeichnung „Persönlichkeitsstörung“ eher als Beleidigung und Brüskierung auf. Daher muss Sorge getragen werden, dass eine sachliche Basis gefunden und eine verständliche Erläuterung des Begriffs angeboten wird. Hier hat sich die Definition von Kurt Schneider bewährt, nach der Persönlichkeitsmerkmale, die jeder Mensch kennt, in solch ausgeprägten Ausmaß vorliegen, dass es bei der Person oder dem Umfeld zu Leidensdruck führt (vgl. Kap. 4.6.2). Die Sichtweise der Dimensionalität ist sehr hilfreich, da deutlich wird, dass Schweregrade variieren und ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Störung existiert. Auch kann deutlich gemacht werden, dass mit den extremen Persönlichkeitszügen auch Talente und Fähigkeiten (z.B. Kreativität, Spontanität) verbunden sind.

Als weiteres emotional aufgeladenes Thema führen die Autoren den Umgang mit Komorbiditäten an. Fragen Therapeuten Patienten in der Gruppe nach mitgeteilten Diagnosen, erhält man meist eine umfangreiche Auflistung beinahe aller psychiatrischen Störungsbilder. Rentrop und Reicherzer konnten beobachten, dass meist alle Patienten in der Vorgeschichte mit unterschiedlichen therapeutischen und ärztlichen Einschätzungen konfrontiert waren und erst spät im Krankheitsverlauf mit der Diagnose „Borderline“ vertraut gemacht wurden. Neben der Informationsvermittlung zu unterschiedlichen komorbiden Störungsbildern, sollte in der Psychoedukation immer auch die Hierarchie des therapeutischen Vorgehens erläutert werden. Als Beispiel führen Rentrop und Reicherzer Abhängigkeitserkrankungen an. Eine bestehende Sucht macht die Therapie der BPS zunächst unmöglich, weshalb eine Abhängigkeit bevorzugt behandelt werden sollte. Ähnliches gilt für den Umgang mit einer Traumafolgestörung. Es sollten sorgfältige Überlegungen mit dem Therapeuten erfolgen, um die Reihenfolge der Behandlungsschritte festzulegen. Heutzutage wird bei gleichzeitigem Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Expositionsbehandlung empfohlen (vgl. Kap. 4.6.4).

Häufig stellt der Mythos der „untherapierbaren Erkrankung“ ein weiteres belastendes Thema dar. Demoralisierende Informationen aus dem Internet tragen zum Irrtum bei,

dass es sich bei der BPS um eine unheilbare Störung handelt und Bemühungen zur Veränderungen faktisch sinnlos seien. Zum anderen fürchten viele Patienten die übermäßige Veränderung ihrer Person durch die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. So erleben manche Betroffene vor allem auch aufgrund immenser Unsicherheiten zur eigenen Identität, Psychotherapie als substanzielle Bedrohung.

Ein weiteres belastendes Missverständnis stellt die Annahme vieler Teilnehmer dar, dass ein erlittenes Trauma immer zwingend notwendige Ursache der BPS sei. Mit Rückgriff auf das Biopsychosoziale Ursachenmodell nach Linehan (1993), kann vermittelt werden, dass das Vorliegen eines Traumas nicht zwingend sein muss (vgl. Kap. 4.6.3). Das Modell verweist auf die Vorbedingung einer dysfunktionalen Regulationsfähigkeit in Verbindung mit einem invalidierenden Umfeld. Notwendig ist dabei der Hinweis, dass das „Ungültigmachen“ emotionaler Äußerungen nicht immer eine schuldhafte Komponente beinhaltet. Auch in einem familiären System, in dem „alle ihr Bestes geben“ und „nur Gutes im Sinn haben“ kann es Bedingungen geben (z.B. Überforderung aufgrund psychosozialer Belastungsfaktoren), die einen dysfunktionalen Umgang bzw. Kommunikationsstil zur Folge haben (Rentrop & Reicherzer, 2016).

Psychoedukation gleicht somit nicht einer nüchternen Informationsvermittlung, vielmehr sind Therapeuten nicht selten einer großen Bandbreite an emotionalen Themen ausgesetzt: Scham- und Schuldgefühle, Angst vor Stigmatisierung, Resignation, Suizidalität, Neid- oder Wutgefühle, traumatische Erlebnisse usw. Prinzipiell muss dafür gesorgt werden, dass belastete Teilnehmer während des Gruppenprogramms bestärkt werden, eine nachhaltige Einzelpsychotherapie in Anspruch zu nehmen, die einen geeigneten Rahmen für das Eingehen auf spezifische Belastungen und die individuelle Problembewältigung bietet.

## **5. Evaluationsforschung**

Im folgenden Kapitel soll auf den Forschungsbereich der Evaluationsforschung im Bereich der Psychotherapie eingegangen werden. Die Psychotherapieforschung widmet sich unter anderem der Wirksamkeitsforschung sowie der Prozessforschung. Die Evaluationsforschung verwendet wissenschaftliche Methoden und Techniken mit dem Ziel der Durchführung einer Beurteilung oder Bewertung einer Maßnahme, wobei das Anliegen der Beweis der Wirksamkeit bzw. des Nutzen ist (Bortz & Döring, 2007). In Abhängigkeit vom Ziel der Bewertung kann zwischen Prozess- und Ergebnisevaluation unterschieden werden.

### **5.1 Ergebnisevaluation (Summative Evaluation)**

Die Ergebnisevaluation oder auch Outcomeevaluation kann mit dem Terminus der „summativen Evaluation“ nach Scriven (1972) in Verbindung gebracht werden. Die Ergebnisevaluation zielt auf die Messung des Erfolgs oder der Wirkung einer Maßnahme ab. Die Ergebnisforschung stellt eine Evaluation anhand des Outcomes ohne Erfassung oder Beurteilung der Zwischenschritte dar. Als Design bietet sich für die summative Evaluation daher ein Prä-Post-Untersuchungsdesign an. Ergebnisevaluation untersucht Outcomevariablen, die auf den psychotherapeutischen Prozess zurückzuführen sind und wertet aus, was die Intervention hervorbringt.

### **5.2 Prozessevaluation (formative Evaluation)**

Die Prozessevaluation ist eng verwandt mit dem von Scriven (1972) eingeführten Terminus der „formativen Evaluation“. Die formative Evaluation bewertet die Entwicklung, Planung sowie die Optimierung einer Maßnahme. Sie „bezeichnet die prozessbegleitende Bewertung, die unmittelbar zur Prozesssteuerung (...) verwendet wird“ (Kleber, 1992, S. 78). Dabei wird der Prozess untersucht und bewertet, gegebenenfalls können Korrekturen sowie Änderungen vorgenommen und Erkenntnisse über Therapievorgänge gewonnen werden. Im Gegensatz zur Outcome-Forschung hat Prozessforschung das Anliegen, Veränderungsvariablen zu identifizieren und über Rückkopplungsprozesse in den bestehenden Psychotherapieprozess eingreifen und diesen gegebenenfalls optimieren zu können.

### **5.3 Evaluation des vorliegenden psychoedukativen Manuals**

Ausgehend von der Unterscheidung zwischen Prozess- und Ergebnisforschung, bzw. formativer und summativer Evaluation können weitere Unterscheidungen vorgenommen werden. Rossi und Kollegen (2004) schlagen z.B. folgende Klassifikation vor:

1. Planungsanalysen, Programmentwicklung (formativ):  
Diese Analyseform dient der Feststellung eines Interventionsbedarfs und der Untersuchung von Versorgungsstrukturen mit der Fragestellung, in welchem Ausmaß ein Problem besteht und welche Zielgruppe angesprochen werden soll.
2. Programmüberwachung, Programmdurchführung (formativ):  
Die inhaltliche und strukturelle Aspekte der Durchführung werden überwacht (Treatmentimplementation) und die Konzeptionsumsetzung überprüft (Treatmentintegrität).
3. Wirksamkeitsanalysen (summativ):  
Diese Analysen dienen der Untersuchung von Effekten und Wirkungen von Interventionen und Programmen.
4. Effizienzanalysen (summativ):  
Ziel ist hier die Kosten-Nutzen bzw. Kosten-Effektivitätsprüfung.

Die ersten beiden Punkte entsprechen dabei der Prozessforschung bzw. formativen Evaluation, die beiden letzten Punkte zählen zur Outcomeforschung bzw. summativen Evaluation. Die Qualitätssicherung im klinisch-psychotherapeutischen Bereich ist zum Teil schon gut etabliert. Psychoedukative Maßnahmen bei BPS sind hinsichtlich ihres therapeutischen Prozesses und der Wirksamkeit jedoch unzureichend erforscht worden. Voraussetzung für eine umfassende Evaluation ist die standardisierte Durchführung und Registrierung von Verlaufsparemtern. Eine formative und summativ Basisevaluation zur Kontrolle des therapeutischen Handelns und Überprüfung der Wirksamkeit der Psychoedukation bei BPS ist dringend von Nöten.

## 6. Fragestellung

Die Studie sollte der Evaluation zur Beurteilung der Durchführung und Wirksamkeit der Psychoedukation für Borderline-Störungen, ein Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen nach Rentrop et. al. (2007), dienen. Gegenstand der vorgestellten Studie war die Durchführung des Gruppenprogramms unter alltagsnahen Bedingungen sowie die summative und formative Evaluation der Psychoedukationsgruppe. Dabei wurde das Gruppenprogramm auf seine Wirksamkeit als psychoedukative Intervention hin überprüft sowie i.S. der formativen Evaluation Variablen der Veränderung während des Gruppenverlaufs erfasst, die Rückschlüsse auf die Bewertung der Patienten und Therapeuten bzgl. der Gruppe ermöglichen. Von Interesse bei der formativen Evaluation war auch die Rückmeldung zur Zufriedenheit und Akzeptanz der Gruppe durch die Patienten, die Hinweise geben, ob Veränderungsbedarf bei der Konzeption des Manuals besteht. Im Kapitel 6 werden die Hypothesen in Bezug auf die erwarteten Veränderungen vorgestellt.

### 6.1 Summative Fragestellung

Im Rahmen der summativen Fragestellung (Outcomeforschung) wird in einem Prä-Post-Vergleich die Wirksamkeit der psychoedukativen Intervention geprüft. Die summative Evaluation wertet damit das Resultat der Gruppentherapie aus.

#### 6.1.1 (Symptom-) belastung

Patienten mit einer vordiagnostizierten BPS weisen eine hohe psychische Belastung auf. Je höher der Schweregrad, desto höher das allgemeine Belastungsniveau (Bohus & Schmahl, 2007). Ziel psychoedukativer Interventionen ist die subjektive Entlastung des Patienten. Operationalisiert wird diese u.a. anhand der störungsspezifischen Symptome. Zur Qualitätssicherung und Evaluation des Manuals „Psychoedukation Borderline-Störung“ nach Rentrop und Kollegen schlagen die Autoren vor, die Veränderung der Borderline-Symptomatik zu messen. Sie geben als geeignetes Messinstrument u.a. den Selbsteinschätzungsfragebogen Borderline-Symptomliste BSL an. Ergänzend wird in der vorliegenden Arbeit die subjektive Belastung durch eine zusätzliche Frage im Soziodemographischen Fragebogen (Prä) und im Feedbackbogen (Post) erfasst („Wie belastet sind Sie derzeit durch Ihre psychischen Probleme?“).

**Hypothese 1.1:** Das Ausmaß der intrapsychischen Belastung von Borderline- Patienten wird durch die psychoedukative Intervention gemildert, somit weisen Patienten der Psychoedukationsgruppe nach Teilnahme eine signifikant geringere Symptombelastung im BSL-23-Fragebogen auf.

**Hypothese 1.2:** Neben der reduzierten Symptombelastung in der BSL-23 berichten die Patienten eine signifikante Reduktion der subjektiv erlebten Belastung im Feedbackfragebogen.

### **6.1.2 Lebensqualität**

Die Forschung von Cramer und Kollegen (2006) widmete sich dem Zusammenhang von spezifischen Persönlichkeitsstörungen und Aspekten der Lebensqualität. Dabei weisen u.a. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu z.B. Betroffenen mit histrionischer, zwanghafter oder passiv-aggressiver Persönlichkeitsstörung die niedrigste Lebensqualität auf. Studien zeigen, dass psychoedukative Interventionen bei psychischen Erkrankungen eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bewirken können (Bechdolf u. a., 2010; Javadpour, Hedayati, Dehbozorgi, & Azizi, 2013).

**Hypothese 2:** Die subjektive Lebensqualität im Sinne einer individuellen Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation steigt durch die psychoedukative Intervention signifikant an.

### **6.1.3 Therapieerwartung und -motivation**

Bei der Behandlung von Borderline- Persönlichkeitsstörungen ist eine hohe Rate an Therapieabbrüchen zu verzeichnen (Dropout 15-77%) (Chiesa, Drahorad, & Longo, 2000; De Panfilis u. a., 2012; Gunderson u. a., 1989). Daneben ergibt sich häufig eine geringe Kooperationsbereitschaft im Hinblick auf Therapie und Behandlung. Die Psychoedukation dient der Unterstützung einer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung. Sie hat zum Ziel, gute Ausgangsbedingungen zu schaffen, die Compliance zu erhöhen, Therapieabbrüche zu vermeiden und die allgemeine Behandlungsmotivation (Förderung einer Behandlungsbereitschaft v.a. im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer langfristigen Psychotherapie) zu steigern.

**Hypothese 3:** Die Therapieerwartung und damit die Therapie- und Veränderungsmotivation steigt durch die Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe signifikant an.

### **6.1.4 Krankheitswissen**

Im Fokus von psychoedukativen Programmen steht die Vermittlung von krankheitsbezogenen Informationen, um eine Wissenssteigerung beim Patienten zu erzielen. Durch die

Vermittlung von Informationen soll der Betroffene zum Experten seiner Störung werden. Die Studie widmet sich deshalb der Frage, ob Gruppenteilnehmer einen Wissenszuwachs in Bezug die Gruppeninhalte (Symptomatik der Störung, Ursachen, Behandlungskonzepte, Umgang mit Krisensituationen) aufweisen. Da sie generell als Hauptanliegen psychoedukativer Programme gilt, stellt die Wissensvermittlung in der vorliegenden Arbeit das Hauptkriterium für die Effektivität der Intervention dar.

**Hypothese 4:** Bei Gruppenteilnehmern ist ein signifikanter Wissenszuwachs hinsichtlich der Störung und ihrer Behandlung zu beobachten.

## **6.2 Formative Fragestellung**

Prozessforschung fokussiert nicht nur einen Prä-Post Vergleich, sondern analysiert das Geschehen während therapeutischer Intervention. Die Ergebnisevaluation mit einer Prä-Post-Erhebung ermöglicht den Erkenntnisgewinn bzgl. der Wirksamkeit von Therapien. Die Prozessevaluation hingegen dient der Beantwortung von Fragen nach dem Verlauf der Effektivität während der Intervention und hat zum Ziel Veränderungsvariablen auszumachen und durch Prozessbegleitung optimierend in der Verlauf eingreifen zu können (Jacobi, 2011; Zoubek, 2013). Die psychoedukativen Sitzungen orientieren sich am Manual von Rentrop et al. und wurden somit nach einem standardisierten Vorgehen durchgeführt (vgl. Kap. 4.4 und 4.5). Im Anschluss an die psychoedukative Gruppe wurden sowohl von den Studientherapeuten sowie von den Patienten Stundenfragebögen zur Beurteilung der Sitzung ausgefüllt. Der Einsatz der Stundenbögen hatte zum Ziel, inhaltliche und strukturelle Aspekte der Durchführung zu überprüfen, um die Validität abzusichern. Durch die Fragebögen wurde die Adhärenz, das heißt der Grad der Übereinstimmung des in der Untersuchung geplanten mit dem tatsächlich durchgeführten Treatment, erfragt.

### **6.2.1 Zufriedenheit und Akzeptanz**

Patienten mit einer BPS zeigen häufig eine starke Behandlungsambivalenz (Reiss u. a., 2013). Reiss und Kollegen stellten zudem fest, dass es bei BPS- Patienten weitreichende Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit Gruppentherapien gibt. Daher scheint es sinnvoll, vom Patientenkollektiv Feedback zur Zufriedenheit mit Behandlungsformen einzuholen, um Therapieprogramme zu optimieren und weiterzuentwickeln. Ein Feedback zur Zufriedenheit und Akzeptanz der Teilnehmer mit der Psychoedukationsgruppe wird am Ende des Gesamtprogramms eingeholt. Darüber hinaus dient die Abbruchrate als Akzeptanzparameter für die Intervention.

### **6.2.2 Prozessqualität der Psychoedukationsgruppe**

In Anlehnung an die bewährte Vorgehensweise von Zoubek (2013, S.128 ff) wurde die Prozessqualität beurteilt. So kann nicht nur beurteilt werden, wie die Teilnehmer das Gruppenprogramm für Patienten mit BPS allgemein, sondern auch einzelne Therapiesitzungen wahrnehmen. Wie Zoubek zusammenfassend darstellt, lassen Studien zu anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Xia u. a., 2011; Donker u. a., 2009) und Befunde zu Zufriedenheit von Patienten mit Psychotherapie (Bredel, Brunner, Haffner, & Resch, 2004) vermuten, dass Patienten mit BPS die Psychoedukationsgruppe positiv bewerten werden. Ausgehend von Beobachtungen zu Gruppenprozessen und strukturierten verhaltenstherapeutischen Gruppen (Backenstrass u. a., 2004; Pitschel-Walz u. a., 2011; Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling, & McCabe, 2007) wird angenommen, dass die Beurteilung im Gruppenverlauf positiv ausfällt (auf der Likert-Skala mit einer Abstufung von 0 bis 4 wird ein Wert von  $\geq 2.5$  als „positiv“ definiert), bzw. im Verlauf zunehmend positiver bewertet wird. Tendenziell negative Gruppenbewertungen sollen den Gruppenleiter durch die begleitende formative Evaluation während des Verlaufs veranlassen, über die Umsetzung der instrumentellen Gruppenbedingungen zu reflektieren (Fiedler, 2005; Grawe, 1980). Durch die Beurteilung der Sitzungen können Erkenntnisse gewonnen werden, wie Teilnehmer Psychoedukationsinhalte erfassen und wahrnehmen. Es bietet sich dadurch die Gelegenheit, Modifikationsmöglichkeiten zu konstatieren. Zudem sollen die Phasen des Therapieverlaufs, also Bewertungsveränderungen von Sitzung zu Sitzung analysiert werden. Entsprechend den in Kapitel 4.4 dargestellten Modellen und Erkenntnissen zu Phasenverläufen im gruppentherapeutischen Setting, wird erwartet, dass die Therapiebedingungen von Anfang an hoch bzw. in den ersten vier Sitzungen der Remoralisierungsphase anwachsend positiv beurteilt werden. Gemäß den in Kapitel 4.4 dargestellten Konzepten und Befunden (Howard u. a., 1993) wird darüber hinaus angenommen, dass die Bewertungen der Patienten typische Phasen des Gruppentherapieverlaufs abbilden: Remoralisierung zu Gruppenbeginn (ansteigende Bewertung), Remediation (Plateauphase, Bewertungsstabilisierung) und Rehabilitation zum Gruppenende (zunehmender Anstieg) (Vgl. Zoubek, 2013, S.129 ff). Ausgangspunkt für die folgende Hypothesenbildung war das experimentelle Vorgehen von Zoubek. Die Hypothesen wurden übernommen und der vorliegenden Studie thematisch angepasst:

**Hypothese 5:** Das psychoedukative Gruppenprogramm für Patienten mit BPS wird insgesamt positiv beurteilt.

**Hypothese 6:** Die Einschätzung des Gruppenprogramms als Ganzes oder einzelner Bewertungsbereiche wird dabei über die Gruppensitzungen hinweg zunehmend positiver.

**Hypothese 7:** Therapiesitzungen werden trotz des aufsteigenden Trends unterschiedlich bewertet, sodass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit Interventions- und Themenbausteinen für die Verbesserung des Manuals möglich sind.

**Hypothese 8:** Die Bewertung der Therapiesitzungen bzw. einzelner Items bilden, neben dem allgemein steigenden Trend, zusätzlich verschiedene Phasen des Gruppenverlaufs ab.

## 7. Methode

Im folgenden Kapitel wird auf die Rahmenbedingungen der Untersuchung eingegangen. Hierzu wird die Datenerhebung, die Untersuchungsinstrumente und die Forschungsmethode sowie das Studiendesign vorgestellt.

### 7.1 Rahmenbedingungen

Die Erhebung der Daten erfolgte im Zeitraum Juni 2014 bis August 2015 an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München. Das Gruppenprogramm wurde über 10 Wochen mit einer Gruppensitzung pro Woche à 1.5 Stunden von Psychologen und Ärzten im Wechsel durchgeführt. Insgesamt fanden vier Gruppenpsychoedukationsdurchläufe mit durchschnittlich 8 Patienten statt. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Messzeitpunkten mittels Fragebögen. Die Patienten bearbeiteten die Fragebögen vor der ersten Psychoedukationssitzung (Prä) und nach der letzten Sitzung (Post). Zudem wurden den Patienten und Therapeuten nach jeder Sitzung Stundenfragebögen ausgehändigt. In die statistische Auswertung wurden Patienten, die bei mindestens fünf Gruppensitzungen anwesend waren, eingeschlossen.

#### 7.1.1 Gewinnung der Stichprobe

Die Teilnehmer wurden aus der Institutsambulanz der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie rekrutiert. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung der Gruppenteilnehmer über E-Mailverteiler an lokale Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. AVM München, Gemeinnützige GmbH des Projektvereins, Münchner Netzwerk Kinder psychisch erkrankter Eltern) sowie eine persönliche Vorstellung in Einrichtungen und Veranstaltungen (Vincentro München Laim, SPDI Giesing, Borderline Dialog München, KBO- Isar- Amper Klinikum München Ost). Um einen steten Zulauf sicherzustellen, wurden die genannten Institutionen in regelmäßigen Abständen an die Studie und das damit verbundene Gruppenangebot erinnert. In einem telefonischen Vorgespräch mit dem Patienten wurde mittels Screeningprotokoll abgeklärt, ob eine von einem Arzt/Psychologen gestellte ICD-10 Diagnose (F60.31) vorliegt. Das Screening-Protokoll enthält auch die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie, sodass vorab bestimmt werden konnte, ob sich der Patient zur Studienteilnahme eignet (vgl. Anhang B 1). Der Schweregrad der Störung wurde vor der ersten Gruppensitzung durch die Borderline-Symptomliste (BSL-23) erfasst.

Als Einschlussdiagnose wurde die Diagnose F60.31 „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung von Borderline- Typ“ festgelegt. Es konnten Frauen und Männer im Alter ab 18 Jahren teilnehmen. Als Ausschlusskriterien wurden akute Suizidalität, mangelnde

Kenntnisse der deutschen Sprache, sowie starke kognitive Beeinträchtigung definiert. Die Gruppenteilnehmer gaben nach Aufklärung durch die Gruppenleiterin ein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme (Einverständniserklärung vgl. Anhang B 2). Eine Übersicht über weitere Einschlusskriterien gibt Tabelle 7.1.

*Tabelle 7.1 Studien- Einschlusskriterien*

<b>Alter</b>	Ab 18 Jahren
<b>Diagnose nach ICD-10</b>	F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
<b>IQ</b>	≤ 80
<b>Setting</b>	Psychiatrische Patienten (stationär, teilstationär, ambulant)
<b>Sprachkenntnisse</b>	Ausreichend Deutschkenntnisse
<b>Teilnahmebedingungen</b>	Freiwillig
<b>Individuelle Voraussetzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basale Fertigkeiten hinsichtlich Frustrationstoleranz und Sozialverhalten</li> <li>- Weitgehend psychische Stabilität hinsichtlich komorbider Störungen (insb. dissoziative, psychotische Krisen)</li> <li>- Möglichkeit eine Vereinbarung über Gruppenteilnahme zu schließen (basales therapeutisches Bündnis)</li> <li>- Therapeutische Vereinbarung hinsichtlich Umgang mit Suizidalität</li> </ul>

## 7.2 Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden die verwendeten Untersuchungsinstrumente beschrieben. Aus ökonomischen Gründen wurden Messinstrumente als Selbsteinschätzungsverfahren eingesetzt. Die in Abbildung 7.1 angegebenen Messinstrumente finden sich in Anhang B. Des Weiteren wurde ein Screeningfragebogen vor Studienbeginn und soziodemographische Daten erhoben.

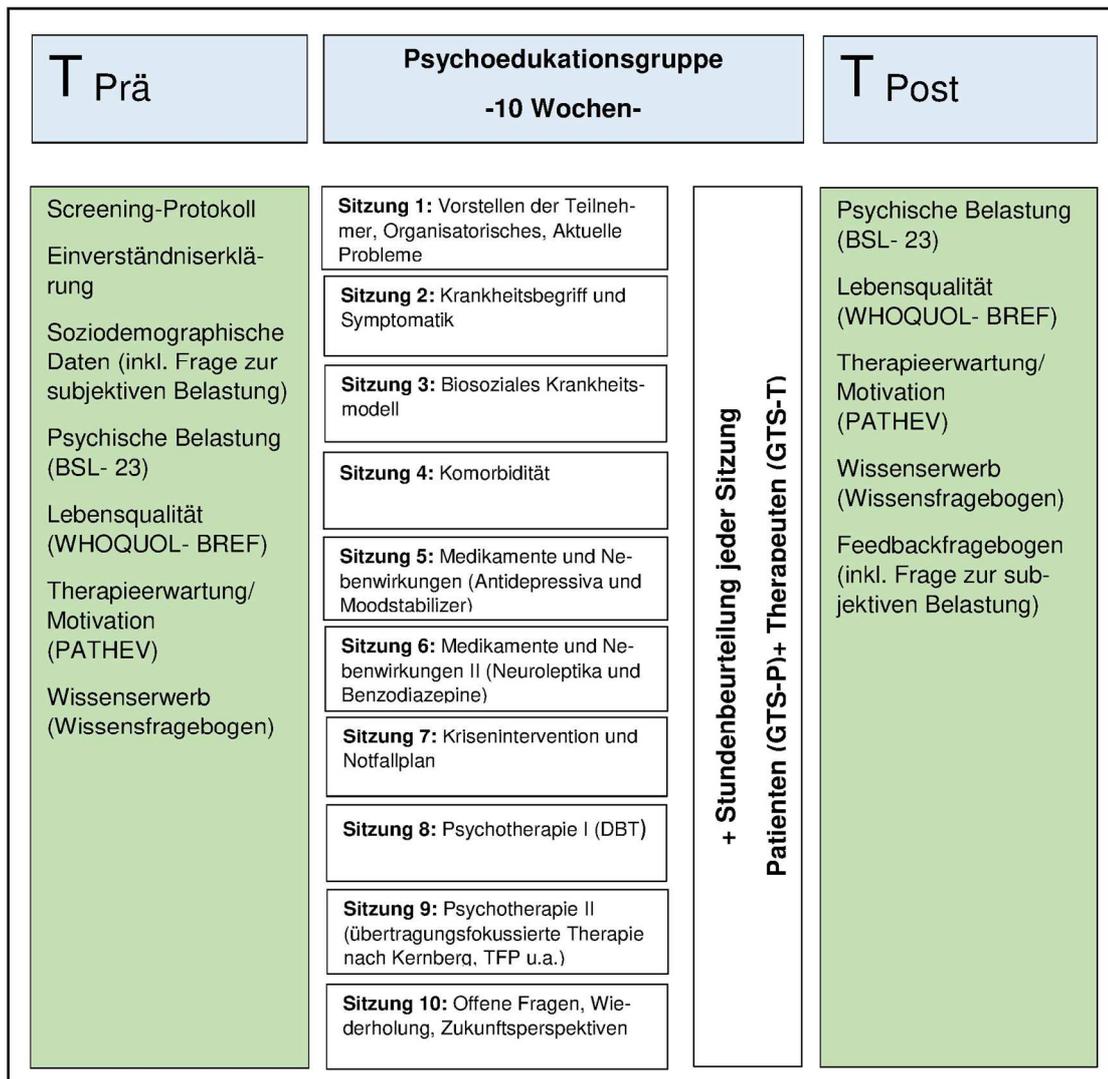


Abbildung 7.1 Studiendesign

### 7.2.1 Patientenfragebogen zu soziodemographischen Daten

Die Fragen zur Ermittlung der soziodemographischen Daten wurden von der Studienarbeitsgruppe entworfen, dabei wurden die Daten mittels eines adhoc-Fragebogens erhoben (vgl. Anhang B 3). Erhoben wurde: Alter, Geschlecht, Alter bei Erstvergabe der Borderline- Diagnose, derzeitige Behandlung, Anzahl der stationären Aufenthalte, letzter stationärer Aufenthalt, Vorerfahrung mit psychotherapeutischen Hilfen, derzeitige Wohnsituation, Schul- und Berufsausbildung sowie die derzeitige berufliche Situation. Darüber hinaus wurde in der letzten Frage (5.1) die derzeitige subjektive Belastung durch die psychischen Probleme erfragt.

### **7.2.2 Borderline- Symptomliste (BSL 23)**

Das Selbstbeurteilungsinstrument BSL-23 (Bohus u. a., 2008) zur Beurteilung der Borderline- Symptomatologie (basierend auf den Kriterien des DSM-IV, dem diagnostischen Interview für Borderline-Störungen DIB-R sowie Expertenmeinungen und Patientenaussagen) orientiert sich an der Langversion BSL-95 (vgl. Anhang B 4). Um die Belastung und Bearbeitungszeit zu reduzieren, wurde eine Kurzform entwickelt. Die BSL besteht aus 23 Items, die anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (0=überhaupt nicht bis 4= sehr stark) beurteilt werden. Zudem wird mittels visueller Analogskala die aktuelle psychische Befindlichkeit erfragt. Ergänzend wird mittels BSL-Ergänzungsskala das Ausmaß der aktuellen dysfunktionalen Verhaltensweisen erhoben. Bei der Auswertung ergibt sich ein Gesamtwert, in den alle 23 Items eingehen. Bei 10 % fehlender Angaben, kann der Fragebogen nicht ausgewertet werden. Durch Aufsummieren der Itemwerte wird die Gesamtskala berechnet. Die BSL weist eine sehr hohe innere Konsistenz, gute Retest-Reliabilität und Validität auf. Darüber hinaus ergaben Analysen eine gute Änderungssensitivität nach Behandlung. Die BSL ermöglicht die Erfassung des Schweregrades (dimensionale Diagnostik) und von Veränderungen (Prozessdiagnostik).

