



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Studie zur Evaluierung des Behandlungskonzepts am
Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und
Psychosomatik
(SMZ Baumgartner Höhe - Otto-Wagner-Spital)

Verfasserin

Manuela Fitz

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, Dezember 2013

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Diplomstudium Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

An dieser Stelle soll all denjenigen gedankt werden, die zum Entstehen der vorliegenden Arbeit – durch ihren fachlichen oder persönlichen Rat – beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner Mama, die mich in all meinen Entscheidungen während des Studiums unterstützt hat und mir Mut zugesprochen und Rückhalt gegeben hat.

Auch meinem Freund, der mich im Endspurt des Studiums begleitet hat, möchte ich für sein Verständnis und seine Geduld danken.

Meinen Mädls soll an dieser Stelle auch für ihre Unterstützung, ihr Verständnis und die ständige Motivation, die sie mir gegeben haben, gedankt sein.

Auch meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch möchte ich auf diesem Weg für seine tatkräftige Unterstützung und seinen fachlichen Rat danken.

Meinem Chef und meinen Arbeitskolleginnen gebührt ein großer Dank für ihr Verständnis und ihre Unterstützung, da es für mich sonst zeitlich nicht machbar gewesen wäre, diese Studie durchzuführen.

Abschließend danke ich auch den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Psychotherapiestation sowie der Tagesklinik des Otto-Wagner-Spitals, die mir in der Zeit der Datenerhebung eine große Hilfe waren.

Inhaltsverzeichnis

1. Evaluation.....	9
1.1. Entwicklung der Evaluationsforschung.....	11
1.2. Definition des Evaluationsbegriffes.....	11
1.3. Unterscheidung zwischen Grundlagenforschung und Evaluationsforschung.....	12
1.4. Evaluation in der Psychologie.....	13
1.5. Arten der Evaluation.....	14
1.6. Funktionen von Evaluation.....	15
1.7. Evaluationsstandards.....	16
1.8. Evaluationsprozess.....	17
1.8.1. Definition und Zielsetzung der zu evaluierenden Maßnahme.....	17
1.8.2. Planung des Evaluationsprojekts.....	19
1.8.3. Datenerhebung und –auswertung.....	20
1.8.4. Berichtlegung.....	20
1.8.5. Bewertung und weitergehende Nutzung.....	21
1.9. Aktuelle Evaluationsstudie.....	21
2. Das Störungsbild der depressiven Erkrankungen.....	21
2.1. Entwicklung des Störungsbegriffs der Depression.....	21
2.2. Diagnostische Kriterien der Depression.....	23
2.2.1. Diagnostische Kriterien depressiver Störungen nach ICD-10.....	23
2.2.1.1. Leichte depressive Episode (F32.0).....	24
2.2.1.2. Mittelgradige depressive Episode (F32.1).....	24
2.2.1.3. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2).....	24
2.2.1.4. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3).....	25
2.2.1.5. Rezidivierende depressive Störung (F33).....	25
2.2.2. Diagnostische Kriterien depressiver Störungen nach DSM-IV.....	26
2.2.2.1. Episode einer Major Depression.....	26
2.2.2.2. Major Depression, einzelne Episode (296.2; vgl. ICD-10: F32.x).....	27
2.2.2.3. Major Depression, rezidivierend (296.3; vgl. ICD-10: F33.x).....	28
2.3. Epidemiologie depressiver Erkrankungen.....	28
2.4. Epidemiologische Risikofaktoren.....	29
2.4.1. Alter.....	30

2.4.2. Geschlecht.....	30
2.4.3. Familienstand.....	31
2.4.4. Sozioökonomischer Status.....	31
2.4.5. Psychosoziale Stressoren und Lebensereignisse (Life Events).....	31
2.5. Verlauf depressiver Störungen.....	32
2.6. Komorbidität.....	33
2.7. Suizidalität im Kontext depressiver Erkrankungen.....	35
2.8. Erklärungsansätze.....	36
2.8.1. Erklärungsmodell nach Lewinsohn.....	36
2.8.2. Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck.....	36
2.8.3. Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit.....	38
2.9. Interventionsansätze.....	40
2.9.1. Pharmakologische Therapien.....	40
2.9.2. Psychologische und psychotherapeutische Therapien.....	40
2.9.2.1. kognitive Verhaltenstherapie.....	41
2.9.2.2. Kognitive Umstrukturierung.....	41
2.9.2.3. Aktivierung.....	42
2.9.2.4. Entspannung.....	42
2.9.3. Therapiewirksamkeit.....	42
3. Das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	44
3.1. Entwicklung des Störungsbegriffs.....	44
3.2. Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	45
3.2.1. Kriterien nach DSM-IV.....	45
3.2.2. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.3).....	47
3.3. Epidemiologie & Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	47
3.4. Komorbidität.....	49
3.5. Verbindung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu Dissoziation.....	50
3.6. Ätiologie.....	51
3.6.1. Genetische Faktoren.....	52
3.6.2. Psychosoziale Belastungsfaktoren.....	53
3.6.3. Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	54
3.7. Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten im Kontext der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	55