### **7.2.3 World Health Organisation Quality of Life BREF (WHOQOL- BREF)**

Der WHOQOL-BREF stellt mit 26 Items die Kurzversion des WHOQOL-100 dar und ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2002). Diese wird präzisiert als „die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf die persönlichen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000, S. 10). Der WHOQOL-BREF unterteilt sich in die Themenbereiche „physische Gesundheit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. Die Items sind fünffach gestuft (z.B. von „überhaupt nicht“ über „ein wenig“ „mittelmäßig“ „ziemlich“ bis „äußerst“). Die Auswertung bzw. Ermittlung der Skalenwerte wurde mit Hilfe des Handbuchs für die deutschsprachige Version der „WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität“ durchgeführt (Angermeyer u. a., 2000). Die Skalen weisen eine hohe innere Homogenität auf. Die Testgütekriterien hinsichtlich Reliabilität und Validität sind als gut zu beurteilen (vgl. Anhang B 5).

#### **7.2.4 Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation (PATHEV)**

Der „Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation- PATHEV“ (Schulte, 2005) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Therapieerwartung und damit der Therapie- und Veränderungsmotivation. Der PATHEV besteht aus 10 Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet werden. In der vorgestellten Studie wurden lediglich die Subskalen „Hoffnung auf Besserung“ und „Furcht vor Veränderung“ berücksichtigt, da von Interesse ist, ob die Teilnahme an der Gruppe zu einer Inanspruchnahme zu weiterer professioneller Hilfe motiviert. Während die Subbereiche „Hoffnung auf Besserung“ und „Furcht vor Veränderung“ als Prognosevariablen für die Inanspruchnahme und den Erfolg möglicher Nachbehandlungen fungieren, zielt die Subskala „Passung“ eher auf die Beurteilung der aktuellen Therapie ab. Die Skala „Passung“ erschien daher für die Fragestellung nicht geeignet, da die Psychoedukationsgruppe eher als Basis- und vorbereitende Maßnahme für weitere Therapie verstanden werden kann. Durch Aufsummieren der Itemwerte können die Subskalenwerte berechnet werden. Die Testgüte des PATHEV ist als gut zu bewerten, die Konstruktvalidität zeigt sich als theoriekonform (vgl. Anhang B 6).

#### **7.2.5 Wissensfragebogen**

Zur Erhebung des störungsrelevanten Wissens wurde ein von den Autoren des Manuals (Rentrop, Reicherzer & Bäuml, 2007) entworfener und durch die Studienarbeitsgruppe modifizierter Wissensfragebogen verwendet. Er umfasst 16 Fragen zu den Inhalten des Gruppenprogramms. Jede Frage bietet fünf Antwortmöglichkeiten, bei denen mehrere oder alle Antwortmöglichkeiten richtig sein können. Eine Richtig-Positive-Antwort (korrekt als richtig erachtete Antworten) und Richtig-Negative-Antwort (korrekt als falsch klassifizierte Antwort) wurden mit einem Punkt bewertet. Falsch-Negative-Antworten (fälschlicherweise als falsch klassifizierte Antworten, die in Wirklichkeit richtig sind) und die Falsch-Positive-Antworten (fälschlicherweise als richtig erachteten Antworten, die in Wirklichkeit falsch sind) erhielten einen Punkt Abzug. Somit kann pro Frage ein maximaler Punktwert von fünf und durch Addition ein Gesamtwert von 80 erreicht werden. Die Reliabilitätsanalyse der Items ergab über den gesamten Test einen Gesamtwert für als Reliabilitätsmaß Cronbachs  $\alpha = 0.68$ , damit liegt nach der Standardschätzformel der errechnete Wert bei knapp 0.7. Für eine zufriedenstellende Reliabilität psychometrischer Verfahren wird ein Mindestwert von 0.7 vorgeschlagen (Westermann, 2017). Eine Un-

tersuchung der übrigen Testgütekriterien liegt nicht vor. Es sind eine umfassende Überprüfung der Testgüte sowie gegebenenfalls eine Anpassung des Fragebogens notwendig (vgl. Anhang B 7)

### **7.2.6 Feedbackfragebogen**

Mit Interventionsende wurde den Gruppenteilnehmern nach der 10. Sitzung ein von der Autorin erstellter Feedbackbogen zur Gesamtevaluation des Gruppenprogramms ausgehändigt (vgl. Anhang B 8) Der Fragebogen besteht aus 13 Fragen, die auf unterschiedlichen Beurteilungsdimensionen (z.B. Wichtigkeit der Themen, Angemessenheit der Dauer und Uhrzeit der Gruppe) eine Gesamtbeurteilung aller Sitzungen zulassen. Frage 13 („Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch Ihre psychischen Probleme?“) gleicht dabei Frage 5.1 aus dem zu Gruppenbeginn ausgehändigten Fragebogen zu soziodemographischen Daten und lässt dadurch einen Prä-Post-Vergleich hinsichtlich der subjektiv empfundenen Belastung zu (Hypothese 1.2).

### **7.2.7 Gruppentherapie- Patientenstundenbogen (GTS-P)**

Der Patientenstundenbogen GTS-P (Zoubek, 2013) wurde als Methode für Verlaufsmessungen zur Registrierung von Veränderungen eingesetzt. Aus praktikablen und ökonomischen Gründen wurde bei Messwiederholungen nach jeder Sitzung zur Erfassung der Patientenbewertung ein kurzer Fragebogen mit acht fünffach- gestuften Items gewählt (vgl. Anhang B 9) Die Items sind als Selbstaussagen formulierte Urteile, die unterschiedliche Bewertungsdimensionen (z.B. innerliche Beteiligung, Nachvollziehbarkeit, Gruppenatmosphäre) der zuvor stattgefundenen Gruppensitzung erfragen. Analysen von Zoubek (2013) zeigen, dass der GTS-TP die nötigen, psychometrischen Gütekriterien auf Gesamt- und Itemebene erfüllt, wenngleich weitere Untersuchungen durch unabhängige Arbeitsgruppen notwendig erscheinen, um die Testgüte umfassend beurteilen zu können.

### **7.2.8 Gruppentherapie- Therapeutenstundenbogen (GTS-T- Endfassung)**

Zur Erhebung der Therapeutenperspektive wurden der von Zoubek (2013) entworfene und modifizierte Fragebogen GTS-T- Endfassung verwendet (vgl. Anhang B 10) Im Therapiealltag hat sich der GTS-T- Fragebogen als ökonomische und gut akzeptierte Methode der Prozessevaluation bewährt. Der Stundenbogen für Therapeuten ermöglicht neben der klinischen Erhebung zum Zweck der Prozessoptimierung- auch eine kontinuierliche Reflexion und Anpassung des eignen therapeutischen Vorgehens. Der Bogen erfasst die Manual- versus Patientenorientierung und erhebt die Einschätzung des Therapeuten bzgl. der Meinung der Patienten zur Gruppensitzung, der Zufriedenheit des

Therapeuten mit der Sitzung sowie die Manualadhärenz und Patientenorientierung. Der GTS-T Endfassung besteht aus 13 Items, die gleich wie beim Patientenfragebogen nach jeder Sitzung auf einer fünfstufigen Likert-Skala geratet werden. Frage 13 erfasst in einer offenen Formulierung mögliche Verbesserungsmöglichkeiten des Manuals. Die Analysen von Zoubek sprechen für eine gute Testgüte, auch wenn weitere Untersuchungen zur abschließenden Beurteilung der Gütekriterien empfohlen wurden.

### **7.3 Forschungsmethode und Studiendesign**

Die hier beschriebene Studie wurde im Setting der Primärversorgung nah am Versorgungsalltag realisiert. Für diese Art von Studiendesign hat sich der Begriff der „Effektivitätsstudie“ etabliert (Nathan, 2013). Im Vergleich zu Effizienzstudien wird in Effektivitätsstudien die Wirksamkeit unter realistischen, alltagsnahen Voraussetzungen mit der Zielsetzung einer hohen äußeren Validität und Generalisierbarkeit überprüft. Effizienzstudien hingegen entsprechen eher dem „Goldstandard“ der Studienplanung. Hier wird die Wirksamkeit unter Idealbedingungen –meist in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign (RCT)- getestet. Dadurch können Unterschiede in Experimental- und Kontrollgruppen nach der Intervention aufgrund gleichbleibender Bedingungen mit geringer Irrtumswahrscheinlichkeit auf die therapeutische Maßnahme zurückgeführt werden. Bei dieser Studienform liegt eine hohe interne Validität vor, die Ergebnisse sind jedoch eventuell nur bedingt auf die Routinen des Versorgungsalltags zu übertragen. Bei der Wahl des Studiendesigns steht die klinische Forschung häufig einem Konflikt aus dem richtigen Gleichgewicht aus innerer und äußerer Validität gegenüber (Kiene, 2013).

Analog zur Pharmaforschung, bei der der Ablauf der Evidenzbasierung in Phasen eingeteilt wird, etablierte auch sich in der Psychotherapieforschung ein stufenförmiger Prozess. Das in Tabelle 7.2 dargestellte Modell zeigt die Phasen der Therapieevaluation (Jacobi, 2011).

*Tabelle 7.2 Phasen der Psychotherapieprüfung in Analogie zur Pharmaprüfung (Jakobi, 2011, S.614)*

<b>Phase</b>	<b>Inhaltlicher Schwerpunkt</b>	<b>Art der Studien</b>
<b>Phase 1</b>	Konzeptentwicklung	Explizierung theoretischer Annahmen Kasusitiken Manualentwicklung
<b>Phase 2</b>	Exploration mit (nicht kontrollierten) Pilotstudien	Verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien Prä-Post-Analysen in verschiedenen Populationen Offene Studien Durchführbarkeitsstudien Prozess-Outcome- Studien
<b>Phase 3</b>	Wirksamkeitsprüfung	Wirksamkeitsstudien („randomized controlled trails“ RCT) Experimentelle Einzelfallstudien Randomisierte Effektivitätsstudien
<b>Phase 4</b>	Anwendung unter Routinedingungen, klinische Nützlichkeit	Nicht randomisierte Effektivitätsstudien Erweitere Einschlusskriterien Zunehmend naturalistische Bedingungen Anwendungsbeobachtungen

Bezugnehmend auf das Stufenmodell wurde die hier beschriebene Studie als Effektivitätsstudie in der Phase eins und zwei konzipiert. (zu methodenkritischen Aspekten s. Kapitel 9.6). Auf Grundlage der Daten und der Erfahrungswerte aus der Pilotgruppe soll in einem zweiten Schritt eine multizentrische, randomisierte Studie geplant und durchgeführt werden.

Um die in Kapitel 5 dargelegten Fragestellungen einer wissenschaftlichen Evaluation zu unterziehen, wurde ein Ein-Gruppen-Plan mit Vor- und Nachtestung konzipiert. Da im vorliegenden Versuchsplan keine Kontrollgruppe vorgesehen ist, wird die beschriebene Längsschnittuntersuchung nach der gebräuchlichen Nomenklatur von Trochim und Donneley (2006) als vorexperimentell klassifiziert.

Der Messzeitpunkt fungiert als zweifachgestufte unabhängige Variable. Die abhängige Variable (Erfolgsparemeter) und das Wirksamkeitsmaß für die Psychoeukationsintervention direkt nach Gruppenende stellen die die Symptom- und Belastungsreduktion (BSL-23 und Belastungsfrage), die Lebensqualität (WHOQUOL- BREF), die Therapieerwartung- und motivation (PATHEV) sowie das Krankheitswissen (Wissensfragebogen) dar.

## Methode

Als Maß für die Zufriedenheit und Akzeptanz der Psychoedukationsgruppe dient die formative Evaluation mittels Feedbackfragebogen und Stundenevaluationsbögen für Patienten und Therapeuten. Darüber hinaus dient die Abbruchrate als Akzeptanzparameter für die Intervention.

## 8. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die statistische Auswertung und die Stichprobe beschrieben. Bei der Darstellung der Befunde wird zunächst auf die Ergebnisse der summativen Evaluation eingegangen, anschließend folgt die Vorstellung der Befunde der formativen Evaluation.

### 8.1 Statistische Auswertung

Die statistische Analyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics 23. Die Auswertung orientiert sich an den vorgestellten Hypothesen. Die Signifikanzniveaus wurden bei den Analysen auf ein 5 % Niveau festgelegt.

Um statistische Effekte zu untersuchen, kamen T-Tests für verbundene Stichproben und der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test zum Einsatz. Für die Berechnung von T-Tests müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen wird bei kleinen Stichproben ( $N > 30$ ) im Vorfeld geprüft, ob eine Normalverteilung des untersuchten Merkmals vorliegt (Bortz & Schuster, 2010). Zur Überprüfung der Daten wurden für die Variablen Mittelwerte sowie Standardabweichungen errechnet und anhand des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest die Normalverteilung geprüft. Für Hypothesen bei normalverteilten Variablen wurden T-Tests, bei nicht normalverteilten Daten der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test herangezogen. Im Ergebniskapitel der summativen Evaluation wird das verwendete Prüfverfahren jeweils gekennzeichnet. Zum anderen gilt als weitere Voraussetzung für den T-Test eine Intervallskalierung der Variablen, d.h. es werden gleiche Abstände zwischen benachbarten Ausprägungen angenommen, jedoch nur ein relativer aber kein absoluter Nullpunkt. Bei präzise konstruierten Fragebögen, wie bei den in der vorliegenden Arbeit verwendeten Messinstrumenten mit Likert-Skalen, kann annähernd eine Intervallskalierung angenommen werden.

Um der Inflation des Alphafehlers zu begegnen, wurde zur Adjustierung des Alphaniveaus das Signifikanzniveau bei den obengenannten Tests angehoben. Hier kam die Bonferroni-Holm-Korrektur zum Einsatz. Die Bonferroni-Holm-Adjustierung ist weniger konservativ und besitzt eine höhere Power als die klassische Korrektur von Bonferroni. Im schrittweisen Vorgehen werden die  $p$ -Werte aufsteigend nach Größe sortiert und mit wachsenden Grenzen verglichen. Die unten genannten Formeln stellen die Berechnung Schritt für Schritt dar. Die kleinste Grenze wird wie in der klassischen Bonferroni-Adjustierung berechnet (Alphaniveau geteilt durch Anzahl der Haupthypothesen der summa-

## Ergebnisse

tiven Evaluation). Die nächste Grenze entspricht dem Alphaniveau geteilt durch die Anzahl der Hypothesen minus 1, die nächste Grenze wird durch die Anzahl der Hypothesen minus 2 berechnet usw. (Victor, Elsässer, Hommel, & Blettner, 2010):

$$i = 1, \dots, k$$

$$\alpha_{\text{kritisch}_1} = \frac{\alpha}{\text{Anzahl der Messungen } k}$$

$$\alpha_{\text{kritisch}_2} = \frac{\alpha}{\text{Anzahl der Messungen } k - 1}$$

$$\alpha_{\text{kritisch}_i} = \frac{\alpha}{\text{Anzahl der Messungen } k - i + 1}$$

Zusätzlich zu den oben genannten teststatistischen Berechnungen wurden, um der Problematik der statistischen Teststärke bei kleinen Stichproben zu begegnen und um der Frage nach der praktischen Bedeutsamkeit signifikanter Ergebnisse nachzugehen, Effektstärken berücksichtigt. Bei Eingruppen- Prä-Post- Designs können verschiedene Effektstärke- Indizes verwendet werden. Maier- Riehle und Zwingmann (2000) empfehlen beispielsweise, dass die Mittelwertsdifferenz an der gepoolten Standardabweichung der Prä- und Post-Werte standardisiert wird. Die Effektstärkenanalysen bei Mittelwertvergleichen des T-Tests wurden über das standardisierte Maß der Effektstärke Cohen's  $d$  mit folgender Formel berechnet:

$$\text{Cohen's } d = \frac{(M_{\text{prä}} - M_{\text{post}})}{SD_{\text{pooled}}}$$

$M_{\text{prä}}$  stellt den Mittelwert der Prämesswerte,  $M_{\text{post}}$  den Mittelwert der Postmesswerte und  $SD_{\text{pooled}}$  deren gemeinsam gepoolte Standardabweichung dar. Bei kleinen Stichprobengrößen ( $N < 30$ ) empfehlen Hedges und Olkin zur Optimierung der Effektstärke eine Standardisierung der Mittelwertsdifferenz durch eine gepoolte Standardabweichung von Prä- und Postgruppe (Leonhard, 2004). Die Formel berechnet sich laut Maier- Riehle und Zwingmann (2000) wie folgt:

$$SD_{\text{pooled}} = \sqrt{\frac{(N_{\text{prä}} - 1) SD_{\text{prä}}^2 + (N_{\text{post}} - 1) SD_{\text{post}}^2}{N_{\text{prä}} + N_{\text{post}} - 2}}$$

Zur Beurteilung der Effektgröße liefert Cohen (1988) folgende Konventionen:  $d = 0.20$  schwacher,  $d = 0.50$  mittlerer und  $d = 0.80$  starker Effekt.

## Ergebnisse

Um die Bedeutsamkeit der Ergebnisse bei der Berechnung durch den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test zu beurteilen, wurde der Korrelationskoeffizient  $r$  als Post-hoc Test herangezogen. Er berechnet sich anhand des Z-Wertes und der Stichprobengroße  $N$ , die im SPSS-Output als Prüfgrößen angegeben werden (Rosenthal, 1994). Die Formel lautet:

$$r = \frac{z}{\sqrt{N}}$$

Zur Interpretation dient die Einteilung nach Cohen (1988):

$r=0.10$  schwacher Effekt,  $r=0.30$  mittlerer Effekt,  $r=0.50$  starker Effekt.

Gignac und Szodarai (2016) untersuchten die Häufigkeit der Effektstärken in Studien und stellten fest, dass die oben genannten Konventionen nach Cohen die Studienlage nicht adäquat abbilden. Unter 3 Prozent der Befunde lieferten Effektstärken über  $r=0.50$ . Daher wurde von den Autoren folgende Einteilung empfohlen:

$r=0.10$  schwache,  $r=0.20$  mittlere,  $r=0.30$  große Effektstärke. Diese Einteilung wird zur Interpretation der Effektstärken in der vorliegenden Arbeit herangezogen.

Für die Analyse von Zusammenhängen wurden bivariate Korrelationen berechnet. Die Resultate der Korrelation liefern Informationen über ungerichtete Zusammenhänge ohne Hinweise auf eine Ursache- Wirkungsrichtung. Damit Zusammenhänge zwischen den Wirksamkeitskriterien und soziodemografischen bzw. krankheitsbezogenen Variablen berechnet werden konnten, wurden zunächst die Differenzen der Wirksamkeitskriterien zwischen Prä- und Postmesszeitpunkt in Form von Deltawerten berechnet (Unterschied Prätest-Posttest).

Bei den vorwiegend vorliegenden ordinalskalierten Daten wurde der Zusammenhang mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten nach Spearman Rho berechnet. Die Korrelation nach Spearman wird als nonparametrisches Äquivalent zur Korrelationsanalyse nach Bravais-Pearson angewendet und wird dabei nicht zwischen den Originaldatenpunkten selbst (vgl. Bravais- Pearson Korrelation), sondern zwischen ihren Rängen berechnet. Die Formel lautet:

$$r_{sp} = \frac{\sum(r_i - \bar{r}) * (s_i - \bar{s})}{\sqrt{\sum(r_i - \bar{r})^2 * \sum(s_i - \bar{s})^2}}$$

Zusammenhänge zwischen zwei kategorialen Variablen wurden mittels Kreuztabellen dargestellt. Um die Verteilung kategorialer Merkmale in Kreuztabellen auf stochastische Unabhängigkeit zu prüfen, kam als Alternative zum Chi-Quadrat- Unabhängigkeitstest der Exakte Test nach Fisher (bei erwarteten Häufigkeiten in Feldern der Kreuztabelle < 5) zur Anwendung.

## 8.2 Abbruchrate

Für die Teilnahme an der Untersuchung wurden insgesamt 44 Patienten gescreent.  $N=37$  erfüllten die Einschlusskriterien und wurden in das Studienprogramm einbezogen. Die Abbruchrate (Drop-out) lag bei  $N=7$  Patienten. Dies entspricht einer Abbruchrate von 18.92 %. Alle Abbrecher beendeten die Teilnahme innerhalb der ersten drei Sitzungen vorzeitig.

## 8.3 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden werden zur Beschreibung der Stichprobe zunächst die soziodemographischen Daten dargelegt, im weiteren Verlauf wird auf die behandlungs- und krankheitsbezogenen Stichprobendaten eingegangen.

In Tabelle 8.1 sind die soziodemographischen Daten mit Häufigkeiten aufgeführt: Die zu analysierende Stichprobe umfasste  $N=30$  Probanden. Insgesamt nahmen 25 weibliche (83.3%) und fünf männliche (16.7%) im Alter zwischen 18 und 53 Jahren an der Psychoedukationsgruppe teil ( $M=28.93$ ;  $SD=9.40$ ). Die größte Altersgruppe bildeten die 20-29 Jährigen (53.3%). Die zweitgrößte Gruppe stellten die 30-39 Jährigen dar (17.0%). Gleich stark vertreten waren die unter 20 Jährigen (13.3%) und 40-49 Jährigen (13.3%). Mit einem Patienten war die Gruppe der über 50- Jährigen die kleinste (3.3%).

Neun Patienten gaben an, mit dem Ehe/Lebenspartner zu leben, dies macht mit 30% ca. ein Drittel der Stichprobe aus. Der zweitgrößte Teil der Probanden (23.3%) lebte alleine. Fünf gaben an, bei den Eltern zu wohnen, weitere fünf lebten in einer Wohngemeinschaft. Zwei (6.7%) wohnten in einer therapeutischen Einrichtung (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft). Der übrige Teil lebte mit Kind/Kindern (3.3%) oder „anders“ (3.3%).

Die meisten der Studienteilnehmer, nämlich 43.3 % hatten das Gymnasium besucht. Etwa ein Drittel (30.0%) hatte einen Realschulabschluss, 16.7% gaben einen Abschluss an der Fachoberschule an. Je ein Teilnehmer hatte keinen Schulabschluss, einen Hilfs-/oder Sonderschulabschluss oder einen Mittelschul-/Hauptschulabschluss.

Hinsichtlich der Berufsausbildung ergibt sich folgende Verteilung: 30.0% besuchten bzw. besuchen derzeit die Hochschule/Fachhochschule. 20.0 % absolvierten/absolvieren

## Ergebnisse

eine Lehre, 16.7 % eine Fach/Meisterschule. Je 13.3 % hatten eine andere Berufsausbildung oder keine Berufsausbildung begonnen. Die Ausbildung abgebrochen hatten 6.7 % der Teilnehmer.

Der größte Anteil der Teilnehmer arbeitete zum Zeitpunkt der Erhebung nicht (63.3 %). Zu dieser Gruppe zählen u.a. auch Rentner, Studenten, Auszubildende sowie Hausfrauen. 26.7 % sind teilzeitbeschäftigt, 10.0 % teilzeitbeschäftigt.

*Tabelle 8.1 Soziodemographische Angaben der Psychoedukationsgruppe*

<b>Soziodemografische Variable</b>		<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>Alter in Jahren *</b>	Bis 19	4	13.4
	20-29	16	53.4
	30-39	5	16.6
	40-49	4	13.2
	Über 50	1	3.3
<b>Geschlecht</b>	Männlich	5	16.7
	Weiblich	25	83.3
<b>Familien/Wohnsituation</b>	Allein	7	23.3
	Mit Eltern	5	16.7
	Mit Ehe-/ Lebenspartner	9	30.0
	Mit Kind/ Kindern	1	3.3
	In einer Wohngemeinschaft	5	16.7
	In einer therapeutischen Einrichtung (z.B. Therapeutische WG)	2	6.7
<b>Schulabschluss</b>	Anders	1	3.3
	Kein Schulabschluss	1	3.3
	Hilfs-/ Sonderschule	1	3.3
	Mittelschule (ehemals Hauptschule)	1	3.3
	Realschule	9	30.0
	Fachoberschule	5	16.7
	Gymnasium	13	43.3
<b>Berufsausbildung</b>	Lehre	6	20.0
	Fach/ Meisterschule	5	16.7
	Hochschule/Fachhochschule	9	30.0
	Andere	4	13.3
	Keine Berufsausbildung begonnen	4	13.3
	Ausbildung abgebrochen	2	6.7
<b>Berufliche Situation</b>	Vollbeschäftigt	8	26.7
	Teilbeschäftigt	3	10.0
	Derzeit keine Arbeit (Rentner, Student, Ausbildung, Hausfrau etc.)	19	63.3

**Anmerkung:**

\*Für diese Variablen wurden nachträglich Kategorien gebildet.

**N = 30**

## Ergebnisse

In Tabelle 8.2 werden krankheits- und behandlungsbezogene Variablen mit zusätzlicher Angabe der Häufigkeiten dargestellt. Etwa zwei Drittel (63.3%) besuchten acht oder mehr Sitzungen der Psychoedukationsgruppe. Etwa ein Drittel (36.7 %) nahm an fünf bis sieben Sitzungen teil.

Der überwiegende Teil der Patienten war bei Erstvergabe der Diagnose unter 20 Jahre alt (44.4%). 33.3% befanden sich im Alter zwischen 20-29 Jahren, 11.1 % zwischen 30-39 Jahren, 7.4% zwischen 40-49 Jahren und 3.7 % über 50 Jahren ( $M_{\text{Erstvergabe}}= 24.48$ ;  $SD=9.22$ ). Während der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe befand sich über die Hälfte der Patienten parallel in ambulanter psychiatrischer Behandlung (50 %), ein Drittel (33.3 %) wurde zudem ambulant psychotherapeutisch behandelt. Während 16.7 % der Teilnehmer zur selben Zeit stationär und 3.3% tagklinisch therapiert wurden, gaben 16.7 % an, derzeit keine Behandlung zu erhalten. Weitere 6.7 % nahmen anderweitige Hilfen in Anspruch (Beratungsstellen, Kunsttherapie).

23.3 % der Teilnehmer berichteten, noch nie stationär aufgenommen worden zu sein. 36.6 % wurden bereits 1-3-mal stationär behandelt und 40.0 % gaben mehr als 4 stationäre Aufenthalte an.

Bei 39.3 % lag der letzte stationäre Aufenthalt 2-12 Monate zurück. 25.0 % der Teilnehmer wurden zuletzt vor 1-5 Jahren stationär aufgenommen und 10.7 % der Patienten wurden vor 5 Jahren letztmalig stationär behandelt.

Beinahe alle Patienten hatten bereits einzels psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen (93.3%). Fast die Hälfte (46.7%) hatte Vorerfahrung mit gruppen psychotherapeutischen Angeboten und 40% der Teilnehmer hatten bereits Literatur zu Rate gezogen. Zudem wurde bereits Erfahrung mit Psychoedukation (20%) und dem Borderline- Dialog (5.7%) gesammelt. 16.7 % nutzen bereits Familien- und Paartherapie, 6.7 % hatten sich in Foren und auf Websites über die Störung informiert und ausgetauscht.

Tabelle 8.2 Störungs- und behandlungsbezogene Angaben der Psychoedukationsgruppe

Krankheits- und behandlungsbezogene Daten		Häufigkeit	Prozent
<b>Alter bei Erstvergabe der BPS Diagnose*</b>	Bis 19	12	44.4
	20-29	9	33.3
	30-39	6	11.1
	40-49	2	7.4
	Über 50	1	3.7
<b>Derzeitige Behandlung**</b>	Ambulant Psychiater	15	50.0
	Ambulant Psychotherapeut	10	33.3
	Stationär	5	16.7
	Derzeit keine Behandlung	5	16.7
	Anderweitige Behandlung (Beratungsstelle, Kunsttherapie)	2	6.7
	tagklinisch	1	3.3
<b>Anzahl stationärer Aufenthalte*</b>	Keine	7	23.3
	1mal	7	23.3
	2mal	1	3.3
	3mal	3	10.0
	4-6mal	1	3.3
	7-10mal	5	16.7
	11-20mal	2	6.7
	Über 20mal	3	13.3
<b>Letzter Stationärer Aufenthalt</b>	Vor 2-6 Monaten	7	25.0
	Vor 6-12 Monaten	4	14.3
	Vor 13-36 Monaten	6	21.4
	Vor 37-60 Monaten	1	3.6
	Vor 5 Jahren	3	10.7
	Noch nie in stationärer Behandlung	7	25.0
<b>Vorerfahrung mit Psychotherapie**</b>	Einzels psychotherapie	28	93.3
	Gruppenpsychotherapie	14	46.7
	Literatur/ Ratgeber	12	40.0
	Psychoedukation	6	20.0
	Familien-/ Paartherapie	5	16.7
	Selbsthilfe	4	13.3
	Vorerfahrung anders (Websites, Foren etc.)	2	6.7
	Borderline-Trialog	2	6.7

**Anmerkung:**

\*Für diese Variablen wurden nachträglich Kategorien gebildet.

\*\* Für diese Variablen waren Mehrfachantworten möglich

**N = 30**

Im Hinblick auf den Schweregrad der Symptomatik lagen die Teilnehmer in der BSL-23 zum Beginn der Studie mit einem Mittelwert von 1.80 (Minimum= 0.22; Maximum= 3.52;  $SD= 0.88$ ) im Vergleich zum von Bohus untersuchten BPS-Patientenkollektiv auf einem  $PR= 39$ . Die von Bohus angegebenen Prozentrangnormen der BSL-23 wurden aus der

BSL-95 (Langform) errechnet und können aufgrund ihres vorläufigen Ergebnisses nur eingeschränkt zur Interpretation herangezogen werden. Vergleichswerte zur Normalbevölkerung stehen derzeit nicht zur Verfügung.

#### **8.4 Ergebnisse der summativen Evaluation**

Im Folgenden sollen die statistischen Tests und die Ergebnisse in Bezug auf die in Kapitel 5 dargestellten Hypothesen beschrieben werden.

##### **8.4.1 (Symptom-)belastung**

Nach Hypothese 1.1 wurde angenommen, dass sich bei Patienten nach Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe das Ausmaß der intrapsychischen Belastung signifikant vermindert. Laut Hypothese 1.2 wurde erwartet, dass sich neben der reduzierten Symptombelastungen eine signifikante Verminderung der subjektiv erlebten Belastung zeigt. Die Fragestellungen wurden mit Hilfe der Subskalen „BPS-Symptome“, „Dysfunktionale Verhaltensweisen“ sowie „Allgemeine psychische Befindlichkeitsskala“ der BSL-23 (Hypothese 1.1) und der Abfrage im Soziodemografischen Fragenbogen (Prä) und Feedbackfragebogen (Post) (Hypothese 1.2) operationalisiert. Um die Hypothesen auf ihre statistische Signifikanz zu testen, wurden T-Tests bei gepaarten Stichproben sowie Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtests berechnet.

**Zu Hypothese 1.1:** Die Subskala „Symptome“ in der BSL zeigte keine Abweichung von der Normalverteilung ( $T_{\text{prä}}: p > 0.200$ ,  $T_{\text{post}}: p > 0.200$ ) Um die statistische Signifikanz der Veränderung zu prüfen wurde ein T-Test berechnet. Die Ergebnisse des T-Test bei abhängigen Stichproben für die Subskala „Symptome“ zeigen eine marginal statistisch signifikante Verminderung der BPS- Symptome über den Zeitverlauf ( $t(29) = 1.93$ ,  $p = 0.063$ ). Durch die Bonferroni-Holm-Korrektur ergibt sich ein korrigierter  $p$ -Wert von 0.378.

Die Skala „dysfunktionale Verhaltensweisen“ ( $T_{\text{prä}}: p = 0.060$ ,  $T_{\text{post}}: p = 0.000$ ) sowie die Einschätzung auf der psychischen Befindlichkeitsskala ( $T_{\text{prä}}: p = 0.017$ ,  $T_{\text{post}}: p = 0.072$ ) zeigte nicht zu allen Messzeitpunkten eine Normalverteilung. Daher wurde zur Überprüfung auf Signifikanz als non-parametrisches Verfahren der Wilcoxon- Vorzeichen-Rang-Test eingesetzt. Die Patienten zeigten im Prä-Post Vergleich keinen signifikanten Abfall von BPS-assoziierten Verhaltensweisen ( $z = -1.78$ ,  $p = 0.075$ ,  $p_{\text{korrigiert}} = 0.378$ ). Im Hinblick auf die Einschätzung der Befindlichkeit von 0 bis 100 zeigt sich eine signifikante Steigerung des Befindens zwischen  $T_{\text{prä}}$  und  $T_{\text{post}}$  ( $z = -2.80$ ,  $p = 0.005$ ). Die Veränderung hält der Bonferroni- Holm-Korrektur stand ( $p_{\text{korrigiert}} = 0.035$ ) (vgl. Abb. 8.1).

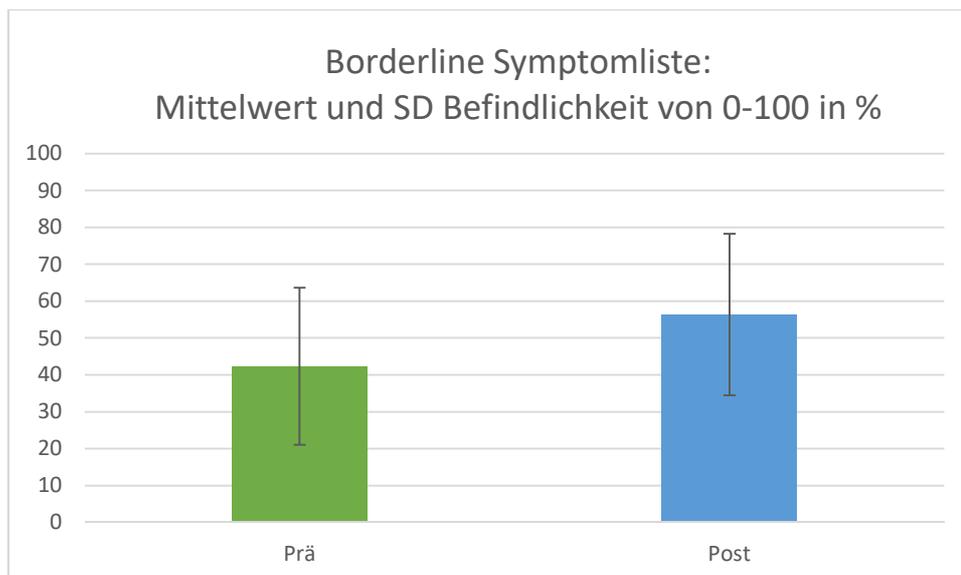


Abbildung 8.1 Vergleich der Befindlichkeit von 0-100 im BSL-23 im Verlauf

Die nachfolgende Tabelle 8.3 zeigt die Mittelwerte der Subskalen in der BSL-23 im Prä-Post-Vergleich sowie die Standardabweichungen.

Tabelle 8.3 Veränderungen im BSL-23

Subskalen BSL-23	$M_{\text{Prä}}$	$M_{\text{Post}}$	$SD_{\text{Prä}}$	$SD_{\text{Post}}$	$P_{\text{korrigiert}}$
<b>BPS Symptome</b>	1.80	1.59	0.88	0.91	0.378
<b>Dysfunktionale Verhaltensweisen</b>	0.49	0.40	0.30	0.28	0.378
<b>Befindlichkeit 0-100</b>	43.33	56.33	21.32	21.89	0.035

**Zu Hypothese 1.2:** Im Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt sich eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung ( $T_{\text{prä}}$ :  $p=0.002$ ,  $T_{\text{post}}$ :  $p<0.000$ ), weshalb zur Messung der statistischen Signifikanz der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test zur Anwendung kam. Die Patienten verzeichnen einen hoch signifikanten Abfall der subjektiven Belastung im Prä-Post-Vergleich ( $z=-2.99$ ,  $p=0.003$ ). In der ersten Messung sind die Mittelwerte ( $M_{\text{prä}}=2.67$ ,  $SD_{\text{prä}}=1.03$ ) signifikant höher als in der Postmessung ( $M_{\text{post}}=1.90$ ,  $SD_{\text{post}}=1.16$ ). Die Verbesserung hält der Adjustierung im Bonferroni-Holm-Nachtest stand ( $p_{\text{korrigiert}}=0.024$ ). Abbildung 8.2 zeigt den Vergleich der Belastung im Eigenurteil.

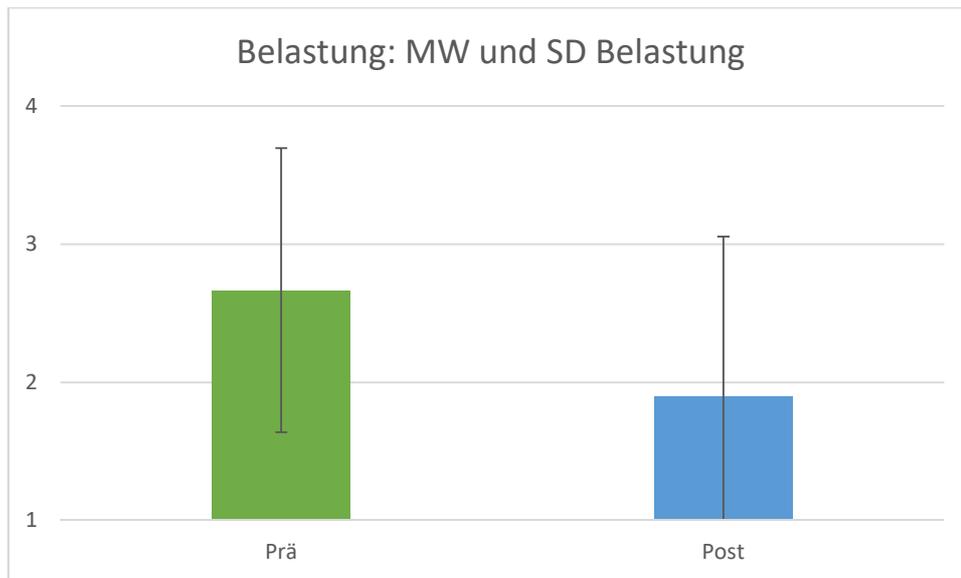


Abbildung 8.2 Vergleich der subjektiven Belastung im Verlauf

#### 8.4.2 Lebensqualität

Laut Hypothese 2 wurde angenommen, dass die subjektive Lebensqualität im Sinne einer individuellen Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation durch die psychoedukative Intervention signifikant ansteigt. Die Operationalisierung dieser Fragestellung erfolgte über die Subskalen „physische Gesundheit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ des WHOQOL-BREF.

**Zu Hypothese 2:** Die teststatistischen Voraussetzungen für die Durchführung eines parametrischen Verfahrens waren nur für vereinzelte Skalen erfüllt. Der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ ( $T_{\text{prä}}: p > 0.200$ ,  $T_{\text{post}}: p > 0.200$ ) und „Soziale Beziehungen“ ( $T_{\text{prä}}: p > 0.200$ ,  $T_{\text{post}}: p > 0.200$ ) lag zu beiden Messzeitpunkten eine Normalverteilung vor. Daher kamen zum Test auf statistische Signifikanz T-Tests bei abhängigen Stichproben zur Anwendung. Die Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ zeigte im Prä-Post-Vergleich eine Tendenz zur signifikanten Verbesserung ( $t(29) = -1.84$ ,  $p = 0.076$ ). Bei der Subskala „Soziale Beziehungen“ ergaben sich signifikante Veränderungen ( $t(29) = -3.38$ ,  $p = 0.002$ ), d.h. Patienten schätzten ihre sozialen Beziehungen im Vergleich zur ersten Messung nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe signifikant besser ein (vgl. Abb. 8.3). Der Bonferroni-Holm Post-Hoc-Test zeigt ebenfalls eine signifikant bessere Einschätzung der sozialen Beziehungen zwischen der ersten und zweiten Messung ( $p_{\text{korrigiert}} = 0.020$ ).

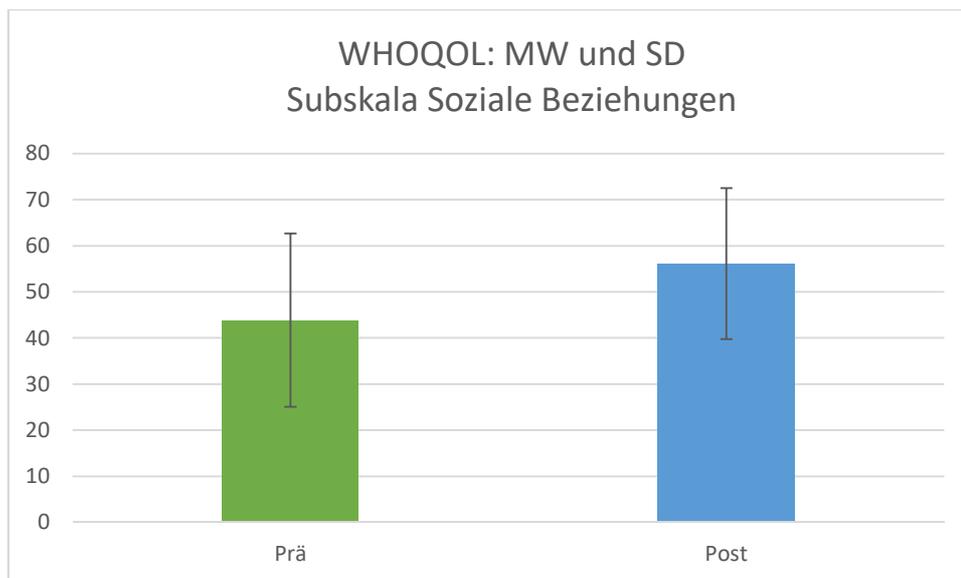


Abbildung 8.3 Einschätzung der Qualität der sozialen Beziehungen im Verlauf

Die Subskalen „Physisches Wohlbefinden“ ( $T_{\text{prä}}: p=0.015$ ,  $T_{\text{post}}: p=0.050$ ) und „Umwelt“ ( $T_{\text{prä}}: p>0.200$ ,  $T_{\text{post}}: p=0.003$ ) wiesen keine normalverteilten Daten auf. Zur Überprüfung der Signifikanz kam als non-parametrisches Überprüfungsverfahren der Wilcoxon-Test zur Anwendung. Für beide Skalen ergaben sich keine signifikanten Veränderungen (Subskala „Physisch“:  $z=-1.41$ ,  $p=0.160$ ; Subskala „Umwelt“:  $z=-1.31$ ,  $p=0.190$ ). Nach der Bonferroni-Holm-Korrektur ergibt sich ein  $p$ -Wert von 0.480. Die nachfolgende Tabelle 8.4 zeigt Mittelwerte der Subskalen im WHOQOL-BREF im Prä-Post-Vergleich sowie die Standardabweichungen.

Tabelle 8.4 WHOQOL- BREF, Veränderungen der Lebensqualität

Subskalen WHO-QOL BREF	$M_{\text{Prä}}$	$M_{\text{Post}}$	$SD_{\text{Prä}}$	$SD_{\text{Post}}$	$P_{\text{koriert}}$
Psychisches Wohlbefinden	35.00	41.80	17.99	23.48	0.378
Soziale Beziehungen	43.89	56.11	18.82	16.37	0.020
Physisches Wohlbefinden	51.78	56.42	17.39	15.36	0.480
Umwelt	62.50	70.20	11.75	30.01	0.480

### 8.4.3 Therapieerwartung- und motivation

Nach Hypothese 3 wurde angenommen, dass die Therapieerwartung und damit die Therapie- und Veränderungsmotivation durch die Teilnahme an der psychoedukativen

## Ergebnisse

Gruppe signifikant ansteigt. Die Fragestellung wurde durch die Subskalen „Furcht vor Veränderung“ und „Hoffnung auf Besserung“ des PATHEV operationalisiert.

**Zu Hypothese 3:** Da weder für die Subskala „Furcht vor Veränderung“ ( $T_{\text{prä}}: p > 0.200$ ,  $T_{\text{post}}: p = 0.018$ ) noch die Skala „Hoffnung auf Besserung“ ( $T_{\text{prä}}: p < 0.000$ ,  $T_{\text{post}}: p = 0.044$ ) zu allen Messzeitpunkten normalverteilten Daten vorlagen, kam der Wilcoxon- Vorzeichen-Rangtest zur Anwendung.

Die Skala „Furcht vor Veränderung“ zeigte keine signifikante Abnahme im Verlauf. ( $z = -0.92$ ,  $p = 0.354$ ,  $p_{\text{korr}} = 0.480$ ). Deskriptiv zeigt sich zwar eine leichte Tendenz zur Besserung, die Mittelwerte sind jedoch sowohl in der Prä- als auch in der Postmessung vergleichsweise niedrig ( $M_{\text{prä}} = 2.57$ ,  $SD_{\text{prä}} = 0.97$ ,  $M_{\text{post}} = 2.38$ ,  $SD_{\text{post}} = 1.09$ ).

In der Skala „Hoffnung auf Besserung“ erhöhte sich der Mittelwert jedoch in einem hoch signifikanten Ausmaß ( $z = -3.15$ ,  $p = 0.002$ ), d.h. Patienten zeigten sich nach der psychoedukativen Gruppe hoffnungsvoller ( $M_{\text{post}} = 3.43$ ,  $SD_{\text{post}} = 0.49$ ) im Hinblick auf die Besserung der psychischen Problembereiche im Vergleich zu Beginn der Intervention ( $M_{\text{prä}} = 2.99$ ,  $SD_{\text{prä}} = 0.48$ ). Die Veränderung hält dem Bonferroni-Holm adjustierten Nachtest stand ( $p_{\text{korr}} = 0.020$ ). Abbildung 8.4 zeigt die Veränderung der Hoffnung auf Besserung vor und nach der psychoedukativen Intervention.

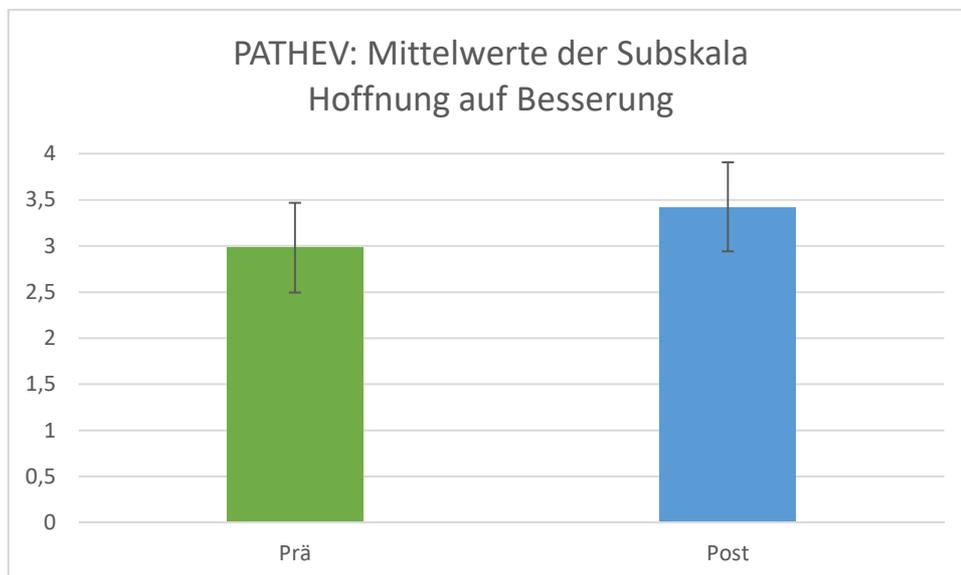


Abbildung 8.4 Vergleich der Hoffnung auf Besserung im Verlauf

#### 8.4.4 Krankheitswissen

Hypothese 4 nahm an, dass bei Gruppenteilnehmern ein signifikanter Wissenszuwachs hinsichtlich der Störung und ihrer Behandlung zu beobachten ist. Der Kolomorov-Smir-

## Ergebnisse

nov-Test ergab zum Prä-Messzeitpunkt eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung ( $T_{\text{prä}}: p= 0.113$ ,  $T_{\text{post}}: p= 0.021$ ), weshalb ein non-parametrisches Verfahren zu Einsatz kam (Wilcoxon- Vorzeichen-Rang-Test).

**Zu Hypothese 4:** Die Teilnehmer steigerten ihr Wissen über die BPS vom ersten ( $M_{\text{prä}}= 51.13$ ,  $SD_{\text{prä}}=11.06$ ) zum zweiten Messzeitpunkt ( $M_{\text{post}}=64.80$ ,  $SD_{\text{post}}= 9.66$ ). Die Ergebnisse zeigen eine höchst signifikante Veränderung ( $z= -4.74$ ,  $p>0.000$ ). Die Bonferroni-Holm Korrektur ergibt ebenfalls, dass der Effekt durch eine hoch signifikante Steigerung des Wissens erklärbar ist ( $p_{\text{koriert}}= 0.000$ ) (vgl. Abb. 8.5).

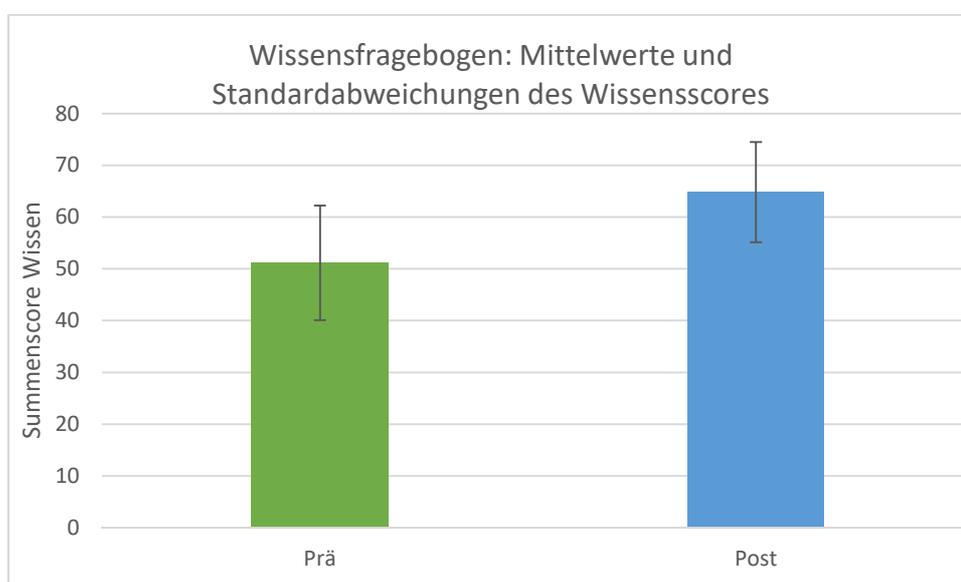


Abbildung 8.5 Wissenszuwachs im Prä- Post Vergleich

Bei der näheren Betrachtung des Wissensfragebogens wird deutlich, dass bei allen Fragen im Prä-Post Vergleich ein signifikanter Unterschied evident wird. Ausnahmen stellen Frage 2, 8,9 und 13 dar, d.h. Patienten verzeichnen hier keinen signifikanten Wissenszuwachs. Frage 8 und 9 beziehen sich auf die Sitzungen bezüglich der Medikation, Frage 2 prüft Wissen zur Borderline-Symptomatik und Frage 13 zur Psychotherapie (vgl. Tab. 8.5).

Tabelle 8.5 Mittelwerte, Standardabweichungen und P-Werte der Wissensfragen, die im Prä-Post-Vergleich keine Veränderung auswiesen

	$M_{\text{Prä}}$	$M_{\text{Post}}$	$SD_{\text{Prä}}$	$SD_{\text{Post}}$	$P$
<b>Frage 2</b>	4.07	4.47	1.26	0.90	0.153
<b>Frage 8</b>	2.13	2.87	1.72	2.22	0.127
<b>Frage 9</b>	4.07	4.33	1.36	1.09	0.360
<b>Frage 13</b>	3.87	4.13	1.46	1.14	0.346

### 8.4.5 Effektstärken

Als Maß für die praktische Bedeutsamkeit der Veränderungen nach einer Intervention können Effektstärkemaße dienen. Tabelle 8.6 zeigt die zu den Hauptfragestellungen berechneten Effektstärken.

Tabelle 8.6 Effektstärken der Fragebogenskalen

Fragebogen	Effektstärke
<b>BSL</b>	
Symptome	d= -.235
Dysfunktionale Verhaltensweisen	r= -.325**
Befindlichkeit 0-100	r= -.511**
<b>Subjektive Belastung</b>	
	r=-.546**
<b>WHO-QUOL</b>	
Psychisches Wohlbefinden	d= -.319
Soziale Beziehungen	d= -.691*
Physisches Wohlbefinden	r= -.257*
Umwelt	r= -.229*
<b>PATHEV</b>	
Hoffnung auf Besserung	r= -.575**
Furcht vor Veränderung	r= -.167
<b>Wissensfragebogen</b>	
	r= -.865**

\*= mittlerer Effekt , \*\* =starker Effekt

Zusammengenommen lässt sich unter Bezugnahme auf die Einteilung nach Cohen sowie Gignac und Szodorai beim einem Großteil der Werte eine Tendenz zu mittleren bis starken Effekten feststellen. Die stärksten Effekte zeigen sich bei der Verbesserung der „Befindlichkeit“ und „dysfunktionale Verhaltensweisen“ in der BSL-23, die Reduktion der subjektiven Belastung, den Anstieg an „Hoffnung auf Besserung“ im PATHEV und die Steigerung von Wissen im Wissensfragebogen. Mittelgroße Effektstärken ergeben sich für die Verbesserung der „sozialen Beziehungen“ sowie des „physischen Wohlbefindens“ und für die Einschätzung der Lebensqualität im Hinblick auf die „Umwelt“ (WHOQOL-BREF). Die Reduktion der Symptombelastung (BSL-23), die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (WHOQOL- BREF) sowie die Verminderung der „Furcht vor Veränderung“ (PATHEV) wiesen nur einen schwachen Effekt auf.

### 8.4.6 Kontingenz- und Korrelationsanalysen

In der vorliegenden Studie wurden als Wirksamkeitskriterien der Psychoedukation die Verlaufsbeurteilung von (Symptom-) Belastung, Lebensqualität, Therapieerwartung/-

motivation und Krankheitswissen herangezogen. Zudem wurden folgende soziodemografische bzw. krankheitsbezogene Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Wohnsituation, Schulabschluss, Berufsausbildung, Alter bei Erstvergabe der Diagnose, derzeitige Behandlung, Anzahl an stationären Aufenthalten, letzter stationärer Aufenthalt, Vorerfahrung mit psychotherapeutischen Verfahren und Anzahl an teilgenommenen Psychoedukationssitzungen.

Kontingenz- sowie Korrelationsanalysen zwischen den obengenannten soziodemografischen bzw. krankheitsbezogenen Daten und Differenzvariablen der Wirksamkeitskriterien (Differenz zwischen Post und Prä-Messzeitpunkt) ergaben insgesamt überwiegend niedrige und nicht signifikante Zusammenhänge. Im Folgenden werden lediglich signifikante Zusammenhänge berichtet. Um Zufallsbefunde auszuschließen, wurde eine Bonferroni-Holm-Korrektur vorgenommen.

Die Analyse wies in der bivariaten Korrelation nach Spearman Rho einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl an teilgenommenen Sitzungen und der Differenz der Belastung (T2-T1) auf ( $r = -0.463$ ;  $p = 0.016$ ): Demzufolge verringert sich die Belastung mit der steigenden Anzahl an teilgenommenen Psychoedukationssitzungen. Durch die Bonferroni-Holm-Korrektur ergibt sich ein korrigierter  $p$ -Wert von 0.066 und damit ein marginal signifikanter Zusammenhang.

Zudem wurde ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an teilgenommenen Sitzungen und der Differenz der psychischen Lebensqualität (T2-T1) erhoben durch den WHOQOL-BREF-Fragebogen ( $r = 0.393$ ;  $p = 0.032$ ) gefunden, der der Bonferroni-Holm-Adjustierung jedoch nicht standhält ( $p_{\text{korrigiert}} = 0.320$ ).

Die Analyse wies in der Korrelation nach Spearman Rho zudem einen positiv signifikanten Zusammenhang zwischen der Variable „Alter bei Erstvergabe der Diagnose“ und der Differenz dysfunktionaler Verhaltensweisen (T2-T1) erhoben mittels BSL-23 auf ( $r = 0.411$ ;  $p = 0.033$ ). Das Ergebnis hält der Bonferroni-Holm-Korrektur jedoch ebenfalls nicht stand ( $p_{\text{korrigiert}} = 0.320$ ).

## **8.5 Ergebnisse der formativen Evaluation**

Bezüglich der formativen Evaluation erfolgte eine deskriptive Auswertung der Gruppenstundenbögen sowie des Feedbackfragebogens.

### **8.5.1 Sitzungsbeurteilung der Patienten GTS-P**

Hinsichtlich der Patientenbeurteilung im GTS-P zeigt sich mit Werten über 2.5 auf der Likert-Skala eine insgesamt positive Beurteilung des Gruppenprogramms (auf der Likert-Skala mit einer Abstufung von 0 bis 4 wird ein Wert von  $\geq 2.5$  als „positiv“ definiert). In

## Ergebnisse

Abbildung 8.6 sind die Gesamtmittelwerte der Items ersichtlich. Wie die genauere Betrachtung der Itemwerte aufweist, bewerten die Patienten das Item „Nachvollziehbarkeit“ mit einem Mittelwert von 3.49 ( $SD= 0.40$ ) am positivsten. Item „Zufriedenheit“ ( $M= 3.30$ ;  $SD= 0.50$ ) und „innere Beteiligung“ ( $M=3.29$ ;  $SD=0.52$ ) erhält ebenso eine gute Bewertung. Am negativsten, jedoch mit dennoch positiver Tendenz, wird die psychoedukative Gruppe hinsichtlich der „Anregungen“ ( $M=2.53$ ;  $SD= 0.68$ ), „Hilfestellung“ durch das Programm ( $M= 2.89$ ;  $SD= 0.59$ ) und „Therapieform erfolgsversprechend“ ( $M=2.86$ ;  $SD=0.68$ ) der Patienten eingeschätzt.

Im Folgenden wird der Verlauf der Beurteilungen über alle Sitzungen des Gruppenprogramms analysiert. In Abbildung 8.6 wird der Verlauf der Skalenmittelwerte dargestellt.