3.8. Intervention.....	56
3.8.1. Dialektisch behaviorale Therapie (DBT).....	57
3.8.2. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT).....	58
3.8.3. Schematherapie.....	59
3.8.4. Übertragungsfokussierte Psychotherapie	59
3.8.5. Pharmakologische Behandlung.....	60
3.8.6. Ausblick.....	60
4. Alexithymie.....	60
4.1. Entwicklung des Störungsbegriffs und Definition.....	60
4.2. Auftretenshäufigkeit und Komorbidität.....	62
4.3. Ätiologie der Alexithymie.....	63
4.3.1. Neurobiologie der Alexithymie.....	63
4.3.2. Genetische Faktoren.....	64
4.3.3. Psychophysiologische Faktoren.....	64
4.3.4. Aspekte der Informationsverarbeitung.....	65
4.4. Alexithymie und Psychotherapie.....	65
5. Planung und Durchführung der Studie.....	67
5.1. Studiendesign.....	67
5.2. Beschreibung der Institution.....	69
5.2.1. Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik im SMZ Baumgartnerhöhe.....	69
5.2.2. Therapieinhalte.....	71
5.3. Verfahren.....	71
5.3.1. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36).....	72
5.3.1.1. Itembeispiele.....	73
5.3.1.2. Testtheoretische Gütekriterien.....	74
5.3.1.2.1. Reliabilität.....	74
5.3.1.2.2. Validität	74
5.3.2. Toronto-Alexithymie-Scale (TAS-20).....	75
5.3.2.1. Itembeispiele.....	75
5.3.2.2. Gütekriterien.....	76
5.3.3. Beck Depressions-Inventar – Revision (BDI-II).....	76
5.3.3.1. Itembeispiele.....	77
5.3.3.2. Gütekriterien.....	78
5.3.4. Brief Symptom Inventory (BSI).....	79
5.3.4.1. Itembeispiele.....	80

5.3.4.2.	Gütekriterien.....	80
5.3.5.	Dissociative Experiences Scale (DES II).....	81
5.3.5.1.	Itembeispiele.....	81
5.3.5.2.	Gütekriterien.....	82
5.3.6.	Borderline-Symptom-Liste (BSL-23).....	82
5.3.6.1.	Itembeispiele.....	83
5.3.6.2.	Gütekriterien.....	85
5.3.7.	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8).....	85
5.3.7.1.	Itembeispiele.....	85
5.3.7.2.	Gütekriterien.....	86
5.3.8.	Visuelle Analogskalen (VAS).....	87
5.4.	Fragestellungen.....	87
5.5.	Statistische Verfahren.....	88
5.5.1.	Signifikanzprüfung.....	88
5.5.2.	Hypothesenprüfung.....	89
6.	Ergebnisse.....	90
6.1.	Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der soziodemographischen Variablen.....	90
6.2.	Krankheitsspezifische Ergebnisse	96
6.2.1.	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36).....	98
6.2.2.	Depressive Symptomatik (BDI-II).....	99
6.2.3.	Alexithyme Merkmale (TAS-20).....	101
6.2.4.	Allgemeine psychische Belastung (BSI).....	102
6.2.5.	Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BSL-23).....	108
6.2.6.	Dissoziative Symptomatik (DES-II).....	108
6.2.7.	Ergebnisse zur Zufriedenheit (ZUF-8).....	109
6.2.8.	Objektive Einschätzung durch die Therapeuten (VAS).....	111
7.	Diskussion.....	113
7.1.	Kritik und Ausblick.....	116
7.2.	Abstract.....	118
8.	Literaturverzeichnis.....	119
9.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	140
10.	Anhang.....	142
10.1.	Einverständniserklärung.....	142

10.2.	Fragebogenbatterie.....	146
11.	Lebenslauf.....	180

Einleitung

Der Begriff der Evaluation steht mit einer Vielzahl unterschiedlicher Vorstellungen in Verbindung. Im Bereich der Psychologie beschäftigt man sich in Evaluationsstudien vor allem mit der Überprüfung von psychologisch-therapeutischen Maßnahmen (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Dabei steht der Wirksamkeitsnachweis dieser Maßnahmen im Vordergrund, da es durch die Anwendung dieser zu erheblichen Konsequenzen für die Menschen kommen kann (Wottawa & Thierau, 1998). Im Bereich der Klinischen Psychologie hat sich die Evaluation als ein wichtiges Element der wissenschaftlich fundierten Behandlung etabliert (Baumann & Perrez, 2006).

Ein Ziel in der Behandlung schwerer psychischer und psychosomatischer Störungsbilder ist die Integration von psychiatrischen und psychotherapeutischen Aspekten der Behandlung, da die individuelle Krankheitsbewältigung sowohl aus biologischen und psychischen als auch sozialen Dimensionen besteht (Purucker, 2008). Da man in der klinischen Psychotherapie auf verschiedenartige Ausprägungen unterschiedlicher Krankheitsbilder trifft, bilden die diagnostische und therapeutische Kompetenz sowie ausreichende personelle Ressourcen eine Voraussetzung, um ein entsprechendes Behandlungsangebot ermöglichen zu können (Purucker, 2008). In dieser Arbeit soll die Wirksamkeit des multimodalen Behandlungsangebots der Psychotherapiestation als auch der Tagesklinik des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital untersucht werden. Die Effekte der Behandlung wurden hinsichtlich verschiedener Bereiche, die unter gemeinsamer Zusammenarbeit festgelegt wurden, untersucht.

Um den Lesefluss nicht zu stören, wurde in dieser Arbeit auf das Anführen beider Geschlechtsformen verzichtet und nur die männliche Form verwendet, die jedoch sowohl für die weibliche als auch männliche Form stehen soll. Während des Erhebungszeitraumes hat sich auch der Name des Zentrums geändert, deshalb findet man im folgenden Text statt der Bezeichnung „Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik“, wie sie im Titel der Arbeit verwendet wird, folgende Bezeichnung: „Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik“.

1. Evaluation

1.1. Entwicklung der Evaluationsforschung

Empirisch abgesicherte Nachweise über die Wirksamkeit, Qualität, Effizienz sowie Akzeptanz verschiedener Programme und Maßnahmen gewinnen in modernen Wissensgesellschaften immer mehr an Bedeutung (von Kardorff, 2007). Bereits lange bevor der Begriff der Evaluation in der Wissenschaft verwendet wurde, wurden Maßnahmen, Objekte sowie Ideen bewertet (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Die moderne Evaluation hatte in den USA ihren Beginn allerdings erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts (vgl. Cook & Matt, 1990, zitiert nach Moosbrugger & Schweizer, 2002; Wottawa & Thierau, 1998), wobei diese Entwicklung erst Ende der 1970er Jahre auch im deutschsprachigen Raum Eingang fand (Wottawa & Thierau, 1998). Anlass für die Entwicklung der Evaluationsforschung war die Einführung teurer sozialer Programme in den USA, die durch geeignete wissenschaftliche Methoden auf ihren Nutzen hin überprüft werden sollten (Wottawa & Thierau, 1998).

Mittlerweile gibt es auch im deutschsprachigen Raum einen immer größer werdenden Wunsch nach Evaluation und somit ein wachsendes Bewusstsein dafür, dass auch Maßnahmen und Interventionen einer Qualitätskontrolle unterzogen werden sollten (Atria, Reimann & Spiel, 2006).

1.2. Definition des Evaluationsbegriffs

Der Begriff der Evaluation steht mit einer Vielzahl an Vorstellungen und Definitionen in Verbindung. Im allgemeinen Sinn kann unter einer Evaluation die Festsetzung des Wertes einer Sache verstanden werden (Scriven, 1980, zitiert nach Wottawa & Thierau, 1998).

Rossi und Freeman (1993) meinen, dass *„Evaluation research is the systematic application of social research procedures in assessing the conceptualization and*

design, implementation and utility of social intervention programmes“ (S. 5). Wottawa und Thierau (1998) ergänzen diese Definition und meinen, dass Evaluation außerdem noch ziel- und zweckorientiert ist und dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen sollte. In der Regel wird der Begriff der Evaluation als ein Bewertungsprozess definiert, der den Wert eines Produkts, einer Maßnahme oder eines Programms beurteilt beziehungsweise auch nur behauptet (Moosbrugger & Schweizer, 2002).

Ein von der Evaluation zu unterscheidender Begriff ist jener der Evaluationsforschung, bei der die Beurteilung durch wissenschaftliche, datengestützte Verfahren empirisch untermauert wird. Aufgrund dieser begrifflichen Unterscheidung kann die alltägliche von einer wissenschaftlichen Bewertung unterschieden werden (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Jedoch hat sich diese Terminologie im allgemeinen Sprachgebrauch noch nicht durchgesetzt, weshalb die beiden Begriffe der Evaluation und Evaluationsforschung häufig synonym verwendet werden (Atria et al., 2006).

Aus diesen vielfältigen Definitionsversuchen lassen sich folgende allgemeine Kennzeichen der wissenschaftlichen Evaluation zusammenfassen (Wottawa & Thierau, 1998):

Evaluation ...