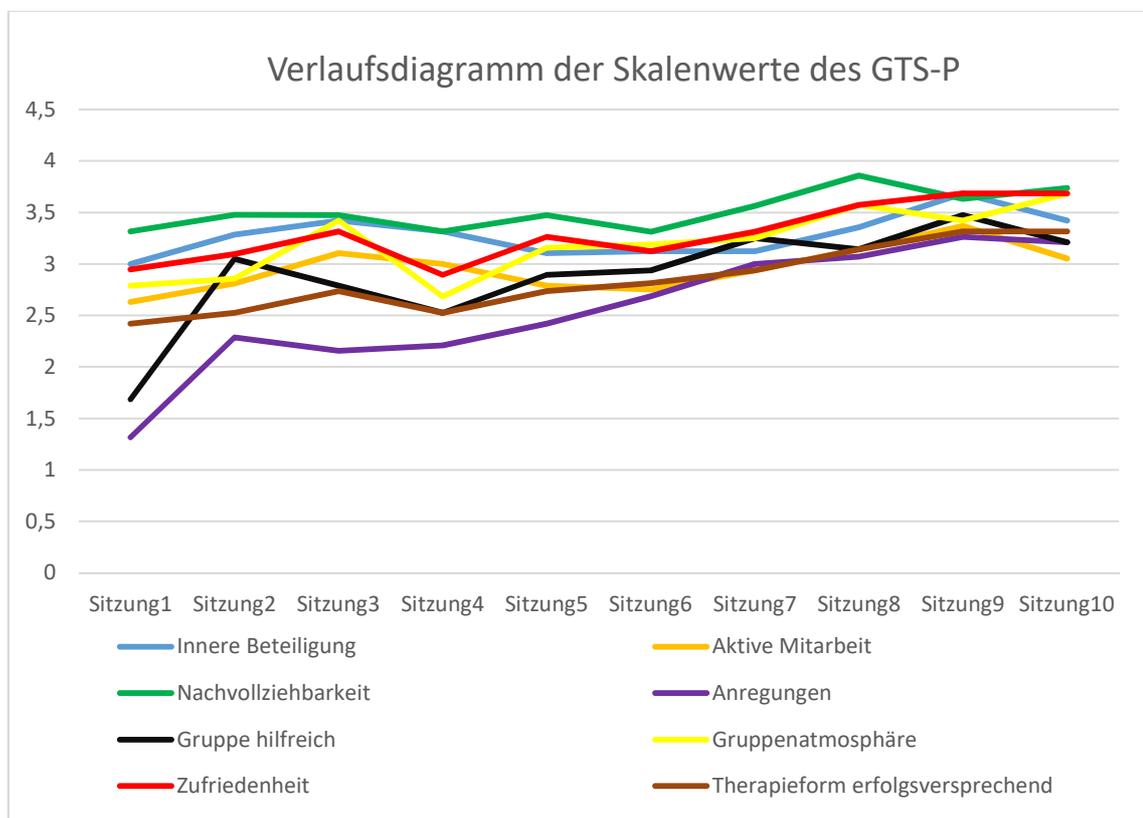


Abbildung 8.6 Verlaufdiagramm der Skalenwerte des GTS-P

Wie bei der Analyse der Mittelwerte erreicht das Item „Nachvollziehbarkeit“ über beinahe alle 10 Sitzungen hinweg die positivsten Werte, wobei das Item „Anregungen“ im Mittel die niedrigsten Werte aufweist. Während die Patienten bei der Nachvollziehbarkeit bereits am Anfang ein hohes Niveau angeben und sich nur ein leichter Anstieg über die Sitzungen zeigt, ergibt sich beim Item „Anregungen“ ein deutlicher ansteigender Trend und damit die deutlichste Veränderungstendenz. Lässt man geringe Schwankungen außer Acht, ergibt sich bei allen Skalen ein deutlicher Aufwärtstrend im Gruppenverlauf.

## Ergebnisse

Darüber hinaus sind die Bewertung einzelner Gruppensitzungen und mögliche Unterschiede zwischen den Sitzungen von Interesse. Vom allgemeinen Aufwärtstrend mit einer Plateaubildung in der Verlaufsmitte ergeben sich am ehesten Abweichungen bei Sitzung 4 und Sitzung 6 (vgl. Abb. 8.7). In Sitzung 4 werden komorbide Erkrankungen, in Sitzung 6 die medikamentöse Behandlung mit Fokussierung auf Neuroleptika und Benzodiazepine thematisiert.

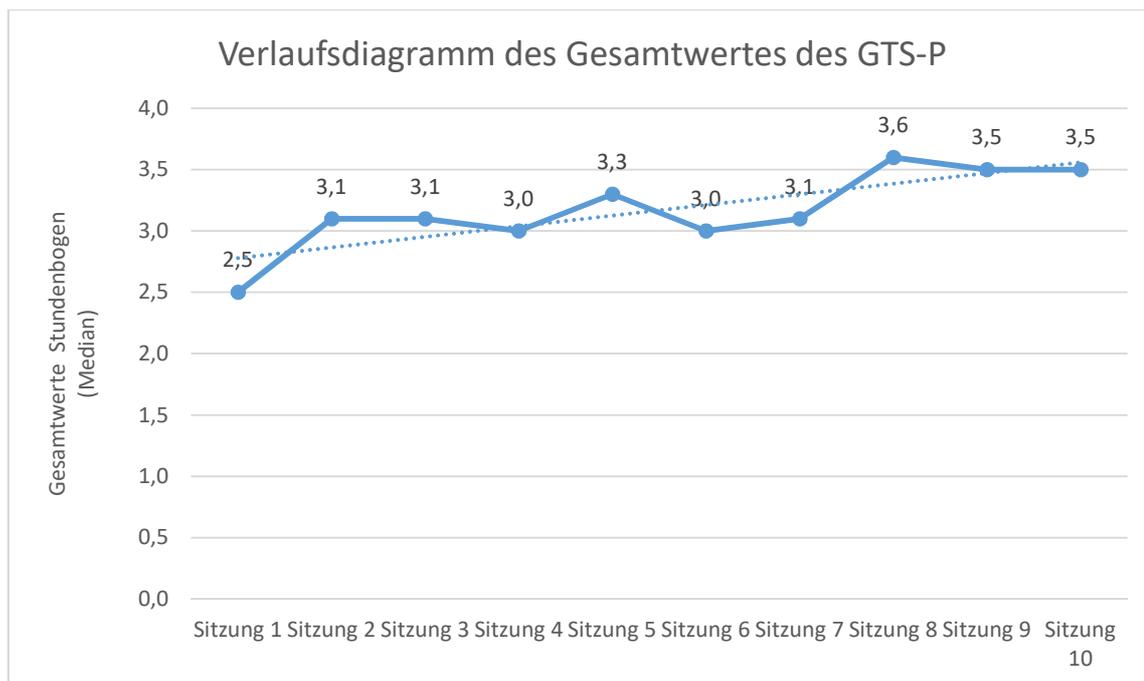


Abbildung 8.7 Verlaufsdigramm des Gesamtwertes des GTS-P mit Trendverlauf (gepunktete Linie)

### 8.5.2 Sitzungsbeurteilung der Therapeuten GTS-T

In den Beurteilungsbögen wurden von den Gruppentherapeuten nach den Sitzungen ausgefüllt und Verbesserungsvorschläge erbracht, die im weiteren Gruppenverlauf berücksichtigt wurden.

Bei der Beurteilung des Therapeutenstundenbogens GTS-T zeigt sich eine positive Bewertungstendenz. Die Werte liegen insgesamt alle über dem Cut-off von 2.5. Am höchsten erachten die Therapeuten die „Nachvollziehbarkeit“ ( $M=3.57$ ;  $SD=0.38$ ), sowie die „Innere Beteiligung“ ( $M= 3.54$ ;  $SD= 0.29$ ) der Teilnehmer. Das Item „Manualumsetzung“ wird mit einem Mittelwert von 3.48 ( $SD= 0.34$ ) ebenfalls als sehr gut eingeschätzt. Dies bedeutet eine positive Einschätzung des Ausmaßes, in dem die Intervention in der Praxis realisiert wurde, wie es vom Manual vorgesehen ist. Die Wirkung der Therapie wird jedoch kritischer gesehen: Die Items „Therapieform erfolgsversprechend“ ( $M= 2.91$ ;  $SD=$

0.34) und „Anregungen“ ( $M=2.76$ ;  $SD=0.85$ ) erhalten die niedrigsten Werte (zur Gesamtübersicht der Beurteilung vgl. Abb. 8.8).

Unter Frage 13 des Therapeutenstundenbogens konnten die Gruppenleiter Angaben zu Änderungsvorschlägen für die Konzeption der einzelnen Sitzungen machen. In der Zusammenschau der Verbesserungsvorschläge wird deutlich, dass einige Sitzungsthemen (z.B. Komorbiditäten, Ursachen) als sehr belastend empfunden wurden. Hier sei es eher zu Anspannung und Dissoziationstendenzen bei den Patienten gekommen. Daher wurde angeregt, optional Pausen oder Achtsamkeitsübungen einzuplanen. Bei einer großen Heterogenität hinsichtlich des Vorwissens sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit bzw. Schulbildung hatten die Therapeuten den Eindruck, dass einige Patienten mit den Inhalten überfordert seien, was in einer Rückzugstendenz und geringerer Beteiligung jener Patienten resultierte. Durch die Möglichkeiten Patientenbeispiele durchzugehen, durch intensives Besprechen der einzelnen Beispiele sowie Verstärkung der Wortbeiträge sollten komplexere Zusammenhänge deutlicher gemacht und die innere Beteiligung Einzelner gestärkt werden.

### **8.5.3 Vergleich Sitzungsbeurteilung Therapeuten und Patienten**

Die in Abbildung 8.8 dargestellten Mittelwerte weisen auf die durchschnittliche positive Beurteilung der Sitzungen hin. Es ergibt sich ein Gesamtmittelwert der Patientenstundenbögen GTS-P von  $M=3.06$  ( $SD= 0.44$ , Minimum= 2.21, Maximum =3.06), beim Therapeutenstundenbogen GTS-T liegt der Gesamtmittelwert etwas höher bei  $M=3.24$  ( $SD=0.35$ , Minimum= 2.85, Maximum= 3.81). Item „Nachvollziehbarkeit“ wird bei den acht vergleichbaren Dimensionen des Patienten- und Therapeutenstundebogens die höchste Bewertung gegeben, Item „Anregungen“ wird in den Stundenbeurteilungen am negativsten eingeschätzt. Insgesamt zeigt sich bei der Beurteilung ein gleicher positiver Trend, wobei die Patienten die einzelnen Dimensionen tendenziell negativer einschätzen. Bei der fünf-stufigen Likert- Skala mit einer Einschätzung von null bis vier wird bei beiden Stundenbögen deutlich, dass den Fragebogenitems weitestgehend zugestimmt wird.

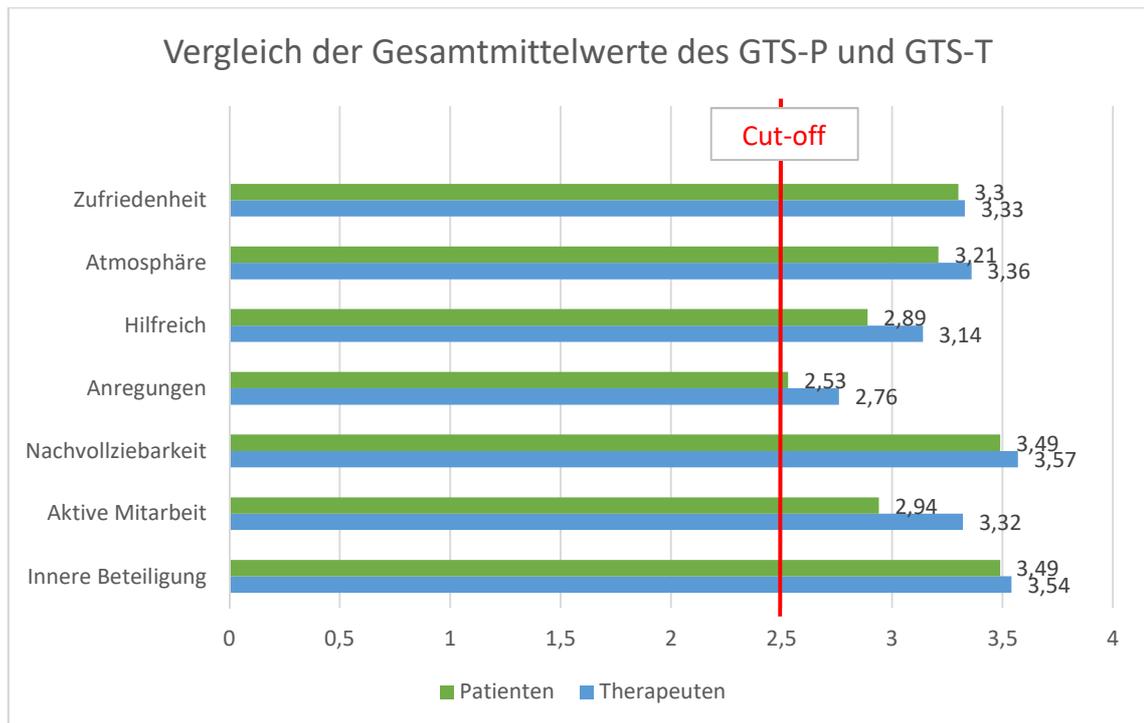


Abbildung 8.8 Vergleich der Gesamtmittelwerte des GTS- P und GTS-T, Cut-off:  $\geq 2.5$

#### 8.5.4 Feedbackfragebogen

Als weiteres Instrument zur formativen Evaluation wurde zum Ende des Gruppendurchlaufs ein Feedbackfragebogen eingesetzt. Die dabei gewonnenen Daten werden zur Beurteilung des Gesamtpsychoedukationsprogramms bezüglich der Items „Hilfreiche Maßnahme/ Nützlichkeit“, „Entlastung“, „Informationsvermittlung“, „Gruppenatmosphäre“ sowie „organisatorischer Rahmen“ deskriptiv ausgewertet.

Der überwiegende Teil der Patienten (70%) fühlte sich durch die Psychoedukationsgruppe „sehr gut“ zum Störungsbild der BPS informiert. 26.7 % gaben an, sich „gut“ informiert und 3.3 % „mäßig“ informiert zu fühlen. Keiner der Teilnehmer empfand die Informationsvermittlung als unzureichend.

Bei der Beurteilung der Nützlichkeit zeigt sich eine positive Bewertungstendenz im Feedbackfragebogen. 90.0 % der Patienten empfanden die Psychoedukationsgruppe als „hilfreich“ bis „sehr hilfreich“ (vgl. Abb. 8.9).

## Ergebnisse

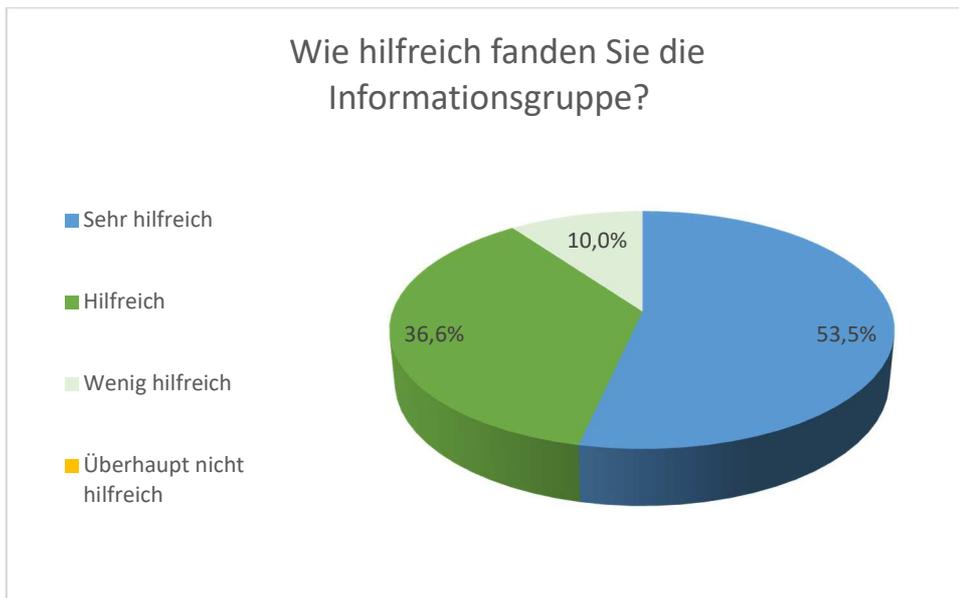


Abbildung 8.9 Gesamtstundenbeurteilung Nützlichkeit

Die Einschätzung der Gruppenatmosphäre über alle Gruppensitzungen hinweg fiel ebenfalls positiv aus. 53.3% empfanden die Atmosphäre als „sehr vertrauensvoll“, 46.7% als „vertrauensvoll“. Keiner der Teilnehmer schätzte die Atmosphäre als „wenig oder überhaupt nicht vertrauensvoll“ ein (vgl. Abb. 8.10).

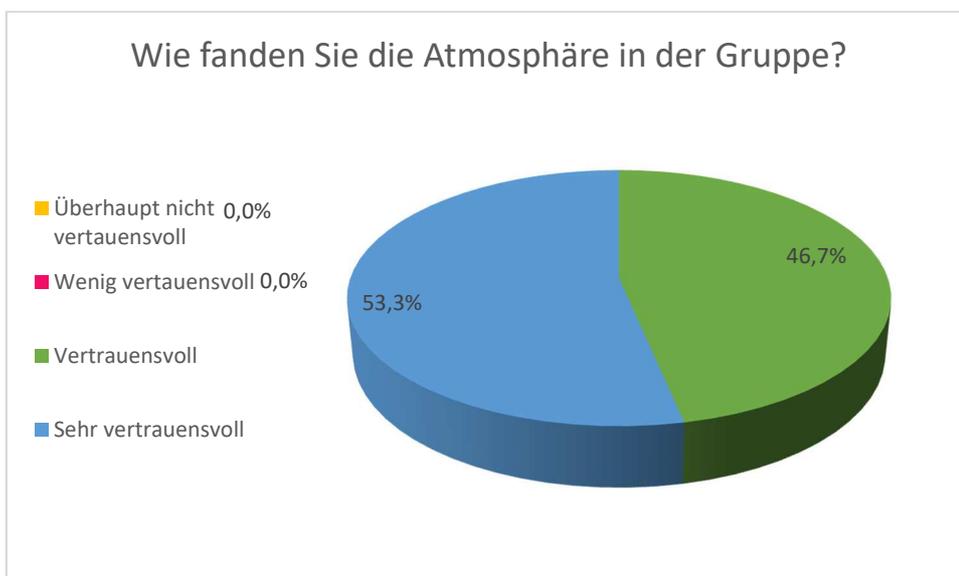


Abbildung 8.10 Gesamtstundenbeurteilung Gruppenatmosphäre

In der Feedbackfrage zur „Entlastung“ gaben über 2/3 der Teilnehmer (68.2%) an, durch die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe „sehr“ oder „ziemlich“ entlastet zu sein. 22.7% seien „etwas“ und 9,1% „gar nicht“ entlastet (vgl. Abb. 8.11).

## Ergebnisse

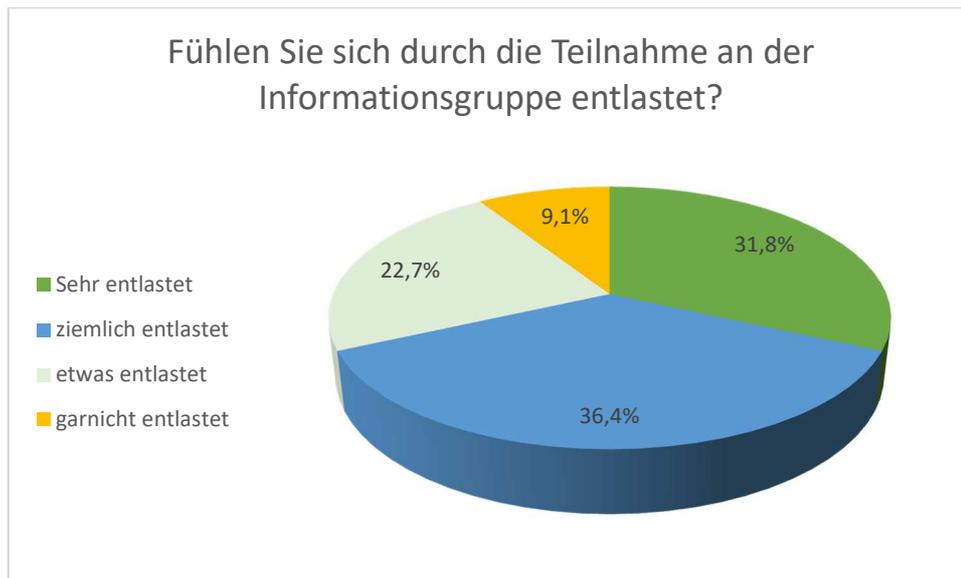


Abbildung 8.11 Subjektive Entlastung durch die Gruppenteilnahme

Als besonders relevant beurteilten etwa  $\frac{3}{4}$  der Teilnehmer (73.3%) die Psychoedukationssitzung zu Ursachen der Störung. Die Aufklärung über Symptome, Komorbiditäten sowie Informationen zur medikamentösen Therapie und Nebenwirkungen empfanden etwas 60.0 % als wichtig. Etwa die Hälfte der Patienten erachteten die Psychoedukationssitzungen zur Psychotherapie als besonders relevant. Informationen zur Krisenintervention und Notfallplan (Umgang mit Krisen) hielten 40.0 % der Teilnehmer für wichtig (vgl. Abb. 8.12).

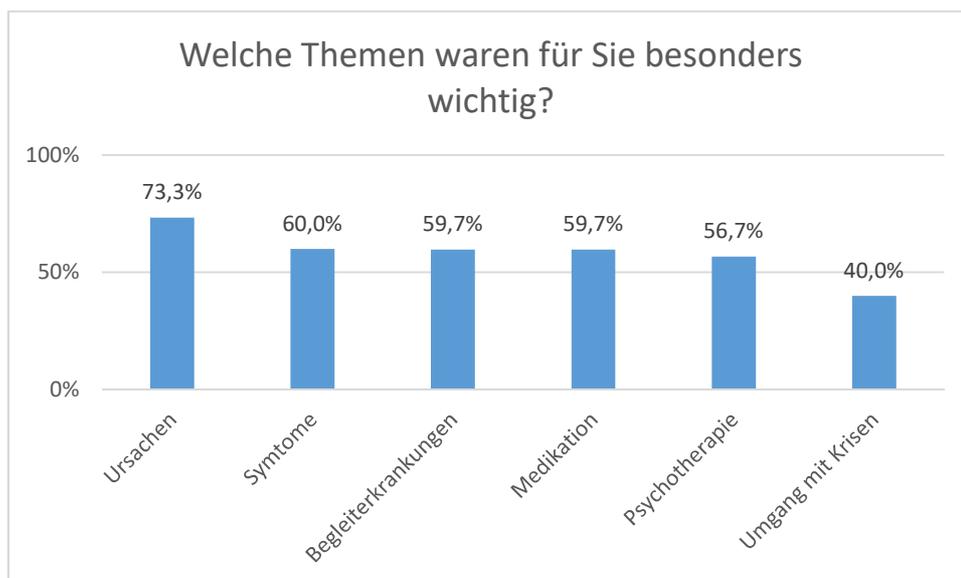


Abbildung 8.12 Wichtigkeit der Themen

## Ergebnisse

Bezüglich des organisatorischen Rahmens der Psychoedukationsgruppe bewerteten die Teilnehmer die Angemessenheit der Dauer, Anzahl sowie den Tageszeitpunkt der Gruppensitzungen. Die Dauer (1.5 h) wurde überwiegend (73.3%) als angemessen beurteilt. 20.0 % wünschten sich längere Sitzungsdauern, die übrigen Patienten (6.7%) empfanden die Sitzungen als zu lang. Den Beginn der Sitzungen (17.30 Uhr) empfanden ebenfalls etwa  $\frac{3}{4}$  der Teilnehmer (76.7%) als angemessen. Die Anzahl von insgesamt 10 Sitzungen werteten 83.3 % als angemessen, 13.3 % hätten mehr Treffen bevorzugt.

Der Feedbackfragebogen bot zudem die Möglichkeit, in freier Form Rückmeldung zur Informationsgruppe zu geben. Zur Frage, was den Teilnehmern besonders gefallen hat, können die freien Antworten in die Kategorien „Gruppenatmosphäre und –zusammenhalt“, sowie „Information und Wissensvermittlung“ eingeteilt werden.  $N= 19$  Patienten machten von der Möglichkeit der freien positiven Rückmeldung („Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“) Gebrauch. Besonders häufig ( $N= 10$ ) kam die positive Rückmeldung zur Gruppenatmosphäre und Gruppenzusammenhalt. Des Weiteren wurde in 8 Rückmeldungen die gute Informationsvermittlung hervorgehoben. In Bezug auf die Frage, was den Teilnehmern nicht gefallen hat, antworteten  $N= 11$  Patienten. Sie gaben v.a. Anregungen zum Thema „Organisation/ Struktur“, „Didaktik/ therapeutische Intervention“ sowie zu den „Themen/Inhalten“ der Sitzungen. Im Folgenden werden die Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge zu den 10 Psychoedukationssitzungen in Tabelle 8.7 zusammenfasst dargestellt.

Tabelle 8.7 Feedbackfrage 2 und 3: Freie Rückmeldung der Patienten zu den Gruppensitzungen

Feedbackfrage	Antwortkategorie	Zitate
<b>Was hat Ihnen besonders gut gefallen?</b>	Gruppenatmosphäre/ Gruppenzusammenhalt	„positives Ereignis zu Stundenbeginn in der Blitzlichttrunde“ „Die Erkenntnis, dass man nicht alleine ist mit der Krankheit“ „Gute Gruppengröße“ „Entspannte Atmosphäre und sehr guter Gruppenzusammenhalt“ ( <i>mehrfach genannt</i> ) „Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmern/ Betroffenen“ ( <i>mehrfach genannt</i> ) „Gemeinsames Erarbeiten der Informationen“ „offene Gespräche, die aber objektiv gehalten wurden“
	Informationen/ Inhalt/ Wissensvermittlung	„Aufklärung über die BPS und Begleiterkrankungen mit persönlicher Bezugnahme“ „Dass Psychiater und Psychologen gleichzeitig anwesend waren“ „Organisatorische Aufteilung der Inhalte“ „Informationen über BPS hinaus“ „alle Inhalte der Treffen/ komplette Information von A bis Z“ ( <i>mehrfach genannt</i> ) „Aufklärung über Medikamente“ „Aufklärung über Ursachen“ ( <i>mehrfach genannt</i> ) „sehr weit ausgeholt, trotzdem kurzweilig und informativ, super und interessant“
<b>Was hat Ihnen nicht gefallen?</b>	Organisation/ Struktur	„Fragebögen gleich zu Beginn“
	Didaktik/ therapeutische Intervention	„Dass einmal bei einer detaillierten Beschreibung des SVV eines Teilnehmers nicht eingegriffen wurde; Trigger“ „zu viele Fremdwörter“ „zu viel Redeanteil einzelner Teilnehmer“ ( <i>mehrfach genannt</i> ) „Manche Teilnehmer haben zu ausführlich über Anliegen/ Beschwerden gesprochen, z.T. belastend“ „zu wenig individueller Austausch“
	Themen	„Medikamentensitzungen zu kompliziert“ „zu viele Medikamentensitzungen“

## Ergebnisse

Im Hinblick auf die Feedbackfrage, welche Themen zu wenig berücksichtigt wurden, stand ebenfalls ein freies Antwortformat zur Verfügung. Dies wurde genutzt, um Verbesserungsvorschläge sowie Anregungen zu geben. Die Teilnehmer merkten an, sich mehr Austausch in der Gruppe zu wünschen. Auch würden sie von einem Fertigkeiten-training bzw. Kommunikationstraining zur Vermittlung der BPS-Symptomatik sowie deren Ursachen gegenüber Mitmenschen profitieren. Darüber hinaus wünschten sich einige Teilnehmer den regelmäßigen, obligatorischen Abschluss der Sitzungen mit einer Achtsamkeitsübung ggf. mit der Anwendung von Skills zum Spannungsabbau.

## 9. Diskussion

In Kapitel 9 werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Methoden und empirischen Befunde diskutiert. Hauptanliegen der vorliegenden Arbeit war die summative und formative Evaluation des psychoedukativen Programms. Die zentrale Fragestellung war dabei, inwiefern die psychoedukative Intervention wirksam ist und ob sich durch die Behandlungsmaßnahme die Symptome sowie die subjektive Belastung reduzieren, die Lebensqualität steigert, die Therapieerwartung- und motivation erhöht sowie das Krankheitswissen ansteigt. Zudem sollen die Ergebnisse zur Effektgrößenabschätzung dargestellt werden, die auch als Grundlage für eine solide Fallzahlkalkulation (Power-Berechnung) einer künftig geplanten multizentrischen kontrolliert randomisierten Studie dienen können. Weiteres Ziel der Arbeit war die Überprüfung der Prozessqualität im Rahmen einer formativen Evaluation, die in diesem Kapitel ebenfalls diskutiert wird. Zum Ende folgen eine kritische Auseinandersetzung bezüglich der methodischen Herangehensweise und ein Resümee sowie der Ausblick auf künftige Forschungsfragen.

### 9.1 Stichprobenanalyse

Zusammenfassend ergab die deskriptive Stichprobenanalyse folgendes: Im Mittel waren die Teilnehmer 29 Jahre alt. Durchschnittlich wurden die Teilnehmer erstmals im Alter von 24.5 Jahren mit der Diagnose konfrontiert. Über  $\frac{3}{4}$  der Teilnehmer (83.3%) waren weiblich, was in etwa dem Geschlechterverhältnis in epidemiologischen Untersuchungen gefundenen Prävalenzraten entspricht. Zwar schätzen Fachleute das Verhältnis 50:50, der Anteil in klinischen Therapiestudien liegt jedoch meistens bei 75:25, da weibliche BPS- Patienten häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Bohus, 2017). Der überwiegende Anteil der Teilnehmer befand sich bereits in Einzelpsychotherapie, 1/5 der Patienten hat Vorerfahrung mit psychoedukativen Interventionen.