- dient als Planungs- und Entscheidungshilfe und steht mit der Bewertung von Handlungsalternativen in Verbindung (vgl. Wottawa, 1986)
- ist ziel- und zweckorientiert
- sollte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung entsprechen

1.3. Unterscheidung zwischen Grundlagenforschung und Evaluationsforschung

In der *Grundlagenforschung* werden theoretisch klar definierte Fragestellungen untersucht, wodurch Störbedingungen meist durch Randomisierung oder

Konstanthaltung kontrolliert werden können. Im Gegensatz dazu steht die *Evaluationsforschung*, durch die die Wirksamkeit verschiedener Interventionen untersucht werden soll. Da Interventionen sehr unterschiedlich sein können, handelt es sich in der Evaluationsforschung auch um komplexere Fragestellungen, die meist nicht in allen Einzelheiten theoretisch geklärt sind, wodurch auch die Kontrolle der Störvariablen meist sehr problematisch bis hin zu gar nicht realisierbar ist (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Hinsichtlich der Erwartungen an das Ergebnis kommt es bei der Grundlagenforschung auf den Nachweis von Unterschieden im Sinne eines Treatmenteffekts an, während die Evaluationsforschung versucht, einen Nachweis für die Effektivität zu erbringen (Moosbrugger & Schweizer, 2002).

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Forschungsmethoden besteht darin, dass in der Grundlagenforschung nomologische Aussagen erwartet werden, da sich die Fragestellungen an die Theorie richten, wohingegen in der Evaluationsforschung technologische Aussagen besonders interessieren (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Laut Patry und Perrez (2000, zitiert nach Moosbrugger & Schweizer, 2002) weisen technologische Aussagen eine enge Verbindung sowohl zur Theorie als auch zur Praxis auf, wodurch deutlich wird, dass die Evaluationsforschung den Ansprüchen der Theorie als auch jenen der Praxis genügen muss (Moosbrugger & Schweizer, 2002).

1.4. Evaluation in der Psychologie

Inhaltlich kommt Evaluation in der Psychologie vor allem in vier Bereichen zum Einsatz (Rost, 2000, zitiert nach Moosbrugger & Schweizer, 2002):

- ✧ Evaluation sozialer Programme
- ✧ Therapieevaluation
- ✧ Evaluation von Maßnahmen und Innovationen im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie
- ✧ Evaluation im pädagogischen Bereich

Das Hauptaugenmerk liegt in diesem Fachbereich vor allem auf der Überprüfung

von psychologisch-therapeutischen Maßnahmen, die wirksam sind und einen Nutzen für die Menschen darstellen (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Dabei steht der Wirksamkeitsnachweis dieser Maßnahme im Vordergrund, da es durch die Anwendung dieser zu erheblichen Konsequenzen für die Menschen kommen kann (Wottawa & Thierau, 1998). Im Bereich der Klinischen Psychologie hat sich die Evaluation als ein wichtiges Element der wissenschaftlich fundierten Behandlung etabliert (Baumann & Perrez, 2006).

1.5. Arten der Evaluation

Um aus einer Evaluationsstudie nutzbare Erkenntnisse zu gewinnen, muss vorher geklärt werden, welche Interessen bei der jeweiligen Studie im Vordergrund stehen sollen. Nach Kromrey (2001) können bei der Beantwortung der Interessensfrage folgende vier Fragen hilfreich sein:

- ✧ Was wird evaluiert?
- ✧ Wann wird evaluiert?
- ✧ Wo ist die Evaluation angesiedelt?
- ✧ Wer beurteilt nach welchen Kriterien?

Je nach Beantwortung dieser Fragen können verschiedene Arten von Evaluation unterschieden werden (Kromrey, 2001):

- 1. Implementations- oder Wirkungsforschung (Was?):** Bei dieser Differenzierung steht der Gegenstand der Evaluation im Vordergrund. Sind vor allem die Effekte einer Maßnahme von Bedeutung, handelt es sich um Wirkungsanalysen (*impact evaluations*). Wenn vor allem die systematische Untersuchung der Planung, Durchsetzung und Ausführung vordergründig sind, handelt es sich um Implementationsforschung.
- 2. Summative oder formative Evaluation (Wann?):** Hier steht bei der Unterscheidung der beiden Begriffe der Zeitpunkt der Evaluation im Vordergrund. Die begleitende oder formative Evaluation wirkt programmgestaltend oder -formend und ist ein besonders adäquates Instrument der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Bei dieser Form sind weder Anfangs- noch Endpunkt der Evaluation festgelegt. Bei der

summativen Evaluation geht es um die Beurteilung oder Bewertung nach Abschluss eines Projekts, dadurch ist sowohl der Beginn als auch das Ende der Forschung klar definiert. Hier wird eine zusammenfassende Einschätzung einer Maßnahme abgegeben.

3. **Externe oder interne Evaluation** (*Wo?*): Wird die Evaluation vom eigenen Personal durchgeführt, spricht man von interner Evaluation, die den Vorteil des problemlosen Zugangs zu allen notwendigen Informationen hat. Probleme bestehen hier vor allem bezüglich der Objektivität. Wenn die Untersuchung durch außenstehende Personen durchgeführt wird, handelt es sich um externe Evaluation.
4. **Instanzen der Evaluierung** (*Wer? Wie?*): Einerseits kann die Beurteilung der Untersuchung durch den Evaluationsforscher selbst durchgeführt werden, indem er Einschätzungen abgibt, die nachprüfbar sein müssen. Andererseits kann die Bewertung an externe Instanzen abgegeben werden, die dann ein Fachgutachten für die vorliegende Untersuchung erstellen.

1.6. Funktionen von Evaluation

Nach Stockmann (2000, zitiert nach Bortz & Döring, 2006) kann man fünf verschiedene Funktionen von Evaluation unterscheiden:

1. **Erkenntnisfunktion** bedeutet, dass mithilfe von Evaluation wissenschaftliche Erkenntnisse über verschiedene Eigenschaften, aber auch Wirkungen von Interventionen gesammelt werden können.
2. **Optimierungsfunktion** bezieht sich auf die Stärken und Schwächen von Interventionen und den Versuch, diese auszubauen beziehungsweise zu beseitigen.
3. **Kontrollfunktion**: hier geht es um die korrekte Umsetzung des Projekts, aber auch um das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Effektivität sowie um mögliche Nebenwirkungen, die im Vorhinein nicht berücksichtigt wurden.
4. Die **Entscheidungsfunktion** soll dabei helfen, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob bestimmte Interventionen gefördert, umgesetzt, weiterentwickelt werden sollen oder nicht, beziehungsweise soll sie bei mehreren zur Auswahl stehenden Möglichkeiten dazu verhelfen, dass die

beste ausgewählt wird.

5. **Legitimationsfunktion:** mithilfe von Evaluationsstudien soll sowohl die Entwicklung als auch die Durchführung einer Intervention nach außen hin begründet werden.

Um diese Ziele erreichen zu können, ist es besonders wichtig, die zu evaluierende Maßnahme hinsichtlich ihrer Merkmale und Ziele zu konkretisieren (Bortz & Döring, 2006).

1.7. Evaluationsstandards

Um eine Qualitätssicherung gewährleisten zu können, wurden spezifische Standards entwickelt, an denen sich die Evaluation orientieren soll. Durch diese Evaluationsstandards soll nicht nur die wissenschaftliche Qualität, sondern auch der gesellschaftliche Nutzen der Evaluation gesichert werden (Bortz & Döring, 2006).

Für den deutschsprachigen Raum wurden von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) aus diesem Grund 25 Standards publiziert (DeGEval, 2011), die man in vier Gruppen einteilen kann (Atria et al., 2006):

1. **Nützlichkeit:** dadurch soll sichergestellt werden, dass sich eine Evaluation an den Evaluationszwecken sowie den Informationsbedürfnissen der Nutzer der Evaluation ausrichtet.
2. **Durchführbarkeit:** soll sicherstellen, dass die Planung und Ausführung einer Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch sowie kostenbewusst erfolgt.
3. **Fairness:** diese Standards sollen dafür sorgen, dass ein respektvoller und fairer Umgang mit den teilnehmenden Personen gewahrt wird.
4. **Genauigkeit:** soll sicherstellen, dass eine Evaluation fundierte sowie verwertbare Informationen und Ergebnisse sowohl zum Gegenstand als auch zu den Fragestellungen der Evaluation hervorbringt und vermittelt.

Die Standards der Evaluation setzen sich aus den Besonderheiten der

Auftragsforschung, aus wissenschaftlichen Gütekriterien sowie ethischen Richtlinien, die in der Forschung berücksichtigt werden sollten, zusammen. Die Einzelstandards lassen sich nicht in jeder Studie komplett realisieren, da sie teilweise in Konkurrenz zueinander stehen (Bortz & Döring, 2006).

1.8. Evaluationsprozess

Gerade im Bereich der Evaluation gibt es eine große Anzahl an verschiedenen Herangehensweisen, und aufgrund dieser Heterogenität ist es besonders schwierig, ein genaues Konzept für die Abfolge der einzelnen Schritte bei der Durchführung einer Evaluationsstudie zu erstellen. Aber dennoch gibt es strukturelle Gemeinsamkeiten, die zu einem groben Ablaufplan zusammengefasst werden können (Balzer, Frey & Nenniger, 1999).