### 9.2 Summative Evaluation

#### 9.2.1 (Symptom-)Belastung

**Hypothese 1.1:** Das Ausmaß der intrapsychischen Belastung von Borderline- Patienten wird durch die psychoedukative Intervention gemildert, somit weisen Patienten der Psychoedukationsgruppe nach Teilnahme eine signifikant geringere Symptombelastung im BSL-23-Fragebogen auf.

**Hypothese 1.2:** Neben der reduzierten Symptombelastung in der BSL-23 berichten die Patienten eine signifikante Reduktion der subjektiv erlebten Belastung im Feedbackfragebogen.

Zusammenfassend ergeben sich nur teilweise hypothesenkonforme Verbesserungen innerhalb dieses Hypothesenkomplexes. Im Hinblick auf die Subskalen BPS- assoziierten Symptome zeigte sich eine marginal signifikante Abnahme, bei dysfunktionalen Verhaltensweisen ergibt sich eine leichte Tendenz zur signifikanten Veränderung. Die Mittelwertvergleiche zeigen, dass Patienten nach dem Programm weniger Symptome und dysfunktionale Verhaltensweisen aufweisen. Die Effektstärke der Abnahme dysfunktionalen Verhaltens ist mit  $r=.33$  als hoch zu bezeichnen. Daher kann der Behandlungseffekt trotz unzureichender statistische Signifikanz als klinisch bedeutsam interpretiert werden.

Die Befindlichkeit sowie die subjektiv wahrgenommenen Belastung verbesserten sich im Prä-Post-Vergleich.

Die berichteten Ergebnisse entsprechen der Hypothesen 1 formulierten Erwartungen lediglich eingeschränkt. Während Hypothese 1.1 nur teilweise bestätigt werden konnte, kann Hypothese 1.2 uneingeschränkt beibehalten werden. Besonders gute Behandlungseffekte zeigten sich beim Urteil der subjektiven Belastung. Die Ergebnisse decken sich zum Teil mit den Studiendaten von Zanarini und Kollegen (2017; 2008), die aufzeigten, dass Psychoedukation bei BPS als frühe Basisintervention die Symptomschwere in einigen psychopathologischen Problembereichen reduzieren kann.

Als verantwortlich für die Belastungsreduktion können neben dem gestillten Informationsbedürfnis gruppenspezifische Wirkfaktoren angesehen werden. Zum einen könnte der Wirkfaktor der „Universalität des Leidens“ eine zentrale Rolle spielen (Yalom, 2007). Die Gruppenteilnehmer erlebten die Erkenntnis, dass auch andere Betroffene ähnliche Probleme berichten, vermutlich als entlastend. Ebenso kann der Wirkfaktor des Altruismus, also prosoziales Verhalten in der Gruppe, das Gefühl von Nähe und Unterstützung hervorrufen, die Verbesserung des Selbsteffizienzerlebens bewirken und Symptombelastung in der Folge vermindern (Marwitz, 2016). Göttler (2007) fand heraus, dass Schuld und Schamneigung bei BPS-Patienten im Vergleich zu Angststörungspatienten sowie Gesunden höher ausgeprägt ist und Scham mit geringerer Lebensqualität, niedrigerem Selbstwertgefühl und ausgeprägter Feindseligkeit in Verbindung steht. Der Aspekt des „Sharings“ innerhalb der Gruppe und die Aufklärung über Ursachen (diese beurteilten die Teilnehmer im Feedbackfragebogen als das wichtigste Thema) hatten so vermutlich positiven Einfluss auf das Belastungsempfinden durch Scham, Selbstabwertung und Stigmatisierung.

Die Symptomatik der BPS ist durch lang andauernde dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster gekennzeichnet. Die Muster sind mit Beginn in Kindheit und Jugend tiefgreifend und weitgehend stabil. Grundsätzlich benötigen BPS-Patienten zur Reduktion der Symptombelastung sowie der Verminderung des subjektiv erlebten Leidensdrucks multimodale Therapie und störungsspezifische Interventionen. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass Psychoedukation als Basismodul bereits eine wichtige Grundlage darstellt, Belastungen sowie im geringfügigen Maß Krankheitszeichen zu reduzieren. Sie kann als tragendes Fundament und notwendiger Wegbereiter für die Entfaltung weiterer therapeutischer Maßnahmen gesehen werden. Damit kommt der Psychoedukation eine beachtliche Bedeutung zu.

### **9.2.2 Lebensqualität**

**Hypothese 2:** Die subjektive Lebensqualität im Sinne einer individuellen Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation steigt durch die psychoedukative Intervention signifikant an.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse ein gemischtes Bild hinsichtlich der Veränderung der Lebensqualität. Die Teilnehmer geben keine bessere Einschätzung der Umwelt und des physischen sowie psychischen Wohlbefindens an. Psychoedukation bewirkt somit keine umfassenden Veränderungen in der Lebensqualität. Die Effektstärken liegen im niedrigen bis mittleren Bereich.

Eine Ausnahme stellt die Einschätzung der sozialen Beziehungen dar. Patienten beurteilten die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen nach der Gruppenteilnahme als signifikant besser. Hier zeigt sich in der Effektgrößenberechnung ein starker Behandlungseffekt. Da sich das Gruppenprogramm auf kein spezifisches Training zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Fertigkeiten (vgl. SKT oder DBT) oder auf Interventionen zur Schaffung von mehr Bindungssicherheit (vgl. TFP) stützt, ist die signifikante Veränderung besonders bemerkenswert. Ähnliche Effekte beobachteten Zanarini und Kollegen bereits in ihren Untersuchungen (2017; 2008). Die Frage, welche Mechanismen und Faktoren eine Änderung in der Einschätzung von Beziehungen bewirken, erscheint hier von großem Interesse. Gunderson und Lyons-Ruth (2008) betrachten eine Hypersensitivität im zwischenmenschlichen Bereich und unsichere Bindungserfahrungen als ursächlich für die Entwicklungen einer BPS. In der Bindungsforschung wurde ein Zusammenhang der Borderlinesymptomatik und unsicheren Bindungsmustern festgestellt, die eine verzerrte Wahrnehmung des Selbst und der Bindungspersonen zur Folge haben (Diamond, Strovall-McClough, & Clarkin, 2003; Yeomans & Diamond, 2010). Daher sind psychotherapeutische Interventionen, die Veränderungen affektiv besetzter

Verarbeitung, vor allem in zwischenmenschlichen und sozialen Bezügen bewirken, von enormer Relevanz, um Symptome zu verbessern und Veränderungen im Selbstwert und der Qualität sozialer Beziehungen zu erzielen. Bei Patienten mit einem Mangel an verlässlichen Beziehungserfahrungen kann die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe ermöglichen, zwischenmenschliche Umgangsfertigkeiten zu erproben. Gruppenteilnehmer, die Erfahrungen von Abwertung und Invalidierung gemacht haben, erlebten im Kontakt mit den Therapeuten der Psychoedukationsgruppe vermutlich Wertschätzung und Validierung. Insbesondere dann, wenn der Therapeut i.S. der motiv-orientierten Beziehungsgestaltung auf die Bedürfnisse der Patienten mit BPS eingeht, hat sich eine Abnahme an interpersonellen und sozialen Problemen auch außerhalb des Therapiesettings gezeigt (Kramer u. a., 2011; Kramer u. a., 2014). Somit könnte das Therapeutenverhalten in der Psychoedukationsgruppe einen Einfluss auf das Erleben sozialer Beziehungen gehabt haben. Zudem könnte die Erfahrung von Nähe und Verbundenheit mit anderen Betroffenen in der Gruppe die Einschätzung zwischenmenschlicher Bindungen positiv beeinflusst haben.

### **9.2.3 Therapieerwartung- und motivation**

**Hypothese 3:** Die Therapieerwartung und damit die Therapie- und Veränderungsmotivation steigt durch die Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe signifikant an.

Hypothese 3 kann nur teilweise bestätigt werden. Während sich bei der Skala „Furcht vor Veränderung“ keine signifikante Verbesserung und sich lediglich eine schwache Effektstärke zeigen, steigert sich die Hoffnung auf Besserung durch die Teilnahme an der Gruppe signifikant. Auch die Effektstärke ist hier als hoch zu bezeichnen.

Vermutlich aufgrund eines hohen Leidensdrucks sowie einer anhaltenden Unzufriedenheit mit der eigenen Person, konnte schon zum ersten Messzeitpunkt ein geringes Maß an Furcht vor Veränderung verzeichnet werden. D.h. die Teilnehmer waren bereits vor Gruppenteilnahme wenig besorgt darüber, dass sie sich durch eine weiterführende Therapie mehr verändern als gewünscht.

Als Maß für die weiterführende Behandlungsmotivation und Compliance kann die Skala „Hoffnung auf Besserung“ herangezogen werden. Durch die Einordnung der Symptomatik, die Erklärung der Ursachen und dem Aufzeigen der Behandlungsoptionen wurde vermutlich Optimismus bezüglich der weiterführenden Therapie gesteigert und das Gefühl ein „hoffnungsloser Fall und Sonderling zu sein“ durch die Wirkfaktoren in der Gruppe reduziert. Vergleichbar mit Wirkprinzipien des Motivational Interviewings setzt Psychoedukation als Hilfe zur Veränderung auf das Prinzip „Verändern durch Verstehen“

(Luderer, 2016). Ähnlich wie im gesprächspsychotherapeutischen Setting spielt Empathie bei Psychoedukation eine zentrale Rolle. Ein Anliegen von Therapeutenseite ist dabei, Ursachen und Behandlungsoptionen aufzuzeigen ohne die Betroffenen unter Druck zu setzen.

Doch nicht nur das spezifische Therapeutenverhalten hat möglicherweise dazu beigetragen, dass Patienten Hoffnung schöpften. „Hoffnung wecken“ gilt als schulenübergreifender Wirkfaktor der Gruppentherapie (Yalom, 2007). So hat vermutlich nicht nur die Beobachtung beigetragen, dass andere Mitglieder der Gruppe bereits positive Erfahrungen in der Behandlung der BPS gesammelt haben und sich eine Besserung der Problembereiche eingestellt hat (Crouch, Bloch, & Wanlass, 1994), sondern auch der Zuspruch anderer, in dem das Psychoedukationskonzept an sich als überzeugend und hilfreich beurteilt wird (s. Ergebnisse der formativen Evaluation), wirkte motivierend. Hoffnung auf Besserung konnte im Verlauf der Gruppe vermutlich deshalb aufgebaut werden, da eine positive Erwartungshaltung bezüglich weiterführender Behandlungsoptionen erzeugt werden konnte. Berichten dann andere Gruppenteilnehmer von den antizipierten Veränderungen und eigenen Fortschritten, so gewinnen die vorgestellten Behandlungsoptionen Überzeugungskraft (Marwitz, 2016).

#### **9.2.4 Krankheitswissen**

**Hypothese 4:** Bei Gruppenteilnehmern ist ein signifikanter Wissenszuwachs hinsichtlich der Störung und ihrer Behandlung zu beobachten.

Das wesentliche Ziel von Psychoedukation ist die Steigerung des störungsbezogenen Wissens. So kommt Hypothese 4, nämlich der Annahme, dass es zu einer signifikanten Steigerung des störungsbezogenen Wissens kommt, eine besondere Bedeutung zu. Im Mittelwertsvergleich ergibt sich ein beachtlicher Zuwachs vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt, die Veränderung des Wissens erweist sich damit hypothesenkonform.

Die Hypothese als Hauptkriterium für die Effektivität der psychoedukativen Intervention kann somit uneingeschränkt bestätigt werden. Vor dem Hintergrund, dass Patienten mit BPS gehäuft neuropsychologische Defizite in Bereichen der Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnisleistungen aufweisen (Ruocco, 2005 ; Seres, Unoka, Bódi, Aspán, & Kéri, 2009), ist die Wissenssteigerung besonders bedeutsam. Das Ergebnis legt nahe, dass die inhaltliche Umsetzung des Gruppenprogramms erfolgreich war und die Intervention dem erheblichen Bedürfnis nach Information nachkam.

### 9.3 Einordnung der Klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Wirksamkeitsstudien

Neben der statistischen Signifikanz ist auch die klinische Relevanz der Effekte von Bedeutung. Da die vorgestellte Studie als Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe konzipiert wurde, wurden für die Beurteilung der Wirksamkeit Intrasubjektveränderungen und ihre klinische Bedeutsamkeit herangezogen. Um die klinische Relevanz einzuordnen, wurden Effektstärken der positiven Veränderungen berechnet.

In der vorliegenden Arbeit ist die Einordnung der Effektstärken in Bezug zu anderen Untersuchungen durch die Tatsache erschwert, dass Effektstärken nicht in allen Psychoedukationsstudien berichtet werden und ein direkter Vergleich zu den in der vorliegenden Arbeit eingesetzten Fragebogeninstrumenten nicht möglich ist. Die meisten Psychoedukationsmanuale wurden jedoch ebenso in Effektivitätsstudien evaluiert und als Outcomemaße psychische Belastung und seltener auch die Lebensqualität erhoben. Zum Vergleich der Outcomemaße kann eine Metaanalyse von Faller u. a. (2013) herangezogen werden, die 22 psychoedukative Interventionen mit insgesamt 3857 Patienten im Bereich der Psychoonkologie untersuchte. Als Haupterfolgsmaß wurden psychische Belastung und die Lebensqualität erhoben. Die Effektstärken der psychoedukativen Intervention sind mit  $d = 0.2$  (Spanne 0.1- 0.3) als schwach einzustufen. Im Vergleich zu diesen Untersuchungen liegen die Effektstärken der vorliegenden Arbeit überwiegend im mittleren bis hohen Bereich: In der BSL-23 ergeben sich in zwei von drei Skalen starke Effekte (Dysfunktionale Verhaltensweisen:  $r = -0.33$  und Befindlichkeit von 0-100:  $r = 0.51$ ). Auch bei den Angaben zur subjektiven Belastung wurden hohe Effektstärken erreicht ( $r = 0.55$ ). Die in der vorgestellten Arbeit errechneten Effektstärken zur Symptombelastung sind insofern beachtlich, als dass in der vorliegenden Stichprobe vergleichsweise eher moderat belastete Patienten teilnahmen. Im Vergleich zu Patienten mit BPS erreichten Patienten der Studienpopulation in der BSL-23 einen PR von 39. Hohe Effektstärken hinsichtlich der Belastung zeigen sich vor allem in Studien, in denen Patienten eher stark belastet waren (Henningsen, 2016). Hinsichtlich der Lebensqualität wurden in drei von vier Skalen mittlere Effekte erzielt (Soziale Beziehungen:  $d = -0.69$ , Physisches Wohlbefinden:  $r = -0.26$ , Umwelt:  $r = -0.23$ )

Auch im Vergleich mit weiteren Psychoedukationsstudien, z.B. affektiven Störungen konnten überwiegend mittlere bis hohe Effekte erzielt werden. Pinquart & Sörensen (2001) und Pinquart, Duberstein, & Lyness, (2007) beurteilten in Metaanalysen u.a. Effektgrößen von Psychoedukation (als Intervention zur Wissens- und Fähigkeitssteigerung) bei Depression bei älteren Patienten und fanden mittlere Effektstärken (im Mittel

$d= 0.70$ ). Dies entspricht auch Effektgrößen bei anderen psychotherapeutischen Interventionen ( $d= 0.87$ ) (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008). Im Vergleich dazu wurden in der vorliegenden Studie beim Wissenserwerb mit einem Wert von  $r= 0.87$  ein starker Effekt erzielt. Auch im Hinblick auf die Veränderungen in der Behandlungsmotivation ergab sich zumindest in einer von zwei Subskalen des PATHEV eine sehr gute Effektstärke (Hoffnung auf Besserung:  $r=-0.56$ ).

#### **9.4 Einordnung bivariater Korrelationen**

Die Ergebnisse zu Kontingenz- und Korrelationsanalysen zeigten insgesamt niedrige und weniger signifikante Zusammenhänge zwischen Wirksamkeitskriterien und soziodemografischen bzw. krankheitsbezogenen Daten. Signifikante Ergebnisse hielten der Bonferroni-Holm-Korrektur nicht stand, sodass sich die Annahme möglicher Zufallsbefunde aufgrund der durchgeführten Adjustierung des Alphaniveaus nicht ausschließen lässt.

Anhand der Analyse des Gesamtkollektivs konnte aufgezeigt werden, dass die Belastungsabnahme lediglich marginal signifikant mit der Anzahl an teilgenommenen Sitzungen ansteigt. Der Trend bildet somit einen Zusammenhang zwischen der Therapiedosis (Anzahl der Sitzungen) und der therapeutischen Wirkung (positive Veränderungen) ab (Zaunmüller & Lutz, 2012). Bereits 1986 haben sich Howard und Kollegen mit Aufwands-Wirkungsmodellen befasst und fanden einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapiesitzungen und dem Therapieergebnis. Das Modell, bestehend aus einer loglinearen, negativ beschleunigten Veränderungskurve, sagt für die ersten 8 Sitzungen schnelle, große Veränderungen vorher. Das Good Enough Modell (Barkham u. a., 2006) geht eher von einem linearen Besserungsverlauf über den gesamten Therapieverlauf aus. Howard et al. konnten Unterschiede der Verbesserung unterschiedlicher Ebenen feststellen: Die allgemeine Stimmung verbesserte sich am schnellsten, gefolgt von positiven Veränderungen der psychopathologischen Symptome, soziale und Persönlichkeitsdefizite veränderten sich am langsamsten. Die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Hinweise auf Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge decken sich mit Befunden von Howard et al. sowie Barkham et. al. und unterstreichen die von Experten geforderte Notwendigkeit, Patienten hinsichtlich einer möglichst kontinuierlichen Anwesenheit zu bestärken. Eine stetige und fortwährende Teilnahme erscheint für den Entlastungseffekt durch die psychoedukative Intervention förderlich zu sein.

## 9.5 Formative Evaluation

### 9.5.1 Beurteilung des Gruppenprogramms

**Hypothese 5:** Das psychoedukative Gruppenprogramm für Patienten mit BPS wird insgesamt positiv beurteilt.

Die Hypothese kann beibehalten werden. Das psychoedukative Programm wird mit Werten über 2.5 sowohl von Therapeuten als auch von Patienten insgesamt positiv beurteilt. Die Beurteilungen der „Nachvollziehbarkeit“ sind hierbei am besten eingestuft worden. Die Bewertungen des Programms als „hilfreich“ und die „erhaltenen Anregungen“ wurden am schlechtesten beurteilt, jedoch immer noch auf hohem Niveau.

Die günstige Beurteilung der Patienten deckt sich mit der positiven Einschätzung weiterer psychoedukativer Programme (Probst, 2003; Schaub, Hippus, Möller, & Falkai, 2016) sowie kognitiv-behavioralen Gruppenprogrammen zu anderen psychischen Erkrankungen (Rief, Bleichhardt, & Timmer, 2002). Ähnlich wie bei anderen psychischen Störungen lassen sich bei Patienten mit BPS keine Bedenken bezüglich der psychoedukativen Gruppentherapie finden. Verglichen mit den Ergebnissen von Zoubek, die in ihrer Untersuchung die Prozessqualität einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Betroffenen mit Depression und Diabetes überprüfte, schätzen die Patienten ebenfalls die „Anregungen durch die Gruppenteilnahme“ und die „Gruppe als hilfreich“ am niedrigsten ein. Ebenso wie in der vorliegenden Arbeit beurteilten die Teilnehmer in Zoubeks Studie die Nachvollziehbarkeit am höchsten.

Bei allen Items gaben die Therapeuten zwar die gleiche Tendenz wie die Patienten, jedoch durchweg eine bessere Beurteilung der Therapiesitzungen an. Die deutlichste Differenz in der Einschätzung ergab sich beim Item „Aktive Mitarbeit“. Die mäßige Beurteilerübereinstimmung bei dieser Skala zeigt eine für BPS-Patienten typische Tendenz zu selbstabwertender Wahrnehmung (Lieb u. a., 2004): Therapeuten beurteilten die Mitarbeit der Patienten grundsätzlich besser als die Teilnehmer selbst. Eine Überschätzung der Bewertung und Wirkung einer Psychotherapie seitens des Therapeuten ließ sich auch bei anderen Therapiesettings beobachten (Lukei, 2004). Dennoch gilt weniger die Einschätzung der Therapeuten, sondern vielmehr die Patientenzufriedenheit als zentrales Maß für den Behandlungserfolg (Hannöver, Dogs, & Kordy, 2000). Betrachtet man beispielsweise die Einschätzung der therapeutischen Beziehung, korreliert die Beurteilung durch den Patienten mehr mit dem Therapieergebnis als die Einschätzung der Therapeuten (Martin, Garske, & Davis, 2000). Berking und Kollegen (2006) fanden heraus, dass ein systematisches Feedback an den Therapeuten eine Verbesserung der

Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischer Behandlung zur Folge hat. Somit erscheint es sinnvoll, die Stundenbeurteilungsbögen für Patienten und Therapeuten auch außerhalb des Studiensettings beizubehalten, um einen Abgleich sowie die Korrektur einer Fehleinschätzung zu ermöglichen.

Insgesamt sprechen sowohl die Therapeuten- als auch die Patientenbeurteilungen der GTS-Fragebögen für eine gute Akzeptanz und Zufriedenheit mit den Psychoedukations-sitzungen.

Die deskriptive Auswertung des Feedbackfragebogens zur Bewertung des Gesamtgruppenprogramms im Hinblick auf die Informationsvermittlung, auf die Entlastung durch die Gruppe, auf die Nützlichkeit der Intervention, auf den vertrauensvollen Rahmen/ Gruppenatmosphäre sowie auf den organisatorischen Rahmen zeichnet insgesamt ebenso ein positives Bild.

**Hypothese 6:** Die Einschätzung des Gruppenprogramms als Ganzes oder einzelner Bewertungsbereiche wird dabei über die Gruppensitzungen hinweg zunehmend positiver.

Betrachtet man die Beurteilungen im Gruppenverlauf ist eine ansteigende Tendenz positiver Bewertungen zu erkennen. Hypothese 6 kann somit uneingeschränkt zugestimmt werden. Ein zunehmend positiver Beurteilungsverlauf ist in der Literatur bereits für andere verhaltenstherapeutisch- orientierte Gruppentherapie beschrieben (Backenstrass u. a., 2004; Zoubek, 2013).

Die deutlichste Veränderungstendenz ergibt sich bei den Items „Anregungen“ und „Gruppe hilfreich“. Bei beiden Skalen zeigt sich ein abrupter Anstieg von Sitzung 1 zu 2 sowie ein Abfall bis Sitzung 4 (Thema: Komorbiditäten), anschließend ein stetig zunehmender Verlauf bis Sitzung 10. Dieser Bewertungsverlauf deckt sich mit der inhaltlichen Gestaltung der Sitzungen. Während sich Sitzung 1 als rein organisatorisches Treffen versteht (Vorstellung der Teilnehmer, Termine, Regeln, Ausfüllen der Fragebögen etc.), bietet Sitzung 2 durch die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff und der Symptomatik bereits Impulse und Anstöße. Dass Teilnehmer die Gruppensitzungen zunehmend hilfreicher und anregender empfanden, ist vermutlich auf die Tatsache zurückzuführen, dass im Verlauf vermehrt konkrete Anstöße gegeben werden. So finden sich gegen Ende zum Beispiel in Sitzung 7 Handlungsimpulse zu Krisenbewältigung, in Sitzung 8 und 9 neue psychotherapeutische Betrachtungsperspektiven.

In der Pilotuntersuchung von Schulte (2001, zitiert nach Zoubek, 2013, S. 182), die die subjektive Beurteilung einer kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei somatoformen Störungen untersuchte, konnte interessanterweise ähnliches beobachtet werden: Hier zeigten sich ausschließlich für das Item „Anregung“, „Gruppe hilfreich“ sowie „Gruppenatmosphäre“ signifikante Veränderungseffekte.

Zoubek vermutet, dass nicht nur das absolute Ergebnis der Prozessvariablen zu einem bestimmten Zeitpunkt für den Therapieerfolg ausschlaggebend ist, sondern zudem deren Veränderung im Gruppenverlauf. Der Anstieg der Bewertung, also die Unterstützung von therapeutischen Wirkfaktoren sowie instrumentellen Gruppenbedingungen wie Kohäsion, Vertrauen, Offenheit und kooperative Arbeitshaltung zu Therapiebeginn, sind für die Prognose des Behandlungserfolgs zentral.

**Hypothese 7:** Therapiesitzungen werden trotz des aufsteigenden Trends unterschiedlich bewertet, sodass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit dem Interventions- und Themenbausteinen für die Verbesserung des Manuals möglich sind.

In Bezug auf die Gruppensitzungen verzeichnen entsprechend der Hypothese 7 die Sitzungen 4 und 6 diskreten Abfall der Beurteilungen. Generell beurteilen die Patienten die Sitzung 4 zu komorbiden Erkrankungen im Feedbackfragebogen mit ca. 60% als durchaus wichtig, sodass nicht davon ausgegangen werden muss, dass der Inhalt für Teilnehmer irrelevant ist. Bei näherer Betrachtung ergibt sich bei dieser Sitzung z.B. ein Bewertungsabfall der Gruppenatmosphäre und Zufriedenheit bei beinahe konstant hoher Einschätzung der Nachvollziehbarkeit. Bezogen auf die Nachvollziehbarkeit ergibt sich lediglich ein geringfügiger Abfall. So ist vermutlich nicht die Fülle der Information zu weiteren psychischen Erkrankungen ursächlich, sondern es ist vielmehr ein Demoralisierungseffekt für den Bewertungsabfall verantwortlich. Angesichts der Breite an komorbiden Erkrankungen werden möglicherweise eigene Ressourcen weniger stark eingeschätzt und Erfolgchancen in Frage gestellt.

Auch beim Thema Medikation (Neuroleptika und Benzodiazepine) kann eine Abweichung vom allgemein aufsteigenden Trend bzw. der Plateauphase beobachtet werden. Sitzung 6 stellt die zweite Sitzung zur Pharmakotherapie dar (Sitzung 5 behandelt Antidepressiva und Moodstabilizer) und bietet eine große Informationsfülle. Am deutlichsten zeigt sich hier eine niedrige Bewertung der aktiven Mitarbeit. Nimmt man noch die Beobachtungen aus dem Wissensfragebogen hinzu, kann eine unzureichend nachvollziehbare Informationsvermittlung dieses Themas vermutet werden. Auffällig ist, dass zwei

Fragen bezüglich der Medikation keine signifikante Wissenssteigerung aufweisen. Dies kann mit Rückmeldung aus dem Feedbackfragebogen übereingebracht werden. Hier schildern einige Teilnehmer die Sitzungen bezüglich der Pharmakotherapie als „zu lang“ und „zu kompliziert“. Die bisherige Konzeption der Sitzungen zur medikamentösen Behandlung ist dem Umstand geschuldet, dass es bei BPS erforderlich ist sämtliche Medikamente zu besprechen. Möglicherweise hatten die Teilnehmer Schwierigkeiten, den langen Ausführungen der Gruppentherapeuten zu folgen. Der Anspruch auf umfassende Information geht offensichtlich zu Lasten der Aufnahmefähigkeit und Behandlungszufriedenheit der Patienten. Eine Vereinfachung der Inhalte und der aktive Einbezug der Teilnehmer (z.B. durch geleitetes Entdecken) sollte jedoch künftig berücksichtigt werden. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass Therapeuten bei den obengenannten Therapiesitzungen besonderes Augenmerk auf die gute Anpassung an den Wissensstand, auf den aktiven Einbezug der Patienten sowie auf ein ressourcenorientiertes Vorgehen zur Verhinderung von Demoralisierung legen sollten.

**Hypothese 8:** Die Bewertung der Therapiesitzungen bzw. einzelner Items bilden, neben dem allgemein steigenden Trend, zusätzlich verschiedene Phasen des Gruppenverlaufs ab.

Lässt man die Sitzungen 4 und 6 mit der Vermutung des Modifikationsbedarfs außer Acht, zeigt sich der Phasenverlauf hypothesenkonform.

In der Betrachtung des Verlaufsdigramms des Gesamtwertes des GTS-P zeigt sich zu Therapiebeginn ein Anstieg (Remoralisierung), im weiteren Verlauf ein Plateau (Remediation) und ab Sitzung 8 ein deutlicher Anstieg (Rehabilitation). Der Verlauf erweist sich als theoriekonform mit dem Phasenmodell der Psychotherapie nach Howard und Kollegen (1993), dem Vier-Stufenmodell für Gruppenpsychotherapien von MacKenzie (2001) und den beobachteten Verläufen von Zoubek (2013). Dies lässt den Schluss zu, dass das psychoedukative Programm für BPS nach Rentrop und Kollegen typische Therapieprozesse nachzeichnet und damit vergleichbare Phasenverläufe aufweist wie bereits bewährte, gut evaluierte und etablierte Programme.

## 9.6 Akzeptanz der Psychoedukationsgruppe

Neben der Sitzungsbeurteilung sowie den allgemeinen Rückmeldungen im Feedbackfragebogen können auch die Dropoutraten als Indikator für die Akzeptanz der Gruppe herangezogen werden. Anhand der Abbruchraten ist davon auszugehen, dass die Psychoedukationsgruppe auf gute Akzeptanz bei den Teilnehmern stieß. Insgesamt schieden 7 Personen innerhalb der ersten drei Sitzungen aus. Die Abbruchrate von ca.

19 % entspricht den üblichen Dropoutraten für Gruppentherapien. Diese werden in der Fachliteratur zwischen 11-27 % angegeben (Brownley, Berkman, Seway, Lohr, & Bulik, 2007). Bei Patienten mit BPS liegt die Rate an Abbrüchen sogar häufig noch höher (Chiesa u. a., 2000). Eine Studie von Cincaya und Kollegen (2011) ergab, dass Patienten mit BPS im Vergleich zu anderen psychiatrischen Patientengruppen die Therapie am häufigsten abbrechen (30.2%). Somit ist der Drop-out nicht inhaltlich auf das psychoedukative Gruppenprogramm von Rentrop et al. zurückzuführen.

## **9.7 Einschränkungen, Kritik am Studiendesign**

Abschließend soll kritisch beurteilt werden, inwieweit sich die vorliegende Untersuchung eignete, um die Fragestellung und Hypothesen zu überprüfen.

### **9.7.1 Intrasubjektive Variation im Studienzeitraum**

Bei der vorliegenden Studie wurden als Basistyp der Variation die intrasubjektive Veränderungen (Vergleiche mit sich selbst) untersucht, die durch Messwiederholung gekennzeichnet ist (Kern, 1997). Dazu wurden Mittelwertsvergleiche vorgenommen und Unterschiede auf ihre statistische Signifikanz geprüft sowie Effektstärken ermittelt. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen im Hauptoutcomemaß „Wissen“. Die Probanden berichten darüber hinaus über eine bedeutsame positive Veränderung sozialer Beziehungen. Außerdem konnte eine statistisch signifikante intrasubjektive Belastungsreduktion und eine klinisch bedeutsame Verminderung der Symptombelastung verzeichnet werden. Während des Interventionszeitraums steigerte sich darüber hinaus die Hoffnung auf Besserung. Die gefundenen Effektstärken liegen im Vergleich zu anderen Psychoedukationsstudien im mittleren bis hohen Bereich. Daraus lassen sich positive Effekte der psychoedukativen Gruppentherapie ableiten.

Die Berechnung und der Vergleich von Effektstärken mit anderen Untersuchungen stellen sich bei verbundenen Stichproben komplexer dar als bei unabhängigen Stichproben. Für Effektstärken bei abhängigen Stichproben erweist sich der Rückgriff auf Konventionen als erschwert (Bühner & Ziegler, 2009; Rasch, Friese, Hofmann, & Naumann, 2014). Die Literatur liefert keine einheitliche Information, wie mit diesem Umstand umgegangen werden soll. Die Schwierigkeit bei der Interpretation von Effektgrößen bei messwiederholten Daten, wie hier in der vorliegenden Untersuchung, ist die Tatsache, dass die Effektgröße von der Stärke der Abhängigkeit der Daten beeinflusst wird. Die hohe Abhängigkeit der Werte zum Prä- und Postzeitpunkt hat eine niedrige Streuung der Messwerte zur Folge. Maier-Riehle und Zwingmann (2000) führen an, dass dadurch Effektstärken

für unkontrollierte Prä-Post-Messungen generell größer ausfallen als bei Kontrollgruppendesigns. Zwar ist bei einer tiefgreifenden Störung wie der BPS keine Spontanremission während des Untersuchungszeitraums zu erwarten, aber große Effektstärken aus unkontrollierten Prä-Post Designs können auch auf Placebo- und Erwartungseffekte zurückgeführt werden. Um eine Einordnung und Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen im Feld der Psychoedukation zu ermöglichen und erste Erkenntnisse über Abstands- und Korrelationsmaße zu gewinnen, erfolgte dennoch die Berechnung der Effektstärken (Rasch u. a., 2014).

### **9.7.2 Einschränkungen des Studiendesigns**

In klinischen Studien befindet man sich häufig in einem beinahe unauflösbaren Dilemma: Maßnahmen, die die interne Validität erhöhen (Wiederholbarkeit der Ergebnisse unter konstanten Studienbedingungen) gehen häufig zu Lasten der externen Validität (Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Alltagsbedingungen).

Nathan (2013) stellt in seinem Buchkapitel zur Psychotherapieforschung eine Möglichkeit vor, wie dieser Konflikt lösbar sein kann. In einer Effektivitätsstudie soll zunächst die Anwendbarkeit, Eignung und Umsetzbarkeit einer therapeutischen Intervention im naturalistischen Setting geprüft werden (externe Validität), um anschließend in Form von Effizienzstudien eine systematische Evaluation der Intervention im kontrollierten Kontext durchzuführen. Die Prüfung der Wirksamkeit im alltagsnahen Setting wurde in Form der hier vorgestellten Pilotstudie im Rahmen der Phase 1 und 2 (vgl. Kap.6.3) realisiert.

Die vorgestellte Pilotstudie hatte zum Ziel, das manualisierte Konzept von Rentrop und Kollegen zur Psychoedukation von BPS zu evaluieren. Das Hauptanliegen bestand in der Einordnung der Durchführbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit unter alltagsnahen Bedingungen. Somit entspricht das Studiendesign am ehesten den Kriterien der externen Validität.

Festzuhalten ist, dass die Durchführung zu einer guten Akzeptanz der Intervention geführt hat, was sich auf unterschiedlichen Ebenen abbilden lässt. Zum einen zeichnet sie sich in der Prozessqualität in Form positiver Rückmeldungen in den Stunden- und Feedbackfragenbögen ab, zum anderen kann angesichts der vergleichsweise niedrigen Abbruchrate von einer guten Akzeptanz ausgegangen werden. Die soziodemographischen Daten der Stichprobe liefern ein realistisches Abbild der Patientenpopulation mit einer breiten Altersspanne und Teilnehmern aus unterschiedlichen Behandlungssettings (teilstationär, stationär, ambulant). So sind die Ergebnisse auf ähnliche BPS-Patientenkollektive generalisierbar, weshalb von einer hohen externen Validität auszugehen ist.

Die interne Validität einer Untersuchung gilt als notwendige Bedingung, um ein Ursache-Wirkungs-Verhältnis zu identifizieren. Aufgrund der Tatsache, dass in der vorliegenden Studie keine Kontrollgruppe als Vergleich zur Verfügung steht, ist die Aussagekraft der Daten herabgesetzt. So können Veränderungen auch auf zwischenzeitliche Einflüsse zurückzuführen sein, die vom Treatment unabhängig sind. Alternativ zur Intervention könnten Placebo- oder Erwartungseffekte sowie Spontanremission eine Rolle spielen. Auch die Tatsache, dass Erleben und Verhalten gerade bei BPS- Patienten von Haus aus Schwankungen unterliegt, muss in Betracht gezogen werden.

Somit kann kein zwingender Kausalschluss gezogen, sondern nur Wahrscheinlichkeiten für die Wirksamkeit herangezogen werden. Dennoch sprechen einige Punkte für ein direktes Ursache-Wirkungs-Verhältnis: Erstens ist bei einer tiefgreifenden und anhaltenden psychischen Störung nicht von einer Spontanremission der Symptomatik innerhalb eines kurzen Erhebungszeitpunkt auszugehen.

Zweitens ist der zeitliche Abstand der Prä-Post-Messung im Hinblick auf die 10-wöchige Intervention im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Behandlungen relativ gering. Je kleiner der Abstand der Messzeitpunkte, desto eher können Alternativerklärungen, z.B. Reifungsprozesse ausgeschlossen werden.

Drittens waren die gefundenen Veränderungen spezifisch, das heißt Probanden nennen eindeutige Wirksamkeitskriterien der Gruppe als hilfreich. So schildern sie im Feedback- und im Stundenfragebogen spezifische Interventionen bzw. Informationen als entlastend, was sich z.B. im Prä-Post Vergleich als generelle Abnahme von Belastung oder als Steigerung der Hoffnung auf Veränderung widerspiegelt. Ähnliches zeigt sich bei der charakteristischen Wissenssteigerung, die thematisch eng mit dem Hauptanliegen der Psychoedukation, der Informationsvermittlung, zusammenhängt. Allgemein kann für die vorgestellten Ergebnisse festgehalten werden, dass eine Realisierung mit Vergleichsgruppe, Replizierung und Kreuzvalidierung an unterschiedlichen Psychoedukationskonzepten notwendig erscheint.

### **9.7.3 Kritische Bewertung des Forschungsvorgehens**

Für die Realisierung einer Effizienzstudie unter der Berücksichtigung von Phase 3 und 4 der Psychotherapieforschung ist neben der Veränderung des Studiendesigns eine Optimierung des methodischen Forschungsvorgehens wünschenswert.

Für eine geplante multizentrische, kontrolliert- randomisierte Studie bietet sich ein Untersuchungsdesign mit einer Kontrollgruppe an, die beispielsweise in Form einer „Selbsthilfegruppe“ oder im Rahmen eines selbstständigen Literaturstudiums zur BPS-Thematik

realisiert wird. Da jedem Patienten als Vorbereitung zu weiteren psychotherapeutischen Hilfen Information zur Störung gegeben werden sollte, ist es aus ethischen Aspekten nur schwer zu rechtfertigen, eine Randomisierung mit einer reinen Psychopharmakotherapie-Bedingung umzusetzen. Von einem Wartekontrollgruppendesign sollte ebenso abgesehen werden, da es hierbei im Rahmen von Psychotherapiestudien häufig zur Überschätzung der Effekte kommt (Leucht, Baethge, Lincoln, Klingberg, & Weinmann, 2018). Um die Stabilität der Behandlungserfolge zu untersuchen, empfiehlt sich eine Follow-up-Erhebung nach 3, 6 und 12 Monaten.

Darüber hinaus ist eine unabhängige Prüfung der psychoedukativen Interventionsergebnisse erforderlich. Der Manualentwickler und die Studienleiterin wurden in der vorliegenden Studie zugleich auch als Gruppentherapeuten eingesetzt. Der Beweis für die Wirksamkeit wird gestärkt sowie Konfundierungseffekte und Untersucherbiases vermindert, wenn unabhängige Untersucher die Effektivitätsbefunde replizieren. Gerade bei der diagnostischen Fremdeinschätzung der Patienten sollten zur Wahrung der „Sozialen Validität“ (Schwartz & Baer, 1991) und Verminderungen des Risikos systematischer Verzerrung durch voreingenommene Untersucher, Therapeuten außerhalb der Arbeitsgruppe eingesetzt werden.

#### **9.7.4 Untersuchungsinstrumente**

Zur Eignungsprüfung für die Studienteilnahme wurde ein Vorgespräch mit Screeningprotokoll durchgeführt. Zusätzlich zum Einsatz des Screeningprotokolls sollte zu Beginn eine umfassende Diagnostik der Persönlichkeitsmerkmale und komorbider Störungen erfolgen. Dies könnte in einer künftigen multizentrischen, kontrolliert-randomisierten Studie durch den Einsatz des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997) oder des International Personality Disorder Examination IPDE (Mombour u. a., 1996) als vollstandardisierte Interviewverfahren zur diagnostischen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen umgesetzt werden. Zur Einschätzung der komorbiden Symptomatik könnten das Strukturierte Klinische Interview nach DSM-IV, SKID-I (Wittchen u. a., 1997) oder Composite International Diagnostic Interview CIDI (World Health Organisation, 1990) als internationale bewährte Skalen verwendet werden, um eine Vergleichbarkeit mit weiteren Studien zu ermöglichen. Zur Selbstbeurteilung komorbider affektiver Symptomatik bietet sich der Einsatz des Beck-Depressions-Inventar BDI (Beck, Steer, & Brown, 1996) an. Für eine umfassende Evaluation fehlt in der vorliegenden Arbeit zudem die Berücksichtigung von Fremdbeurteilungen durch Angehörige z.B. zu Symptom-, -Verhaltens- und Interaktionsmustern.

Für die Beurteilung der Lebensqualität und sozialen Funktionsfähigkeit erweist sich der WHOQOL-BREF für die zu untersuchende Fragestellung als nicht optimal. Er bietet zwar die Möglichkeit, auf verschiedenen Dimensionen die Lebensqualität zu erfassen, jedoch besitzen Skalen wie „Umwelt“ (Wohnumfeld, finanzielle Ressourcen, Transportmöglichkeiten etc.) wenig Informationsgehalt, da hier im Zuge der Psychoedukation keine Veränderung zu erwarten ist. Da die Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen sehr komplex sein kann, haben Michalak und Kollegen eine qualitative Studie zur Lebensqualität umgesetzt und herausgefunden, dass für psychisch Erkrankte soziale Unterstützung am zentralsten ist (Michalak, Yatham, Kolesar, & Lam, 2006; Michalak, Yatham, Wan, & Lam, 2005). Die Erkenntnis scheint für weitere Forschungsvorhaben besonders relevant, da die BPS- Pathologie mit interaktionellen Schwierigkeiten assoziiert ist. Weil in der vorliegenden Studie im Zuge der Psychoedukation eine Änderung der Einschätzung sozialer Beziehungen beobachtet werden konnte, bieten sich ergänzend spezifische Instrumente zu detaillierter Erfassung des sozialen Funktionsniveaus und Beziehungsgestaltung an (z.B. IIP-D Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, (Horwitz, Strauß, & Kordy, 2000) oder Social Functioning Schedule, Hurry, Sturt, Bebbington, & Tennant, 1983).

Der Feedback- und der Wissensfragebogen sind selbst konstruierte und nicht ausreichend validierte Erhebungsinstrumente. Es ist erforderlich, künftig einen einheitlichen Feedback- und Wissensfragebogen zu entwerfen, um eine internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Für die Erfassung des Wissens empfiehlt sich die Entwicklung von zwei Parallelversionen für Follow-Up-Untersuchungen.

## 9.8 Zusammenfassende Bewertung und Ausblick

Wenngleich beträchtliche Einschränkungen im methodischen Vorgehen vorliegen, lässt sich ein positives Fazit der Pilotstudie ziehen. Es konnte gezeigt werden, dass Betroffene mit BPS vom Gruppenprogramm profitieren und Psychoedukation bei BPS ein gut akzeptiertes und wirksames Basismodul innerhalb eines umfassenderen Behandlungskonzepts darstellt.

Es konnten typische Therapieprozesse abgebildet und vergleichbare Phasenverläufe wie bei bereits bewährten Gruppentherapieprogrammen gefunden werden. Im Rahmen der formativen Evaluation wurde untersucht, wie sich einzelne Therapiesitzungen unterscheiden, beziehungsweise wie sich Prozessfaktoren im Sitzungsverlauf entwickeln. Es bestätigt sich die Hypothese, dass Zufriedenheit mit dem Programm herrscht, Bewertungen im Gruppenverlauf zunehmend positiver ausfallen und sich neben dem aufsteigenden Trend typische Phasen der Gruppentherapie abzeichnen. Schwankungen in der Bewertung gaben hilfreiche Hinweise auf den inhaltlichen Modifikationsbedarf einiger Sitzungsthemen.

Zudem gibt es deutliche Hinweise darauf, dass sich das Programm „Psychoedukation Borderline-Störung“- Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen“ dazu eignet, eine wirksame Psychoedukation anzubieten. Entgegen der Hypothese der Symptomminderung, zeigte sich nicht in allen Domänen eine symptomreduzierende Veränderung durch die Gruppenteilnahme. Dennoch konnte ein entlastender Effekt durch die Gruppenteilnahme beobachtet werden. Hinsichtlich der Therapieerwartung und -motivation ergaben sich zwar hinsichtlich der Furcht vor Veränderung keine erheblichen Veränderungen, die Hoffnung auf Besserung steigerte sich im Verlauf des Programms jedoch deutlich. Die Effektivitätsüberprüfung im Hinblick auf die Lebensqualität zeigt sich nur geringfügig hypothesenkonform. Interessanterweise ergab sich eine Verbesserung in der Einschätzung sozialer Beziehungen durch die Gruppenteilnahme. In Anbetracht der Tatsache, dass häufig erhebliche kognitive Defizite die Aufnahme- und Merkfähigkeit der Patienten einschränken, muss der deutlich positive Effekt der Wissenssteigerung durch die psychoedukative Maßnahme hervorgehoben werden.

Wie im Verlauf der Darstellungen aufgezeigt werden konnte, ist Psychoedukation bei BPS als Wegbereiter für weiterführende Therapie äußerst empfehlenswert. Trotz methodischer Einschränkungen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass BPS-Patienten möglichst rasch nach Diagnosestellung an Psychoedukationsgruppen teilnehmen und im Anschluss eine weiterführende Behandlung wahrnehmen sollten. Für eine aussagekräftige

## Diskussion

Bewertung des Programms ist eine umfassend angelegte Untersuchung an unterschiedlichen Studienzentren mit höheren Stichprobenzahlen dringend notwendig, um kausale Schlussfolgerungen zu ermöglichen und Aufschluss darüber zu gewinnen, ob eine langfristige Stabilität der Behandlungserfolge erreicht werden kann.

## Literaturverzeichnis

- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *40*, 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, *6*(3), 490–505.
- Angermeyer, C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe. Abgerufen von <https://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/5547320299d511d4b5280000b4909ce2/hb.htm>
- Angermeyer, C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2002). Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM – Rezension | Elmar Brähler - Academia.edu. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *1*, 44–48.
- Association, A. P. (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Backenstrass, M., Hingmann, S., Fiedler, P., Kronmüller, K. T., Keller, A., & Mundt, C. (2004). Gruppenerleben im Verlauf eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für depressive Patienten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, *40*, 179–192.

- Banerjee, P., Duggan, C., Huband, N., & Watson, N. (2006). Brief psychoeducation for people with personality disorder: a pilot study. *Psychology and Psychotherapy*, 79(Pt 3), 385–394. <https://doi.org/10.1348/147608305X57987>
- Bari, A., & Robbins, T. W. (2013). Noradrenergic versus dopaminergic modulation of impulsivity, attention and monitoring behaviour in rats performing the stop-signal task: possible relevance to ADHD. *Psychopharmacology*, 230(1), 89–111. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3141-6>
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160–167. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. OUP Oxford.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bäumli, J., & Pitschel-Walz, G. (2008). Geschichte der Psychoedukation. In J. Bäumli & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“* (2. Aufl., S. 37–41). Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Bäumli, J., & Pitschel-Walz, G. (2011). Psychoedukation. *PSYCH up2date*, (03), 161–176.  
<https://doi.org/10.1055/s-0030-1266112>
- Bäumli, J., & Pitschel-Walz, G. (2016a). Grundlagen des Konsensuspapiers. In J Bäumli, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 2–12). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Bäumli, J., & Pitschel-Walz, G. (2016b). Organisatorische Aspekte und psychodidaktische Elemente. In J Bäumli, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Lüscher, S., Rentrop, M., Kissling, W., & Jahn, T. (2016). Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin*, 42 Suppl 1, S62-70. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw008>
- Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., & Pukrop, R. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Abgerufen von <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00048670903393571>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II- Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders.

- The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295–302.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Berking, M., Orth, U., & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 21–29. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.1.21>
- Berninger, U., Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2016). Psychoedukation unter multiprofessionellen Gesichtspunkten und Ausbildungsstandards. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 26–38). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bertolino, A., Arciero, G., Rubino, V., Latorre, V., De Candia, M., Mazzola, V., ... Scarabino, T. (2005). Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5-HTTLPR genotype and personality style. *Biological Psychiatry*, 57(12), 1517–1525. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.031>
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Hogrefe Verlag.
- Bohus, M. (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 11(3), 149–153.
- Bohus, M. (2017). Dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In H. . Möller, G. Laux, & H. . Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1039–1048). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6_42)
- Bohus, M. (2018). Borderline-Störung. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (S. 471–505). Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-54909-4\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-662-54909-4_25)

- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder — a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(9), 875–887.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00103-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00103-5)
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... Wolf, M. (2008). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, *42*(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bohus, M., & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, *82*, 16–24.
- Bohus, M., & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, *78*(9), 1069–1081. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2341-x>
- Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, *17*(4), 349–362. <https://doi.org/10.1111/bdi.12287>
- Bortz, J., & Döring, N. (2007). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*. Springer-Verlag.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Brabender, V. M., Smolar, A. I., & Fallon, A. E. (2004). *Essentials of Group Therapy*. John Wiley & Sons.
- Brausch, A. M., & Holaday, T. C. (2015). Suicide-Related Concerns as a Mediator Between Physical Abuse and Self-Harm Behaviors in College Students. *Crisis*, *36*(6), 440–446.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000349>

- Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J., & Resch, F. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *53*(4), 256–276.
- Breitborde, N. J. K., Woods, S. W., & Srihari, V. H. (2009). Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: a cost-effectiveness analysis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *60*(11), 1477–1483. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.11.1477>
- Brockmann, J., & Kirsch, H. (2010). Konzept der Mentalisierung. *Psychotherapeut*, *55*(4), 279–290. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0751-x>
- Brownley, K. ., Berkman, N. ., Sewart, J. ., Lohr, K. ., & Bulik, C. . (2007). Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*, *40*, 337–348.
- Brunner, R., Parzer, P., & Haffner, J. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *161*, 641–649.
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Pearson Deutschland GmbH.
- Burmeister, K., Höschel, K., von Auer, A. ., Reiske, S., Schweiger, U., Sipos, V., ... Bohus, M. (2014). [Dialectical Behavior Therapy (DBT)--developments and empirical evidence]. *Psychiatrische Praxis*, *41*(5), 242–249. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1369905>
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(2), 107–111. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.107>

- Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224–234.  
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000121>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corsini, R. ., & Rosenberg, B. (1955). Mechanism of group psychotherapy. Processes and dynamics. *Journal of Abnormal und Social Psychology*, 51, 406–411.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178–184.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>
- Crouch, E. ., Bloch, S., & Wanlass, J. (1994). Therapeutic factors: Interpersonal and intraper-  
sonal mechanims. In A Fuhriman & G. . Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psy-  
chotherapy. An empirical and clinical synthesis* (S. 269–315). New York: John Wiles  
& Sons.
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational tre-  
atment and prevention of depression: the „Coping with Depression“ course thirty  
years later. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 449–458.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for de-  
pression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Con-  
sulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>

- Dalley, J. W., & Roiser, J. P. (2012). Dopamine, serotonin and impulsivity. *Neuroscience*, 215, 42–58. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.03.065>
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2000). Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 461–481). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M., & Maggini, C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 200, 422–429.
- Depue, B. E., Olson-Madden, J. H., Smolker, H. R., Rajamani, M., Brenner, L. A., & Banich, M. T. (2014). Reduced amygdala volume is associated with deficits in inhibitory control: a voxel- and surface-based morphometric analysis of comorbid PTSD/mild TBI. *BioMed Research International*, 2014, 691505. <https://doi.org/10.1155/2014/691505>
- Diamond, D., Strovall-McClough, C., & Clarkin, J. . (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of Menninger Clinic*, (67), 227–259.
- Dilling, H. (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10, DCR-10*. Huber.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Dowson, J. H., McLean, A., Bazanis, E., Toone, B., Young, S., Robbins, T. W., & Sahakian, B. (2004). The specificity of clinical characteristics in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison with patients with borderline personality disorder.

- European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(2), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.07.010>
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry*, 156, 379–385. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.3.379>
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., ... Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73(9), 820–829. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1296-1>
- D’Silva, K., & Duggan, C. (2002). Service innovations: development of a psychoeducational programme for patients with personality disorder. *Psychiatr Bull*, 26, 268–271.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
- Faridhosseini, F., Baniasadi, M., Fayyazi Bordbar, M. R., Pourgholami, M., Ahrari, S., & Asgharipour, N. (2017). Effectiveness of Psychoeducational Group Training on Quality of Life and Recurrence of Patients with Bipolar Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(1), 21–28.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen* (Bd. Vol. 2). Weilheim: Beltz.
- Fiedler, P., & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz.
- Figuroa, E., & Silk, K. R. (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 71–92.

- Fleischhaker, C., & Schulz, E. (2011). Ätiologie von Borderline- Persönlichkeitsstörungen. In C. Fleischhaker & E. Schulz (Hrsg.), *Borderline- Persönlichkeitstörungen im Jugendalter* (S. 21–27). Heidelberg: Springer- Verlag.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 9. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H. U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ghoreishizadeh, M. A., Deldoost, F., & Farnam, A. (2008). A Psycho Educational Program for Relapse Prevention in Bipolar Disorder. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(7), 786–789.
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. . (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences.*, 102, 74–78.
- Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., ... Siever, L. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *The American journal of psychiatry*, 160, 2018–2024. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
- Göttler, I. (2007). *Scham und implizites Selbstbild bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Freiburg. Abgerufen von <https://freidok.uni-freiburg.de/data/3280>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.
- Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen (Vol. Fortschritte der Klinischen Psychologie)*. München: Urban & Schwarzenberg.

- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1–19.
- Gühne, U., Fricke, R., Schliebener, G., Becker, T., & Riedel-Heller, S. (2014). *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. Abgerufen von [//www.springer.com/de/book/9783642552670](http://www.springer.com/de/book/9783642552670)
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22–41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Gunderson, J. G., Prank, A., Ronningstam, E., Wachter, S., Lynch, V., & Wolf, P. (1989). Early Discontinuance of Borderline Patients from Psychothera... : The Journal of Nervous and Mental Disease. *Journal of nervous and mental disease*, 177(1). Abgerufen von [http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1989/01000/Early\\_Discontinuance\\_of\\_Borderline\\_Patients\\_from.6.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1989/01000/Early_Discontinuance_of_Borderline_Patients_from.6.aspx)
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Choi-Kain, L. W., Mitchell, K. S., Jang, K. L., & Hudson, J. I. (2011). Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 753–762. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.65>

- Gunia, H. (2006). Das Darmstädter DBT- Netzwerk- Grundlagen, Geschichte und Praxis. In *Psychotherapie für die Praxis: Die Borderline-Störung. Störungsspezifische Behandlungskonzepte*. (S. 129–140). München: CIP Medien.
- Hahlweg, K., Dürr, H., Dose, M., & Müller, U. (2006). *Familienbetreuung schizophrener Patienten: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. Abgerufen von <https://www.hogrefe.de/shop/familienbetreuung-schizophrener-patienten-65690.html>
- Hannöver, W., Dogs, C. P., & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, *45*(5), 292–300.  
<https://doi.org/10.1007/s002780000094>
- Hariri, A. R., Drabant, E. M., & Weinberger, D. R. (2006). Imaging genetics: perspectives from studies of genetically driven variation in serotonin function and corticolimbic affective processing. *Biological Psychiatry*, *59*(10), 888–897.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.11.005>
- Hege, M. A., Preissl, H., & Stingl, K. T. (2014). Magnetoencephalographic signatures of right prefrontal cortex involvement in response inhibition. *Human Brain Mapping*, *35*(10), 5236–5248. <https://doi.org/10.1002/hbm.22546>
- Henningsen, P. (2016). Psychoedukation in der Psychoonkologie. In J Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 602–615). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Herpertz, S., & Saß, H. (2000). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In B. Dulz, S. Herpertz, O. F. Kernberg, U. Sachsse, & H. . Thomashoff (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 35–43). Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Herpertz, S., & Wenning, B. (2002). Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In S. Herpertz & H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Hoefgen, B., Schulze, T. G., Ohlraun, S., von Widdern, O., Höfels, S., Gross, M., ... Riet-schel, M. (2005). The power of sample size and homogenous sampling: association between the 5-HTTLPR serotonin transporter polymorphism and major depressive disorder. *Biological Psychiatry*, *57*(3), 247–251. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.027>
- Hoffart, A., Borge, F.-M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: a process-outcome study. *Behavior Therapy*, *40*(1), 10–22. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.12.003>
- Hoffmann, N., & Hofmann, B. (2015). Beruhigende Versicherungen («reassurance»). In *Verhaltenstherapiemanual* (S. 75–77). Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-55210-6\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-642-55210-6_14)
- Horwitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 678–685.
- Hoyer, J., Jacobi, F., & Leibing, E. (2003). Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie. In W. Hiller & E. Leibing (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie*. (Bd. 2, S. 85–102). CIP Medien.

- Hurry, J., Sturt, E., Bebbington, P., & Tennart, C. (1983). Socio-demographic associations with social disablement in a community sample. *Social Psychiatry*, 113–121.
- Jacob, G. A., Bernstein, D. ., Lieb, K., & Arntz, A. R. (2009). Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3, 105–119.
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie in H.-U- Wittchen, Jürgen Hoyer et al. (Hrsg)* (S. 610–640). Berlin Heidelberg: Springer- Verlag. Abgerufen von [http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/03/jacobi\\_kap30.pdf](http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/03/jacobi_kap30.pdf)
- Jacobs, E. E., Masson, R. L., & Harvill, R. L. (1998). *Group Counseling: Strategies and Skills*. Brooks/Cole Pub.
- Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G.-R., & Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.005>
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P., & Rentrop, M. (2010). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(3/4), 126–131. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220764>
- Kern, H. J. (1997). Einzelfall-Versuchspläne: Veränderungs-Kriterium-Versuchsplan und Alternierender Versuchsplan. *Verhaltenstherapie*, 7(1), 14–19. <https://doi.org/10.1159/000259004>
- Kernberg, O. F. (2000). Zur Differenzialdiagnose von Bipolaren Störungen, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit- Störung sowie Persönlichkeitsstörungen. In B. Dulz, S. Herpertz,

- O. F. Kernberg, U. Sachsse, & H. . Thomashoff (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 355–363). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Kernberg, O. F. (2016). New developments in transference focused psychotherapy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 97(2), 385–407. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12289>
- Kienast, T., Stoffers, J., Bremphol, F., & Lieb, K. (2014). Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(16), 280–286.
- Kiene, H. (2013). *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung: Cognition-based Medicine*. Springer-Verlag.
- Kleber, E. W. (1992). *Diagnostik in pädagogischen Handlungsfeldern: Einführung in Bewertung, Beurteilung, Diagnose und Evaluation*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Knuf, A. (2016). *Empowerment und Recovery* (5. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag. Abgerufen von <https://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/empowerment-und-recovery.html>
- Kramer, U., Berger, T., Kolly, S., Marquet, P., Preisig, M., de Roten, Y., ... Caspar, F. (2011). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in early-phase treatment of borderline personality disorder: a pilot study of a randomized trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 244–250.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182125d19>
- Kramer, U., Kolly, S., Berthoud, L., Keller, S., Preisig, M., Caspar, F., ... Despland, J.-N. (2014). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(3), 176–186.  
<https://doi.org/10.1159/000358528>

- Kuritárné, I. S. (2005). [Childhood trauma in the etiology of borderline personality disorder]. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*, 20(4), 256–270.
- Lägel, R., & Püschner, F. (2016). Psychoeduktation- gesundheitspolitische Implikationen medizinischer und gesundheitsökonomischer Faktoren. In J Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 78–84). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Leonhard, R. (2004). Effektgrößerberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation*, 43, 241–246.
- Leucht, S., Baethge, C., Lincoln, T., Klingberg, S., & Weinmann, S. (2018, August 29). Abgerufen 18. Oktober 2018, von [https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/038\\_D\\_G\\_f\\_Psychiatrie\\_\\_Psychotherapie\\_und\\_Nervenheilkunde/038-009m\\_S3\\_Konsultationsfassung\\_Schizophrenie\\_2018-09.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/038_D_G_f_Psychiatrie__Psychotherapie_und_Nervenheilkunde/038-009m_S3_Konsultationsfassung_Schizophrenie_2018-09.pdf)
- Lieb, K., & Stoffers, J. (2011). Störungsspezifische Pharmakotherapie: Borderline-Persönlichkeitsstörung. *NeuroTransmitter*, 22(11), 60–66.  
<https://doi.org/10.1007/BF03363618>
- Lieb, K., Stoffers, J., & Dulz, B. (2014). Pharmakologische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenheilkunde*, 33(10), 720–722.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a

- meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1–3), 232–245.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (2016). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT): Bd. 1: DBT Skills Training Manual und Bd. 2: DBT Arbeitsbuch, Handouts und Arbeitsblätter*. CIP-Medien.
- Linehan, M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 149(1–3), 291–296.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.04.009>
- Luderer, H. J. (2016). Psychoedukation bei Suchterkrankungen. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 110–119). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Lukei, E. (2004). *Die Patient-Therapeut-Beziehung in Kurzzeitpsychotherapien: Eine empirische Untersuchung mit dem Intrex-Fragebogen*. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf.