In Anlehnung an Wottawa und Thierau (1998) kann man sich die grundlegende Reihenfolge der Schritte in einem Evaluationsprojektes wie in Abbildung 1 dargestellt vorstellen:

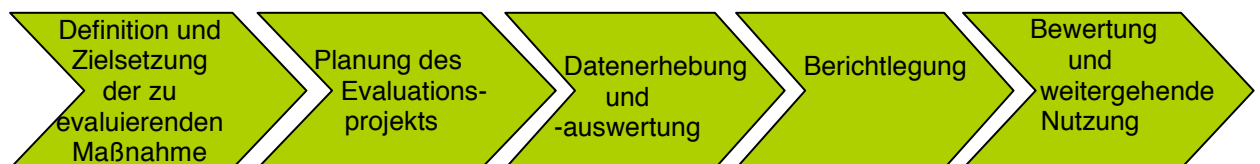


Abbildung 1: Ablauf des Evaluationsprozesses (in Anlehnung an Wottawa & Thierau, 1998).

1.8.1. Definition und Zielsetzung der zu evaluierenden Maßnahme

Der allererste Schritt jedes Evaluationsprojektes sollte eine genaue Auswahl des Evaluationsobjektes und eine Definition desselben beinhalten sowie die Festlegung der Rahmenbedingungen. Nach Wottawa und Thierau (1998, S. 59) gibt es verschiedene Gruppen von Evaluationsobjekten, die in einer Evaluationsstudie untersucht werden können:

- ✧ Personen (Einzelpersonen oder Gruppen)
- ✧ Umwelt-/Umgebungsfaktoren
- ✧ Produkte
- ✧ Techniken/Methoden
- ✧ Zielvorgaben
- ✧ Programme
- ✧ Projekte
- ✧ Systeme/Strukturen
- ✧ Forschungsergebnisse/Evaluationsstudien

Im Anschluss an die Definition der zu evaluierenden Maßnahme muss das eigentliche Ziel der Evaluation konkretisiert werden. Da es sich bei den meisten Evaluationsprojekten um Auftragsarbeiten handelt, müssen vor allem die Interessen des Auftraggebers beachtet werden und in gemeinsamer Zusammenarbeit mit diesem sollten auch die Projektziele erarbeitet werden (Wottawa & Thierau, 1998).

In diesem Punkt muss auch entschieden werden, ob die Evaluationsstudie praxis-, entwicklungs- oder theorieorientiert sein soll, sich also auf das Untersuchen eines konkreten Therapieeffekts konzentriert, zu einer Verbesserung der Therapiemaßnahme beitragen oder theoretische Überlegungen zur Therapie überprüfen soll (Wottawa & Thierau, 1998). Weiters sollte auch entschieden werden, ob die Untersuchung im Mikro- oder Makrobereich angesiedelt werden soll. Eine Evaluation im Mikrobereich beschäftigt sich nur mit der Untersuchung von Teilaspekten eines Themas, während sich eine Studie im Makrobereich nur mit komplexeren Einheiten auseinandersetzt (Wottawa & Thierau, 1998).

Je nach Fragestellung muss noch entschieden werden, ob eine empirisch gestützte Prognose über eine später durchgeführte Maßnahme gegeben werden soll (*prognostische Evaluation*) oder eine Bewertung erst nach Abschluss der Maßnahme (*Output-Evaluation*) erfolgen soll (Wottawa & Thierau, 1998). Weiters kann noch zwischen *summativer Evaluation*, bei der die Hypothesenprüfung typischerweise nach Abschluss der Maßnahme erfolgt, und *formativer Evaluation*, bei der die Durchführung und Wirkung der Maßnahme fortlaufend kontrolliert wird, unterschieden werden (Bortz & Döring, 2006).

Bei der Festlegung der Ziele des Projektes kann es zu Problemen kommen, da häufig verschiedene Gruppen von Personen von den Evaluationsergebnissen betroffen sind und diese möglicherweise unterschiedliche Ziele als erstrebenswert betrachten (Wottawa & Thierau, 1998). Dennoch sollte versucht werden, die verschiedenen Zielvorstellungen so gut wie möglich in Einklang zu bringen.

Weiters sollte noch der Ort der Evaluation festgelegt werden, wobei man hier zwischen der Evaluation im Feld oder im Labor unterscheiden kann. Oft findet der Übergang zwischen den beiden Bereichen fließend statt, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass Evaluationsstudien häufiger im Feld durchgeführt werden. In diesem Punkt sollte auch die Frage der Ethik nicht zu kurz kommen und genau überlegt werden, ob die Untersuchung mit ethischen Kriterien konform geht (Wottawa & Thierau, 1998).

1.8.2. Planung des Evaluationsprojekts

In der Planungsphase des Evaluationsprojekts sollten möglichst alle beteiligten Personen teilnehmen. Als ersten Schritt in dieser Phase sollten Details zum Projekt sowie Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Anforderungen, Auflagen, Besonderheiten, Merkmale und Restriktionen, vom Auftraggeber erfragt werden. Weiters sollte man sich endgültig auf ein Evaluationsziel einigen, um danach auch einen Plan für Zeit und Kosten erstellen zu können. In weiterer Folge sollten Überlegungen bezüglich der Evaluationsstrategien sowie des Evaluationsmodells angestellt werden (Balzer et al., 1999).