- MacKenzie, K. R. (1994). Group development. In Addie Fuhriman, F. Addie, & G. M. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (S. 223–268). New York: John Wiley & Sons.
- MacKenzie, K. R. (2001). Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppenentwicklung. In V. Tuschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 134–139). Stuttgart: Thieme.
- Maier-Riehle, B., & Zwingmann, C. (2000). *Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung* (Bd. 39). <https://doi.org/10.1055/s-2000-12042>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450.
- Marwitz, M. (2016). *Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie- Grundlagen und Praxis*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- McDermid, J., Sareen, J., El-Gabalawy, R., Pagura, J., Spiwak, R., & Enns, M. W. (2015). Co-morbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry, 58*, 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.004>
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(4), 256–264.
- Mennecke, B. E., Hoffer, J. A., & Wynne, B. E. (1992). The Implications of Group Development and History for Group Support System Theory and Practice  
,  
The Implications of Group Development and

- History for Group Support System Theory and Practice. *Small Group Research*, 23(4), 524–572. <https://doi.org/10.1177/1046496492234005>
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., & Lam, R. W. (2006). Bipolar Disorder and Quality of Life: A Patient-Centered Perspective. *Quality of Life Research*, 15(1), 25–37. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0376-7>
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact. *Can J Psychiatry*, 50(2), 95–100.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., ... von Bose, M. (1996). *International Personality Disorder Examination ICD-10 Modul*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Mühlig, S. (2004). Ziel Compliance der Patientenschulung: Formen und messmethodische Fragen. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 17(65), 45–52.
- Mühlig, S., & Jacobi, F. (2011). Psychoedukation. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 477–490). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_20)
- Nathan, P. E. (2013). Efficacy, Effectiveness, and the Clinical Utility of Psychotherapy Research. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Hrsg.), *The Art and Science of Psychotherapy* (S. 69–83). New York, London: Routledge.
- Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17(3), 785–806. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050376>

- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(16), 1190–1198.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, *15*(5), 524–541. <https://doi.org/10.1111/bdi.12089>
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(6), 482–487.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ: British Medical Journal*, *318*(7177), 149–153.
- Petretto, D. R., Preti, A., Zuddas, C., Veltro, F., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., ... SPERA-S group. (2013). Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *14*, 323. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-323>
- Philipsen, A., Limberger, M. F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., ... Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *192*(2), 118–123. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035782>
- Pier, K. S., Marin, L. K., Wilsnack, J., & Goodman, M. (2016). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Times*, *33*(3).
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, *11*(6), 645–657. <https://doi.org/10.1080/13607860701529635>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging, 7*, 207–243.
- Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2016). Psychotherapeutische Haltung und psychotherapeutische Elemente. In J Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 39–47). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Pitschel-Walz, G., Froböse, T., & Bäuml, J. (2016). Psychoedukation und die Einziehung der Angehörigen. In J Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 438–445). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Pitschel-Walz, G., Froböse, T., Krämer, S., Gsottschneider, A., Bäuml, J., & Jahn, T. (2011). Subjektives Wirksamkeitserleben in psychoedukativen Gruppen bei Schizophrenie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(3), 186–197.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia—A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 27*(1), 73–92.
- Probst, P. (2003). Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52*, 473–490.
- Rabbata, S. (2004). Psychoedukation: Hilfe zur Selbsthilfe. *Deutsches Ärzteblatt, 6*, 282.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden 1: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag.
- Reiss, N., Vogel, F., Nill, M., Graf-Morgenstern, M., Finkelmeier, B., & Lieb, K. (2013). Behandlungszufriedenheit von Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung bei

- stationärer Schematherapie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 63(02), 93–100. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323707>
- Rentrop, M., & Reicherzer, M. (2016). Psychoedukation bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 406–416). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Rentrop, M., Reicherzer, M., & Bäuml, J. (2007). *Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. Elsevier, Urban und Fischer.
- Rief, W., Bleichhardt, G., & Timmer, B. (2002). Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie*, 12(3), 183–191. <https://doi.org/10.1159/000066569>
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In H. Cooper & L. . Hedges (Hrsg.), *The handbook of research synthesis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach*. SAGE Publications.
- Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137(3), 191–202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.004>
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen- Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., & Dulz, B. (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Der Nervenarzt*, 84. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3489-6>

- Salameh, W. (2007). *Humor in der Integrativen Kurzzeittherapie* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sansone, R. A., Gaither, G. A., & Songer, D. A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims, 17*(1), 49–55.
- Schaub, A., Hippus, H., Möller, H.-J., & Falkai, P. (2016). Psychoeducational and Cognitive Behavioral Treatment Programs: Implementation and Evaluation From 1995 to 2015 in Kraepelin's Former Hospital. *Schizophrenia Bulletin, 42 Suppl 1*, S81-89.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbw057>
- Schmahl, C, Bohus, M., Esposito, F., Treede, R. D., Di Salle, F., Greffrath, W., ... Seifritz, E. (2006). Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(6), 659–667. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.659>
- Schmahl, C, & Baumgärtner, U. (2015). Pain in Borderline Personality Disorder. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry, 30*, 166–175. <https://doi.org/10.1159/000435940>
- Schmitz, B. (2011). Psychoedukation für Patienten und ihre Angehörige. In B. Dulz, S. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 767–776). Stuttgart: Schattauer Verlag. Abgerufen von <http://www.schattauer.de/book/detail/product/217-handbuch-der-borderline-stoerungen.html>
- Schmitz, B. (2016). Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen. In J Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsten, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch für Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 390–405). Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176–187.  
<https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.3.176>
- Schwartz, I. S., & Baer, D. M. (1991). Social validity assessments: is current practice state of the art? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), 189–204.  
<https://doi.org/10.1901/jaba.1991.24-189>
- Scriven, M. (1972). Perspectives of curriculum evaluation. In R. . Tyler, R. . Gagne, & M. Scriven (Hrsg.), *The methodology of evaluation* (S. 123–136). Boston: Allyn Bacon.
- Sendera, A., & Sendera, M. (2016). *Borderline - Die andere Art zu fühlen: Beziehungen verstehen und leben* (2. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. Abgerufen von [//www.springer.com/de/book/9783662480021](http://www.springer.com/de/book/9783662480021)
- Seres, I., Unoka, Z., Bódi, N., Aspán, N., & Kéri, S. (2009). The neuropsychology of borderline personality disorder: relationship with clinical dimensions and comparison with other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 555–562.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.555>
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1324–1328.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1324>
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., ... Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(5), 385–390.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078626>

- Shimodera, S., Furukawa, T. A., Mino, Y., Shimazu, K., Nishida, A., & Inoue, S. (2012). Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: Results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 12*, 40.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-40>
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M. C., & Schulz, S. C. (2015). Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results From a Multinational, Clinical Trial Sample. *Journal of Personality Disorders, 29*(6), 828–838.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_175](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_175)
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E., & Lohr, E. N. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *The American journal of psychiatry, 152*, 1059–1064.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1059>
- Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Scheer, S., ... Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 148*(10), 1378–1385. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1378>
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry, 51*(12), 951–963.
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry, 169*(5), 484–490. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11091378>
- Stahl, E. (2002). *Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung*. Weinheim: Beltz.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanalytic Quarterly, (7)*.

- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD005652.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorder. In P. Tyrer & G. Stein (Hrsg.), *Personality Disorder Reviewed*. (S. 321–345). London: Caskell/Royal College of Psychiatrists.
- Strauß, B., & Burlingame, G. . (2012). Gruppentherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlung. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 193–208). Berlin: Springer-Verlag.
- Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J., & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 687–698.
- Teicher, M., L Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., P Navalta, C., & M Kim, D. (2003). *The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment* (Bd. 27). [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- Tomita, T., Kudo, S., Sugawara, N., Fujii, A., Tsuruga, K., Sato, Y., ... Yasui-Furukori, N. (2018). Timing of psychoeducation for patients with depression who were treated with antidepressants: when should patients receive psychoeducation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 505–510. <https://doi.org/10.2147/NDT.S156797>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2012\\_26\\_093](https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093)

- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Trochim, W. M. K., & Donnelly, J. P. (2006). *The Research Methods Knowledge Base*. Cincinnati, OH: Atomic Dog. Abgerufen von <https://www.amazon.com/Research-Methods-Knowledge-Base-3rd/dp/1592602916>
- Trull, T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 471–481.
- Trull, T. J., Jahng, S., & Tomko, R. (2010). Revised NE - SARC personality disorder diagnoses: gender prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*, 24(4), 412–426.
- Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of Small-Group Development Revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419–427. <https://doi.org/10.1177/105960117700200404>
- Tursi, M. F. de S., Baes, C. von W., Camacho, F. R. de B., Tofoli, S. M. de C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019–1031. <https://doi.org/10.1177/0004867413491154>
- Victor, A., Elsässer, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Judging a Plethora of p-Values. *Deutsches Aerzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0050>
- Westermann, R. (2017). *Methoden psychologischer Forschung und Evaluation*. (M. Hasselhorn, W. Kunde, & S. Schneider, Hrsg.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(1), 8–19.

- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 42*(10), 1015–1021.
- Winogard, G., Cohan, P., & Henian, C. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry, 49*, 933–914.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- World Health Organisation. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Geneva: World Health Organisation.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002831.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
- Yalom, D. I. (1970). *The Theory and Practice of Psychotherapy*. Basic Books Incorporated, Pub.
- Yalom, D. I. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch*. (9. Aufl.). Stuttgart: Klett- Cotta.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 510–518.  
<https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000026620.66764.78>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. f., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Pub.

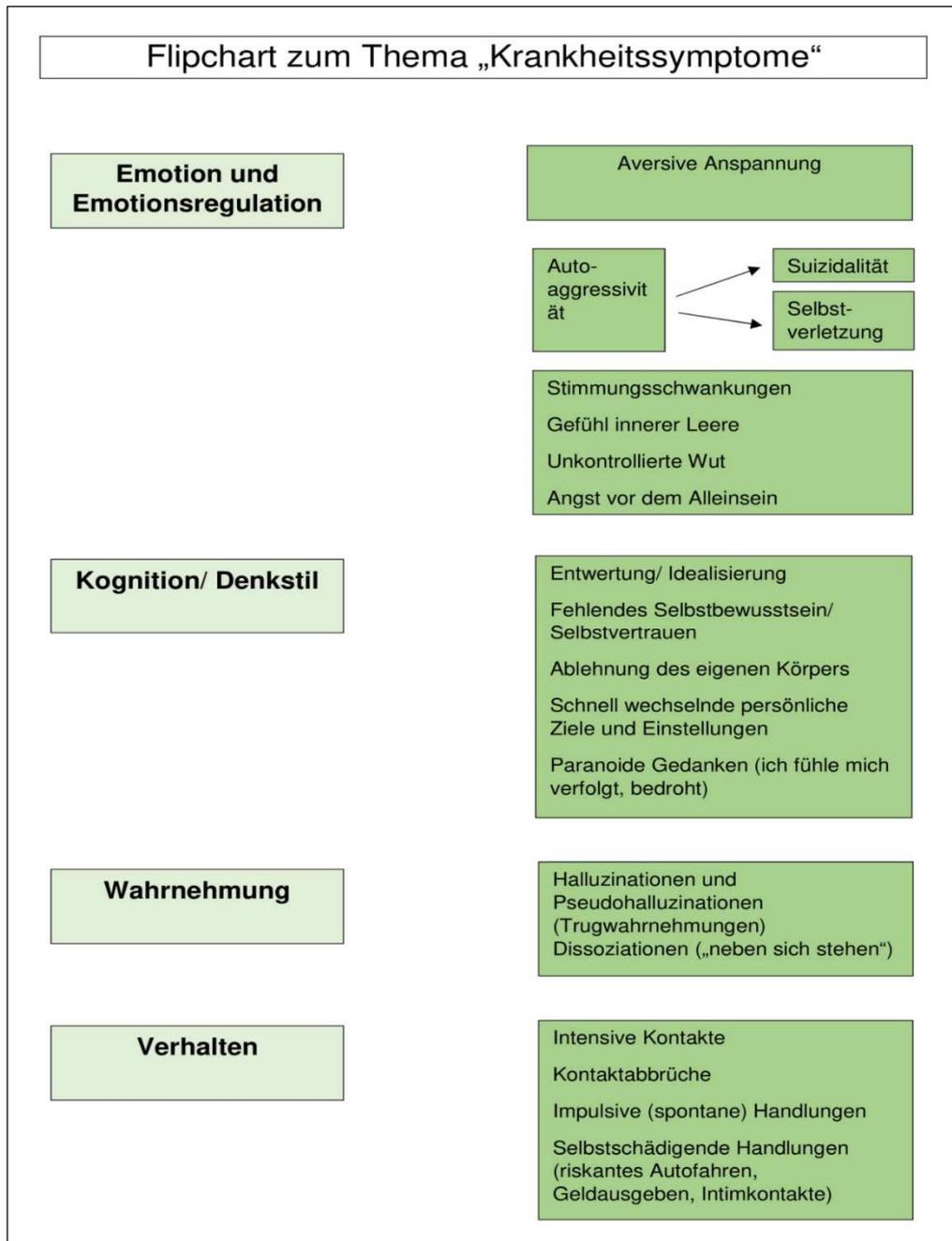
- Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2010). Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference- focused Psychotherapy, TFP) und Borderline Persönlichkeitsstörung. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. . Gabbard (Hrsg.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A clinical Handbook* (S. 543–557). American Psychiatric Pub.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2000). *Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder* (Bd. 23). [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>
- Zanarini, M. C., Conkey, L. C., Temes, C. M., & Fitzmaurice, G. M. (2017). Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11153>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *11*(1), 93–104.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). A Preliminary, Randomized Trial of Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *22*(3), 284–290. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.284>
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1733–1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- 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*(5), 296–302.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476–483.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Yong, L., R Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D., F Marino, M., & Anna Vujanovic, A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, *190*, 381–387.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>
- Zaunmüller, L., & Lutz, W. (2012). Wer braucht wieviel Therapie? *Psychotherapie im Dialog*, *13*(03), 12–17.
- Zoubek, K. (2013). *Prozessevaluation einer kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression: Entwicklung und Validierung der Patienten- und Therapeuten- Gruppentherapiestundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) zur Vorhersage des Therapieerfolgs* (Dissertation). Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Zurhorst, G. (2015). Grundlagen der Personzentrierung in der therapeutischen Beziehung. *Psychotherapie CIP Medien*, *20*(2), 27–47.

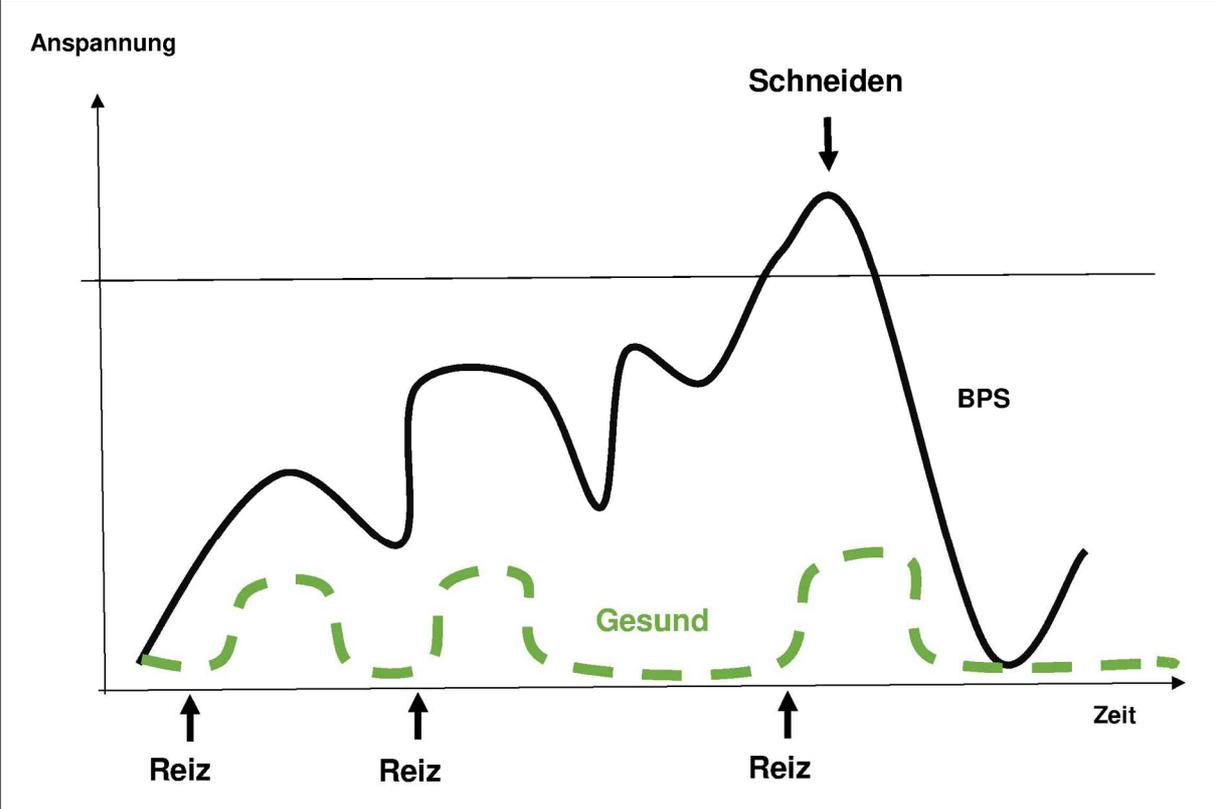
## Anhang

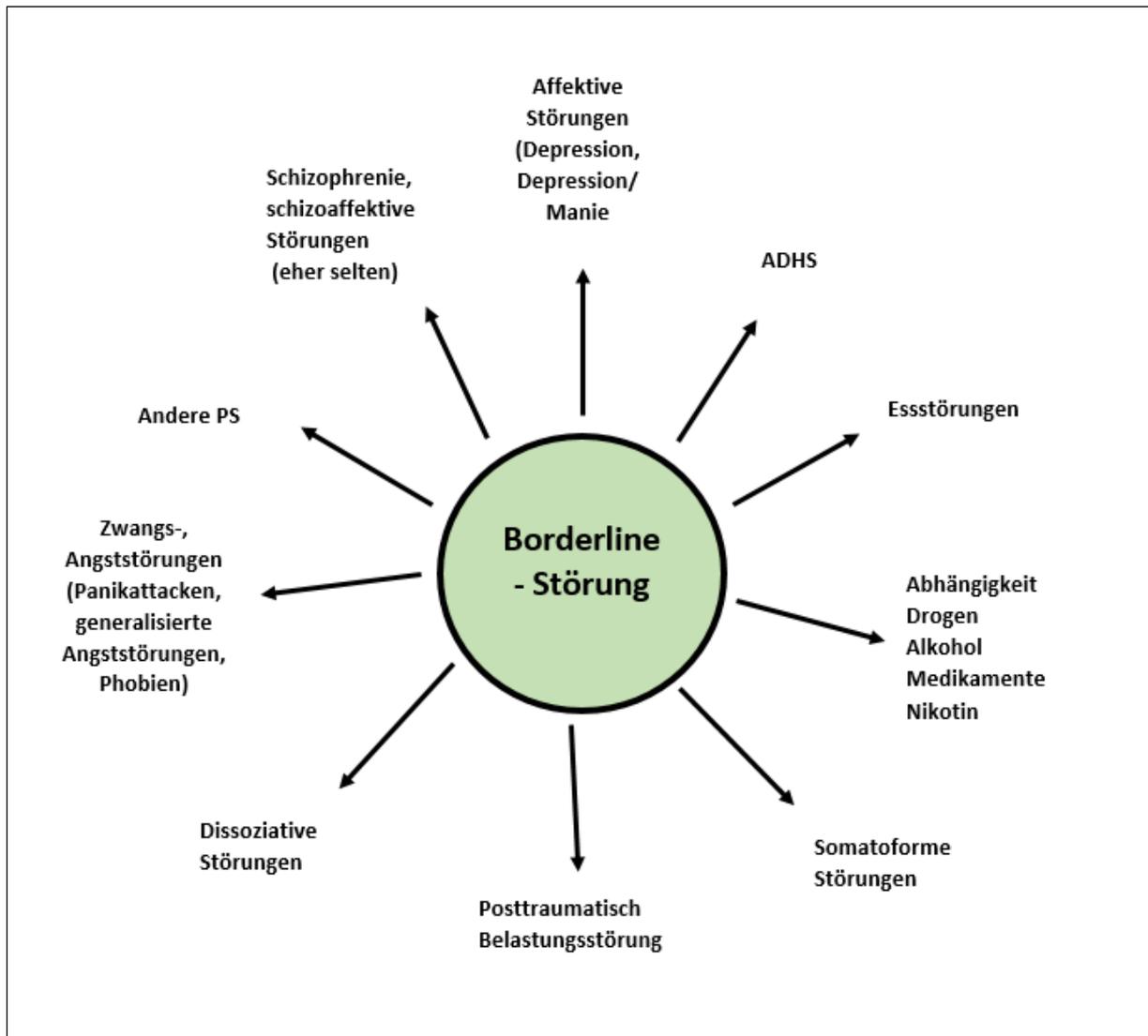
### Anhang A Die Beispiele für Flipchart-Folien

#### Anhang A1: Sitzung 2 Flipchart „Krankheitssymptome der BPS“



Anhang A2: Sitzung 3 Flipchart „Psychophysiologische Defizite der Emotionsregulation“



**Anhang A3: Sitzung 4 Flipchart „Komorbiditäten“****(ohne Erläuterung der Störungsbilder)**

## Anhang A 4: Sitzung 5 Flipchart „Darstellung der Antidepressiva“

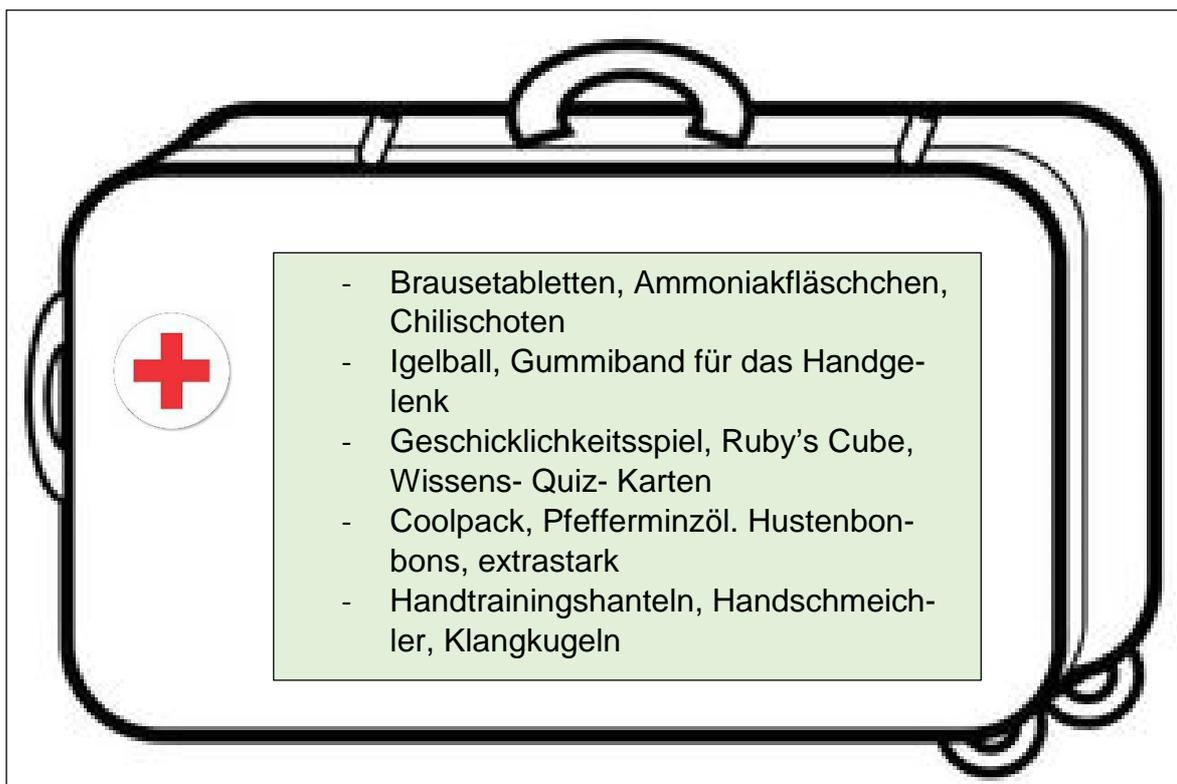
Substanzgruppe	Beispiele (Handelsnamen)	Indikation	Nebenwirkung
Selektive Serotonin-Reuptake- Inhibitoren ( <b>SSRI</b> )	Fluctin Cipramil Cipralext Seroxat Zoloft	Depression, Angst, Zwang, Bulimie, Impulsivität	Unruhe, Schlafstörungen, Übelkeit, sexuelle Funktionsstörung
Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake- Inhibitoren ( <b>SNRI</b> )	Trevilor Cymbalta	Depression mit fehlendem Antrieb, Angst	Unruhe, Schlafstörung, Schwitzen
Noradrenalin- Reuptaker-Inhibitoren ( <b>NaRI</b> )	Edronax	Depression mit fehlendem Antrieb	Unruhe, Schlafstörungen, Schwitzen
Erweiterter Serotonerger Wirkmechanismus	Remergil	Depression, Schlafstörung	Übermäßige Sedierung, Beinunruhe, Ödeme, Appetitsteigerung
Trizyklische Antidepressiva ( <b>TZA</b> )	Saroten Aponal Stangyl Tofranil Anafranil	Schwere anhaltende Depressionen, fehlendes Ansprechen auf andere Medikamente	Kreislaufprobleme, schneller Herzschlag, Herzrhythmusstörungen, Stuhlverhalt, Harnverhalt, Mundtrockenheit
Tetrazyklische Antidepressiva	Ludiomil	Schwere anhaltende Depressionen, fehlendes Ansprechen auf andere Medikamente	Ähnlich TZA, etwas milder; zusätzlich Gefahr der Auslösung von epileptischen Anfällen
Monoaminoxidasehemmer ( <b>MAO-Hemmer</b> )	Jatrosom	Schwere anhaltende Depressionen, fehlendes Ansprechen auf andere Medikamente	Notwendigkeit einer Diät, sonst Gefahr eines serotonergen Syndroms (Blutdruck- und Pulsanstieg, Rötung der Haut, Kreislaufprobleme) Blutdruckregulationsstörung
Pflanzliches Antidepressiva, Johanniskrautpräparate	Jarsin, Remotiv	Leichte depressive Verstimmungen	Lichtempfindlichkeit, Pigmentverschiebungen, Wechselwirkung mit anderen Medikamenten