Ein weiterer Punkt, der bereits in der Planungsphase berücksichtigt werden sollte, ist die Auswahl adäquater Datenerhebungsverfahren. Hier muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob man auf bereits bestehende Instrumente zurückgreift oder ob man selbst neue Verfahren entwickelt. Die Verwendung bestehender Verfahren liefert den Vorteil, dass man bei der Interpretation der Ergebnisse auf Vergleichsdaten zurückgreifen kann. Durch die Entwicklung neuer Verfahren kann auf spezifische Besonderheiten der jeweiligen Evaluationsstudie eingegangen werden, jedoch muss hier genügend Zeit für

Entwicklung und Erprobung eingeplant werden (Balzer et al., 1999).

1.8.3. Datenerhebung und -auswertung

Wenn alle diese Punkte geklärt sind, kann mit der Datenerhebung begonnen werden. Hierbei ist – speziell bei Fragebögen – besonders darauf zu achten, dass die Bögen mit der jeweiligen Codierung der Versuchspersonen versehen werden, damit es zu keiner Verwechslung kommen kann, und sie von den Personen möglichst vollständig ausgefüllt werden. Ein Plan bezüglich der Vorgehensweise ist natürlich hilfreich, aber es kann immer zu unerwarteten Störfällen kommen (Balzer et al., 1999). Dennoch sollte vor allem bei der Bearbeitung der Fragebögen durch die Testpersonen darauf geachtet werden, dass Störvariablen, wie zum Beispiel Lärm oder ähnliches, möglichst vermieden werden.

Sind die Daten erhoben, kann mit der Eingabe dieser in ein Datenfile begonnen werden. Ein wichtiger Punkt bei der Auswertung ist die Auswahl der passenden statistischen Methoden, die je nach Fragestellung und Qualität der Daten erfolgen sollte.

1.8.4. Berichtlegung

Laut Balzer und Kollegen (1999) erweist sich die Berichtlegung häufig als problematisch, da in diesem Schritt des Evaluationsprozesses die Diskrepanz zwischen Wissenschaft und Wirtschaft deutlich wird, da der Auftraggeber häufig nur für jene Ergebnisse Interesse zeigt, die für ihn nutzbar sind. Weiters sollte beim Verfassen des Berichtes darauf geachtet werden, eine auch für Laien verständliche Sprache zu benutzen, da es sich bei den Lesern häufig um Personen handelt, die mit den fachinternen Terminologien nicht vertraut sind (Balzer et al., 1999).

1.8.5. Bewertung und weitergehende Nutzung

Auch bei der Bewertung von Evaluationsprojekten muss zwischen den Nutzenaspekten, die mit dem Ergebnis selbst in Verbindung stehen, und jenen, die unabhängig vom Ergebnis auftreten, unterschieden werden (Wottawa & Thierau, 1998).

Im Allgemeinen geht es in diesem Punkt vor allem darum, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Evaluationsergebnisse abzuwägen, weshalb die anfangs definierten Ziele mit den Ergebnissen des Projekts verglichen werden (Balzer et al., 1999; Wottawa & Thierau, 1998).

1.9. Aktuelle Evaluationsstudie

Bei der aktuellen Evaluationsstudie handelt es sich, wie bei vielen Studien im Bereich der Evaluation, um eine Auftragsarbeit. Da sich am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik des Otto-Wagner-Spitals die Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung des Behandlungsangebots ergeben hat, trat man an den Fachbereich der Klinischen Psychologie der Fakultät für Psychologie in Wien mit dem Wunsch, eine Ergebnisevaluation durchzuführen, heran. Eine genauere Beschreibung der Institution findet sich in Kapitel 5.2. Im Folgenden werden jene Störungsbilder beschrieben, die auf den beiden Stationen des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik am häufigsten behandelt werden.

2. Das Störungsbild der depressiven Erkrankungen

2.1. Entwicklung des Störungsbegriffs der Depression

1827 beschrieb Brockhaus die Melancholie als „*eine Seelenkrankheit, welche in*

die Classe der Gemüthskrankheiten gehört und auf Depression des Gemüths beruht. Sie besteht darin, dass eine traurige Idee sich des Gemüths eines Menschen so ausschließlich bemächtigt, dass ihm allmählig die richtige Ansicht der ganzen übrigen Welt entschwindet und die anderen Vermögen der Seele in ihren Verrichtungen gestört werden.“ (zitiert nach Butschek, 2006, S. 157).