## Anhang A 5: Sitzung 6 Flipchart „Nebenwirkungen der Neuroleptika“

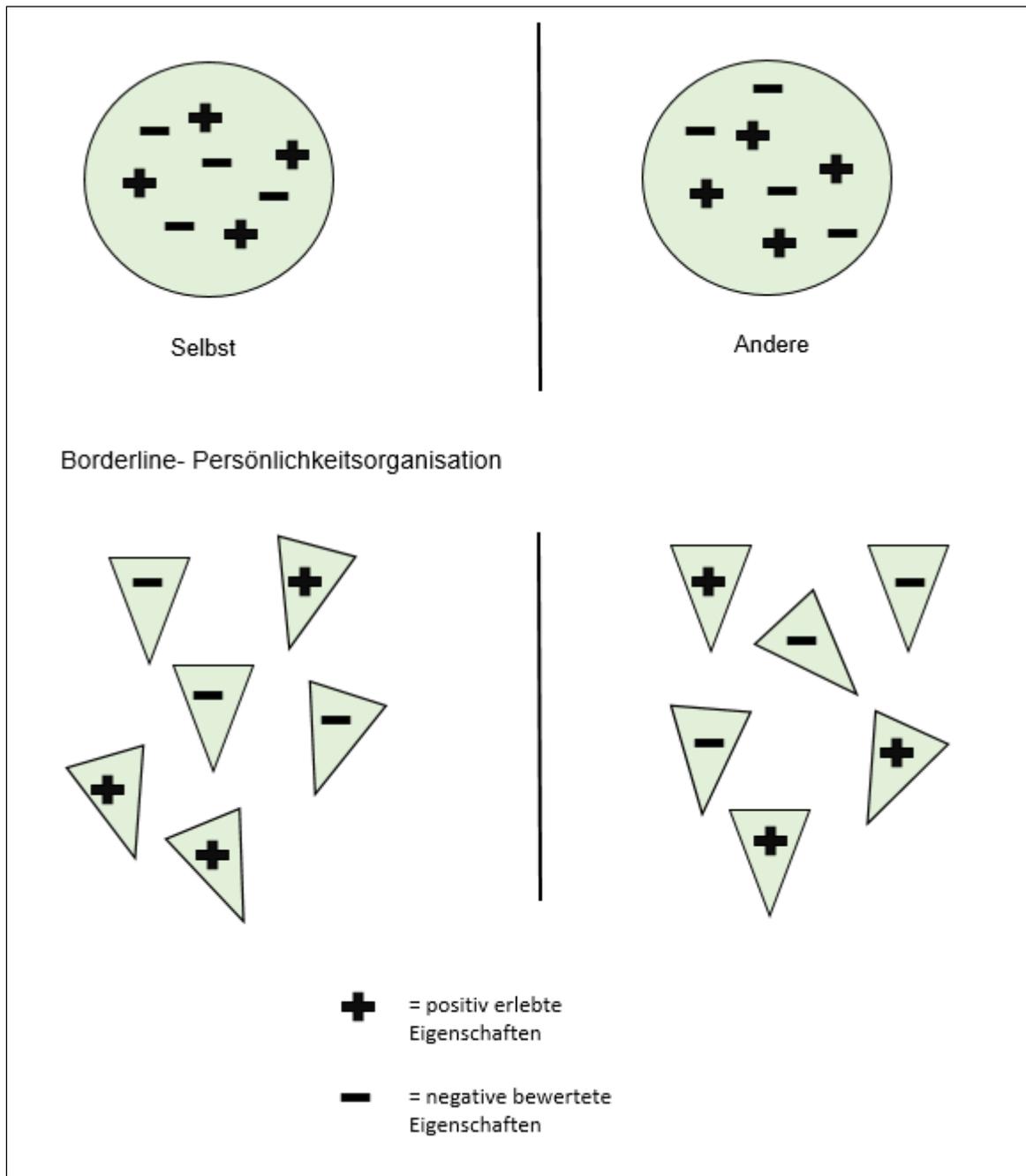
Nebenwirkungen der Neuroleptika
<p><b>Allgemeine Nebenwirkungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonnenlichtempfindlichkeit, verstärkte Sonnenbrandgefahr → Sonnencreme mit hohem Lichtschutzfaktor</li> <li>• Appetitsteigerung → regelmäßige kleine Mahlzeiten; gesunde und ausgewogene Ernährung; Verzicht auf hochkalorische Getränke</li> <li>• Sitz- und Bewegungsunruhe (Akathisie) → Dosis ↓, Umstellung auf ein anderes Präparat, bei großem Leidensdruck niedrig dosierte Benzodiazpine</li> </ul> <p>CAVE: Eine Akathisie stellt einen für den Betroffenen unerträglichen Zustand dar, der sofort behandelt werden muss. Manche Menschen sind derart gequält, dass sie durch die Akathisie suizidal werden.</p> <p><b>Hochpotente Neuroleptika</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Frühdyskinesien:</b> Blickkrämpfe, Zungen-, Schlundkrämpfe in den ersten Behandlungstagen, Hinweis auf eine hohe individuelle Empfindlichkeit gegenüber Neuroleptika → Akineton langsam i.v., Umstellung auf ein anderes, atypisches Neuroleptikum</li> <li>• <b>Parkinsonoid:</b> Zittern kleinschrittiger Gang, Mimik ↓, Muskeltonus ↑ → Akineton-ret.-Tabletten, Umstellung auf ein anderes, atypisches Neuroleptikum</li> <li>• <b>Spätdyskinesien:</b> im Verlauf einer langjährigen Neuroleptikabehandlung auftretende Bewegungsstörung, von dezenten Bewegungen um den Mund, leichtes Zittern der Knie bis zu ausladenden Bewegungen der Arme und Beine reichend. Gelegentlich auch Muskeltonus ↑. Vorübergehend betroffen sind ca. 30 % aller Patienten. Irreversible Schäden bei etwa 1-3 %- Bei atypischen Neuroleptika ist dieses Risiko deutlich geringer, → Behandlung oft schwierig; Umstellung auf atypisches Neuroleptikum, Triapridex, bei Tonus-erhöhung der Muskulatur evtl. Botulinum- Injektionen</li> </ul> <p><b>Niederpotente Neuroleptika</b></p> <p>...</p> <p><b>Atypische Neuroleptika</b></p> <p>...</p>

Nebenwirkungen der Neuroleptika (aus didaktischen Gründen werden nur einige Präparate kursorisch abgehandelt. Im Einzelfall muss jeder Gruppenleiter situationsorientiert die entsprechenden Präparate und deren Nebenwirkungen dezidiert erarbeiten).

## Anhang A 6: Sitzung 7 Flipchart „Notfallkoffer für Krisensituationen“

**Vorschlag für den Inhalt eines Notfallkoffers für die Station**

**Anhang A 7: Sitzung 9 Flipchart „Theoretische Grundannahme der TFP zur inneren Struktur von Gesunden und Menschen mit Borderline- Persönlichkeitsorganisation“**



**Anhang A 8: Sitzung 10 „Umgang mit Genussstoffen“**

Substanz	Wirkung in kleiner Menge	Wirkung bei Missbrauch	Risiken
Kaffee	< 5 Tassen pro Tag anregend, vitalisierend	>> 5 Tassen pro Tag <u>Körper</u> : fahrig Motorik, Puls ↑, Blutdruck ↑, Schwitzen ↑, Übelkeit, Magenbeschwerden <u>Psyche</u> : Nervosität ↑, Angst ↑, Unruhe ↑	Herz- Kreislauf-, Magenprobleme
Zigaretten	< 10 ,Zigaretten pro Tag, entspannend, Konzentration steigend, jedoch bereits gesundheitsschädigende Wirkungen	>> 10 Zigaretten pro Tag <u>Körper</u> : Atembeschwerden, morgendlicher Husten, Magenschleimhautreizung, Durchblutungsbeeinträchtigungen <u>Psyche</u> : Unruhe bei Absinken des Blutnikotinspiegels	Abhängigkeit mit vielfältigen körperlichen Folgeerkrankungen
Alkohol	Kleine Mengen in Situation des Wohlbefindens: Spannung + Hemmungen – Ängste ↓ Wärmegefühl	Großen Mengen als Bewältigung problematischer Situationen: <u>Körper</u> : Kontrollverlust, Übelkeit, schlafinduzierende, bei chronischem Missbrauch Schlaf ↓ <u>Psyche</u> : Stimmungsveränderung, melancholisch bis aggressiv	Abhängigkeit mit vielfältigen körperlichen Folgeerkrankungen

**Anhang B Fragebögen****Anhang B 1: Screening-Protokoll**

## SCREENINGPROTOKOLL

---

Datum \_\_\_\_\_

Screening durchgeführt von \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname des Patienten \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Alter \_\_\_\_\_ (Einschluss Alter ab 18 J.)

Diagnose \_\_\_\_\_ (Einschluss F60.31)

Diagnose gestellt durch \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUSSCHLUSSKRITERIEN ABKLÄREN

---

Im telefonischen Gespräch prüfen:

Gesicherte Diagnose vorliegend (Arztbrief/schriftliche Bestätigung des Psychotherapeuten)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Ausreichende Sprachkenntnisse	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Starke kognitive Beeinträchtigung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Akute Suizidalität	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

**Anhang B 2: Einverständniserklärung**

**Einverständniserklärung**  
**Teilnahme an Informationsgruppen für Patienten**

Name.....

Vorname..... Geb. Datum.....

Adresse.....

Das Informationsblatt „Informationsgruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung“ habe ich erhalten und durchgelesen.

Ich erkläre mich einverstanden,

- an den 10 Treffen der Informationsgruppe teilzunehmen,
- die mir in diesem Rahmen vorgelegten Fragebögen auszufüllen.

Die Teilnahme ist freiwillig und ich kann jederzeit aus der Gruppe ausscheiden.

Alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur in anonymisierter Form (ohne Angaben von Namen und Adresse) nach den Vorschriften des Datenschutzgesetzes gespeichert und wissenschaftlich ausgewertet.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten

**Anhang B 3: Soziodemographischer Fragebogen****Soziodemografischer Fragebogen für Patienten**

Patient Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_ \_\_ \_\_

**Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Erkrankung**

1. Alter: \_\_\_\_\_

2. Geschlecht: männlich  weiblich **3.1 Alter bei Erstvergabe der Diagnose „Borderline Persönlichkeitsstörung“:** \_\_\_\_\_**3.2 Wo sind Sie derzeit in Behandlung?**

- Derzeit in stationärer Behandlung
- Derzeit in ambulanter Behandlung bei Psychiater/ Nervenarzt
- Derzeit in ambulanter Behandlung beim psychologischen Psychotherapeut
- Derzeit in Tagesklinik
- Anders, nämlich \_\_\_\_\_
- derzeit in keiner professionellen Behandlung

**3.3 Wie oft wurden Sie bisher wegen der psychischen Erkrankung stationär im Krankenhaus aufgenommen?** (Falls derzeit stationär, bitte diesen Aufenthalt hinzuzählen)

\_\_\_\_\_mal

**3.4 Wie lange ist der letzte Aufenthalt her?** \_\_\_\_\_ Monate**3.5 Haben Sie schon Vorerfahrung mit psychotherapeutischen Hilfen?**

- psychoedukative Patientengruppen
- Selbsthilfegruppen
- Einzel- Psychotherapie
- Gruppen- Psychotherapie (z.B. Skillsgruppe)
- Familien/ Paartherapie
- Borderline- Trialog
- Literatur/ Ratgeberbücher
- Andere Erfahrungen, nämlich \_\_\_\_\_
-

**4.1 Ich wohne**

- allein
- mit meinen Eltern
- mit meinem Ehe/ Lebenspartner
- mit meinem Kind/ Kindern
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer therapeutischen Einrichtung (z.B. Therapeutische WG)
- sonstiges, nämlich \_\_\_\_\_

**4.2 Welche Schulausbildung haben Sie abgeschlossen?**

- Kein Schulabschluss
- Hilfs- Sonderschule
- Mittelschule (ehemals Hauptschule)
- Realschule
- Fachoberschule
- Gymnasium

**4.3 Welche Art der Berufsausbildung haben Sie absolviert oder absolvieren Sie gerade?**

- Lehre
- Fachschule/ Meisterschule
- Hochschule/ Fachhochschule
- andere
- Keine Berufsausbildung begonnen
- Ausbildung abgebrochen

**4.4 Ihre derzeitige berufliche Situation?**

- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- ich arbeite z.Zt nicht (bzw. bin Rentner, Student, in Ausbildung, Hausfrau/mann, im Erziehungsurlaub)

**5.1 Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch Ihre psychischen Probleme?**

- gar nicht
- etwas
- ziemlich
- stark
- sehr stark

## Anhang B 4: Borderline- Symptom- Liste (BSL-23)

1

### Borderline Symptom Liste: Kurz-version (BSL-23)

Code: .....

Datum: .....

Bitte beachten Sie folgende Hinweise beim Ausfüllen des Fragebogens: In der unten stehenden Tabelle finden Sie Probleme und Beschwerden, die Ihr Befinden möglicherweise beschreiben. Bitte gehen Sie jede Beschreibung durch und entscheiden Sie, **wie stark und ausgeprägt** Sie unter den genannten Zuständen **in der letzten Woche** gelitten haben. Falls Sie derzeit keine Gefühle wahrnehmen, bitten wir Sie, die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie denken, wie Sie sich fühlen. Bitte gehen Sie nicht danach, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. **Die Fragen beziehen sich auf den Gesamtverlauf der letzten Woche. Bitte beantworten Sie alle Fragen.**

Während der letzten Woche...		überhaupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1	konnte ich mich schlecht konzentrieren	0	1	2	3	4
2	erlebte ich mich als hilflos	0	1	2	3	4
3	war ich geistig abwesend und erinnerte nicht, was ich genau tat	0	1	2	3	4
4	litt ich unter Ekelgefühlen	0	1	2	3	4
5	dachte ich an Selbstverletzungen	0	1	2	3	4
6	traute ich anderen Menschen nicht	0	1	2	3	4
7	glaubte ich, keine Lebensberechtigung zu haben	0	1	2	3	4
8	fühlte ich mich einsam	0	1	2	3	4
9	stand ich innerlich unter Hochspannung	0	1	2	3	4
10	tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten	0	1	2	3	4
11	hasste ich mich selbst	0	1	2	3	4
12	hatte ich das Bedürfnis, mich selbst zu bestrafen	0	1	2	3	4
13	litt ich unter Schamgefühlen	0	1	2	3	4
14	wechselten meine Stimmungen in kurzen Abständen zwischen Angst, Ärger und Depression	0	1	2	3	4
15	litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen von innen und / oder von außen	0	1	2	3	4
16	erlebte ich Kritik als vernichtend	0	1	2	3	4
17	war ich leicht verletzbar	0	1	2	3	4
18	übte die Vorstellung vom Tod eine gewisse Faszination auf mich aus	0	1	2	3	4
19	kam mir alles sinnlos vor	0	1	2	3	4
20	hatte ich Angst, die Kontrolle zu verlieren	0	1	2	3	4
21	fand ich mich widerlich	0	1	2	3	4
22	war ich wie weit entfernt von mir selbst	0	1	2	3	4
23	hielt ich mich für wertlos	0	1	2	3	4

Nachdem Sie obigen Fragen beantwortet haben, möchten wir Sie noch bitten, Ihre Befindlichkeit während der letzten Woche auf einer Skala von 0 - 100 % **insgesamt** einzuschätzen. **0% bedeutet:** ich war völlig auf dem **Nullpunkt**; **100% bedeutet:** ich fühlte mich **ausgezeichnet**. Bitte markieren Sie durch ankreuzen die Prozentzahl, die am ehesten Ihr subjektives Befinden über die letzte Woche hinweg widerspiegelt.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
(ganz schlecht)		←—————→									(ausgezeichnet)

### BSL-Ergänzung: Items zur Erfassung des Verhaltens

Zum Abschluss möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu einzelnen Verhaltensweisen stellen. Bitte geben Sie bei den einzelnen Fragen an, ob und wenn ja, **wie häufig**, sie die einzelnen Verhaltensweisen **in der letzten Woche** durchgeführt haben.

Während der letzten Woche ...		gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
1	verletzte ich mich durch schneiden, brennen, würgen etc. selbst	0	1	2	3	4
2	äußerte ich mich gegenüber anderen, daß ich mich umbringen würde	0	1	2	3	4
3	machte ich einen Suizidversuch	0	1	2	3	4
4	hatte ich Fressanfälle	0	1	2	3	4
5	hatte ich Brechanfälle	0	1	2	3	4
6	zeigte ich Hochrisikoverhalten, indem ich zu schnell Auto fuhr, auf Hochhäusern herumlauf etc.	0	1	2	3	4
7	war ich betrunken	0	1	2	3	4
8	konsumierte ich Drogen	0	1	2	3	4
9	konsumierte ich Medikamente, die nicht verschrieben waren oder über die verschriebene Dosis hinaus	0	1	2	3	4
10	hatte ich unkontrollierte Wutausbrüche oder wurde gegenüber anderen handgreiflich	0	1	2	3	4
11	hatte ich sexuelle Kontakte, die ich hinterher bereute	0	1	2	3	4

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

**Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!**

**Anhang B 5: World Health Organisation Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF)**

Patientennummer/Chiffre \_\_\_\_\_ PRÄ / POST

**Instruktionen**

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf Grundlage Ihrer eignen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen	1	2	3	<del>4</del>	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umgang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von andern Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen	<del>1</del>	2	3	4	5

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

## Anhang

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	Sehr zufrieden
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern	1	2	3	4	5
5	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
7	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

## Anhang

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten	1	2	3	4	5
		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	Sehr zufrieden
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5

## Anhang

20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5

		Sehr un- zufrieden	Un- zufrie- den	Weder zu- frieden noch un- zufrieden	zufrieden	Sehr zu- frieden
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

## Anhang

In den folgenden Fragen geht es darum, wie oft sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression	1	2	3	4	5

Hat Ihnen jemand bei Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? \_\_\_ Ja \_\_\_ Nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? \_\_\_\_\_ Minuten

**Haben Sie irgendwelche Anmerkungen zu diesem Fragebogen?**

---



---



---



---



---



---

**Anhang B 6: Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation (PATHEV)**

PATHEV	Patient/ Chiffre
	Datum
<p>Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, was man von einer Therapie erwarten kann, was man hoffen oder befürchten könnte. Geben Sie bitte an, inwieweit die einzelnen Aussagen Ihrem augenblicklichen Eindruck wiedergeben. Bedenken Sie bitte, dass es hier keine richtigen und falschen Antworten gibt. Uns interessiert nur, was Sie persönlich gegenwärtig denken.</p>	

1. Ich befürchte, dass mir auch durch Psychotherapie nicht geholfen werden kann.

1	2	3	4	5
o	o	o	o	o
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

2. Ich habe Angst davor, mich zu verändern.

1	2	3	4	5
o	o	o	o	o
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

3. Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden.

1	2	3	4	5
o	o	o	o	o
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

4. Auch durch eine Therapie wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern.

1	2	3	4	5
o	o	o	o	o
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

5. Manchmal befürchte ich, dass ich mich durch eine Therapie mehr verändere als ich will.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

6. Genau genommen bin ich eher skeptisch, ob mir eine Therapie helfen kann.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

7. Gelegentlich mache ich mir auch etwas Sorgen, was sich alles ändern wird, wenn meine Probleme einmal verschwunden sind.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

**Anhang B 7: Wissensfragebogen**

Patienten Nr.:	Zutreffendes ankreuzen PRÄ/ POST
Gruppen- Nr.:	Datum

<b>WISSENSFRAGEBOGEN</b> zur Borderline- Persönlichkeitsstörung
--

**Instruktion: Bitte kreuzen Sie die richtigen Antwortmöglichkeiten an!**

**Es können auch mehrere oder alle Antworten richtig sein.**

**1. Über die Ursachen für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weiß man:**

- Als Ursache spielt unter anderem eine genetische Veranlagung eine Rolle.
- Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen verschiedene biologische Veränderungen der Funktion des Gehirns auf.
- Körperliche Erkrankungen spielen bei der Verursachung eine entscheidende Rolle.
- Eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung spielt das so genannte „invalidierende Umfeld“.
- Arbeitslosigkeit führt zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

**2. Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, erleben typischerweise:**

- Platzangst
- ein wiederkehrendes Gefühl der Leere
- Stimmungsschwankungen
- eine schwere Gedächtnisstörung
- Dissoziationen

**3. Typische Denkmuster von Menschen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung sind:**

- ein Schwarz- Weiß Denken
- Zwangsgedanken
- die Umkehrung aller negativen Gedanken ins Positive
- stetige Selbstabwertung
- Muster wechselnder Idealisierung und Entwertung bestimmter Mitmenschen

**4. Was trifft auf die Borderline- Persönlichkeitsstörung zu?**

- Etwa 1-2 % der Bevölkerung leiden unter einer Borderline- Persönlichkeitsstörung.
- Die Störung beginnt häufig unvermittelt im höheren Lebensalter.
- Es finden sich gehäuft traumatische Lebensereignisse und unglückliche Familienverhältnisse.
- Das Kernproblem der Borderline- Störung liegt in einer Emotionsregulationsstörung.
- Eine Borderline- Störung kann auch vorliegen, wenn ein Betroffener sich nicht selbst verletzt.

**5. Welche zusätzlichen seelischen Probleme tauchen bei Menschen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung gehäuft auf?**

- Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Alkohol-, Drogensucht)
- Depression
- Essstörungen, z.B. Anorexie oder Bulimie
- Angststörungen, z.B. Panikattacken
- kurze Episoden mit der Überzeugung, verfolgt zu werden, oder Stimmenhören

**6. Für den Verlauf einer Borderline- Persönlichkeitsstörung trifft zu:**

- Borderline-Persönlichkeitsstörungen beginnen meist im Jugendalter.
- Die Störung verläuft mit wiederkehrenden akuten Krisen und muss auch behandelt werden, wenn eine Krise gerade abgeklungen ist.
- Krankheitssymptome werden mit zunehmendem Lebensalter der Betroffenen häufig milder.
- Eine langfristige Stabilität ist meist nur durch eine langfristige Therapie zu erreichen.
- Die Familienangehörigen können nichts tun, um den Verlauf einer Borderline- Störung günstig zu beeinflussen.

**7. Welchen Aussagen über Psychopharmaka stimmen Sie zu?**

- Antidepressiva erzeugen bei längerer Einnahme eine körperliche Abhängigkeit.
- Eine Stabilisierung der Stimmung kann mit so genannten Moodstabilizern erreicht werden (z.B. Elmendos, Ergenyl oder Lamotrigin).
- Benzodiazepine sollten immer bei der Behandlung einer Borderline- Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden.
- Benzodiazepine können eine körperliche Abhängigkeit verursachen.
- Antidepressiva sind auch bei Angst- und Zwangserkrankungen wirksam.

**8. Welche Nebenwirkungen können bei einer Psychopharmakotherapie auftreten**

- Die längerfristige Einnahme von Benzodiazepinen begünstigen das Auftreten von dissoziativen Zuständen („neben sich stehen“).
- Alle diese Medikamente ziehen eine Gewichtszunahme nach sich.
- Antidepressiva verursachen immer eine Sehstörung, sodass man grundsätzlich nicht Autofahren darf.
- Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI) regen den Appetit stark an.
- Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI) können sexuelle Funktionsstörungen verursachen.

**9. Antidepressiva:**

- wirken sofort nach Einnahme.
- wirken auf den Gehirnstoffwechsel ein.
- werden u.a. bei Stimmungslabilität, Angst und mangelnder Impulskontrolle eingesetzt.
- helfen ausschließlich bei Traurigkeit.
- heißen auch Benzodiazepine.

**10. Welche der aufgeführten Medikamente gehören zu den Antidepressiva?**

- Cipralex
- Fluctin
- Abilify
- Zyprexa
- Valium

**11. Neben einer medikamentösen Behandlung haben sich folgende Therapieverfahren in der Behandlung einer Borderline- Persönlichkeitsstörung besonders bewährt:**

- die dialektisch- behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan
- die klassische Psychoanalyse nach S. Freud
- die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach O.F. Kernberg
- die Familienaufstellung nach Hellinger
- Hypnose

**12. Welche Punkte treffen in Bezug auf die Psychotherapie zu?**

- Die Psychotherapie bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dauert in der Regel 1-2 Jahre.
- Fertigkeiten (Skills) wirken spannungsreduzierend und können in der Psychotherapie als Alternative zu selbstverletzendem Verhalten erlernt werden.
- Nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung sollte man sofort eine neue Therapie beginnen.
- Es wurden in den letzten Jahren Psychotherapieverfahren entwickelt, die speziell auf die Schwierigkeiten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zugeschnitten sind.
- Psychologische Psychotherapeuten dürfen Medikamente verschreiben.

**13. Welche der folgenden Aussagen zu Psychotherapie treffen zu?**

- Psychotherapie und Medikamenteneinnahme sind nicht miteinander vereinbar.
- Es ist sinnvoll, langfristig beim gleichen Therapeuten zu bleiben und Probleme, die im Umgang miteinander auftauchen, anzusprechen.
- Psychotherapie ist die wichtigste Behandlungsstrategie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- In der dialektisch- behavioralen- Therapie (DBT) ist der Umgang mit Emotionen ein wichtiges Thema.
- Eine stationäre Behandlung ist einer ambulanten Therapie in jedem Fall vorzuziehen.

**14. Zur Erleichterung der Wiedereingliederung in das Alltagsleben haben sich folgende Maßnahmen als sinnvoll und wirksam erwiesen:**

- unterstützende Therapien, z.B. Musik-, Kunst-, oder Ergotherapie
- Akupunktur
- kalorien- und fettreduzierte Diät
- Teilnahme an Patienten- Selbsthilfegruppen
- viel Rückzug und viel Schlaf

**15. Welche der folgenden Verhaltensweisen der Familienmitglieder sind günstig im Umgang mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung?**

- Der Betroffene wird ermutigt und unterstützt, sich seiner Fähigkeiten und Stärken bewusst zu werden.
- Der Betroffene wird stets ermahnt, sich zusammenzureißen.
- Die Familienmitglieder kümmern sich grundsätzlich um alle Belange des Betroffenen.
- Wenn sich ein Betroffener über das Thema „Suizid“ äußert, soll die Familie dies ignorieren.
- Probleme innerhalb der Familie sollten mit dem Therapeuten besprochen werden, wenn sie das Familienklima belasten.

**16. Als Angehöriger einer Person mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung soll man:**

- sich komplett aus dem eigenen Freundeskreis zurückziehen, um nur für den Betroffenen da sein zu können.
- den Betroffenen vor den natürlichen Konsequenzen seines Handelns schützen.
- Probleme auf keinen Fall ansprechen.
- Toleranzgrenzen setzen und diese klar und deutlich formulieren.
- ein Geheimnis um selbstschädigendes Verhalten machen und dies vor anderen verschweigen.

**Anhang B 8: Feedbackfragebogen**

Psychoedukationsgruppe für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung



Patient Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ \_

**1. Wie hilfreich fanden Sie die Informationsgruppe?**

- Sehr hilfreich
- Hilfreich
- Wenig hilfreich
- Überhaupt nicht hilfreich

**2. Was gefiel Ihnen besonders gut?****3. Was hat Ihnen nicht gefallen?****4. Fühlen Sie sich durch die Teilnahme an der Informationsgruppe entlastet?**

- Sehr entlastet
- ziemlich
- etwas
- gar nicht

**5. Wie gut fühlen Sie sich zum Thema „Borderline- Persönlichkeitsstörung“ informiert?**

- Sehr gut
- Gut
- Mäßig
- Schlecht

Psychoedukationsgruppe für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

**6. Welche Themen, die besprochen wurden, waren besonders wichtig für Sie?**

- Informationen über die Symptome der Borderline-PS
- Informationen über die möglichen Ursachen der Borderline- PS
- Informationen über mögliche Begleiterkrankungen
- Informationen über die Medikation und Nebenwirkungen
- Informationen zur Krisenintervention und Notfallplan (Umgang mit Krisen)
- Informationen über die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten
- Andere \_\_\_\_\_

**7. Welche Themen, die besprochen wurden, waren für Sie weniger wichtig?**

- Informationen über die Symptome der Borderline-PS
- Informationen über die möglichen Ursachen der Borderline- PS
- Informationen über mögliche Begleiterkrankungen
- Informationen über die Medikation und Nebenwirkungen
- Informationen zur Krisenintervention und Notfallplan (Umgang mit Krisen)
- Informationen über die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten
- Andere \_\_\_\_\_

**8. Welche Themen, die Sie wichtig finden, wurden zu wenig berücksichtigt?**

---

---

---

---

---

---

---

**9. Was halten Sie von der Anzahl der Treffen?**

- Zu wenige Treffen
- Angemessen
- Zu viele Treffen

Psychoedukationsgruppe für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

**10. Was halten Sie von der Dauer (1 1/2h) der Treffen?**

- Zu kurz
- Angemessen
- Zu lang

**11. Was halten Sie von der Uhrzeit (Beginn 17.00 Uhr)**

- Zu früh
- Angemessen
- Zu spät

**12. Wie fanden Sie die Atmosphäre in der Gruppe?**

- Überhaupt nicht vertrauensvoll
- Wenig vertrauensvoll
- Vertrauensvoll
- Sehr vertrauensvoll

**13. Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch Ihre psychischen Probleme?**

- gar nicht
- etwas
- ziemlich
- stark
- sehr stark
-

**Anhang B 9: Gruppentherapiestundenbogen- Patienten (GTS-P)**

Gruppentherapiestundenbogen-Patienten (GTS-P)

Sitzung.:

Datum:

Name / Code:

## Patientenstundenbogen

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Insgesamt bin ich mit der heutigen Sitzung zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Bewältigung meiner Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anhang B 10: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten (GTS-T)**

Gruppentherapiestundenbogen-Therapeuten (GTS-T)

Sitzung.:

Datum:

Name / Code:

## Therapeutenstundenbogen

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Die Patienten waren an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. An der heutigen Sitzung haben die Patienten aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzung konnten von den Patienten heute gut nachvollzogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die heutige Sitzung hat den Patienten Anregungen zur Bewältigung ihrer Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Patienten haben die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nach der heutigen Sitzung halten die Patienten diese Therapieform für die Behandlung ihrer Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Gruppenatmosphäre fanden die Patienten heute gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es ist mir heute gut gelungen auf die Anliegen der Patienten einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gruppentherapiestundenbogen-Therapeuten (GTS-T)

## Therapeutenstundenbogen

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
9. Heute ist die Sitzung an den momentanen Bedürfnissen der Patienten vorbeigegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heute konnte ich die Inhalte des Manuals gut umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heute konnte ich die individuellen Beispiele der Patienten gut zur Umsetzung des Sitzungsthemas nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie könnte man Ihrer Meinung nach das Manual bezüglich der heutigen Sitzung verbessern?					