Bereits seit der Antike ist die Depression als Erkrankung bekannt, als Hippokrates eine psychosomatische Typologie erstellt hat, in der er unterschiedliche Temperamente mit den vier Körpersäften Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle in Verbindung brachte. Im Rahmen dieser Typologie entwickelte er den Begriff der Melancholie („Schwarzgalligkeit“), die durch ein Missverhältnis der Körpersäfte – also eine körperliche Ursache – erklärt wurde. Der Begriff der Depression (lat. *deprimere* = herunter-, niederdrücken), in seiner ursprünglichen Form, bezeichnete einen unspezifischen Zustand, der im Sinne eines allgemeinen Abbaus sowie einer allgemeinen Beeinträchtigung psychischer Funktionen verstanden werden kann (Laux, 2009). In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Bezeichnung Depression als ein Oberbegriff für Gruppen, die durch eine psychische Unterfunktion oder eine „Minussymptomatik“ gekennzeichnet sind, verwendet (Laux, 2009).

Der heutige Depressionsbegriff wurde grundlegend durch Emil Kraepelin am Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt. Er ordnete depressive Verstimmungen in die Kategorie des „manisch-depressiven Irreseins“ ein und schuf dadurch die Voraussetzung für einen symptomorientierten Depressionsbegriff. Weitere Definitionsversuche wurden zur selben Zeit u.a. von Jaspers unternommen, der als Hauptmerkmale der Depression eine „heftige Traurigkeit“ sowie eine „Hemmung allen seelischen Geschehens“ beschreibt. Weiters beschreibt Bleuler eine depressive Triade, die sich aus einer depressiven Verstimmung, einer Hemmung des Gedankenganges sowie einer Hemmung der zentrifugalen Funktion des Entschließens und Handelns, inklusive der psychischen Teile die mit der Beweglichkeit in Zusammenhang stehen, zusammensetzt. Im 20. Jahrhundert wurde vorwiegend der Begriff der manisch-depressiven Psychose verwendet, wofür Schneider synonym den Begriff der Zykllothymie verwendete. Mittlerweile hat sich die Verwendung einer Einteilung in uni- und bipolare Verlaufsformen durchgesetzt (Laux, 2009).

2.2. Diagnostische Kriterien der Depression

Bis vor einigen Jahren erfolgte die Unterscheidung verschiedener Formen der Depression anhand ätiologischer Merkmale, wodurch man zwischen endogenen, neurotischen sowie reaktiven Depressionen unterscheiden konnte. Jedoch wurde diese Einteilungsform in neueren Diagnosesystemen nicht übernommen, da die in den Bezeichnungen enthaltenen Annahmen methodisch nicht bestätigt werden konnten. In den Diagnosesystemen DSM sowie ICD erfolgt die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Depressionsformen anhand der Beurteilung des Vorhandenseins sowie des Schweregrades der jeweiligen Symptome (Schaub, Roth & Goldmann, 2006).

2.2.1. Diagnostische Kriterien depressiver Störungen nach ICD-10

In der International Classification of Diseases (Version 10) der Weltgesundheitsorganisation werden die depressiven Störungsbilder unter der Kategorie F32 sowie die rezidivierenden depressiven Störungen im Kapitel F33 zusammengefasst. Die Unterscheidung zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden im Kapitel F32 wird abhängig von der Anzahl und der Schwere der auftretenden Symptome getroffen (DIMDI, 2012).

Generell berichten Patienten, die unter einer der genannten Ausprägungen einer Depression leiden, folgende Symptome:

- ✧ Verminderung von Antrieb und Aktivität
- ✧ Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Freude, des Interesses als auch der Konzentration
- ✧ ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung
- ✧ Schlafstörungen (Ein- und/oder Durchschlafstörungen)
- ✧ Veränderungen des Appetits (meist eine Verminderung)
- ✧ Beeinträchtigung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- ✧ Schuldgefühle oder Gedanken der eigenen Wertlosigkeit

Hinsichtlich der gedrückten Stimmung kommt es im täglichen Vergleich zu wenig bis keiner Veränderung, wobei es auch keine Reaktion auf Lebensumstände gibt. Häufig kommt es zu somatischen Begleitererscheinungen wie:

- ✧ deutliche psychomotorische Hemmung
- ✧ Agitiertheit
- ✧ Gewichtsverlust
- ✧ Libidoverlust

2.2.1.1. Leichte depressive Episode (F32.0)

Um die Kriterien einer leichten depressiven Episode zu erfüllen, müssen mindesten zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden sein. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen von den Symptomen beeinträchtigt, aber dennoch häufig in der Lage, die meisten seiner Aktivitäten fortzusetzen.

2.2.1.2. Mittelgradige depressive Episode (F32.1)

Eine mittelgradige depressive Episode wird meist dann diagnostiziert, wenn vier oder mehr der oben genannten Symptome vorhanden sind und der Patient oft große Schwierigkeiten hat, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen.

2.2.1.3. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)

Eine schwere depressive Episode ist gekennzeichnet durch das Auftreten von mehreren der oben genannten Symptome, wobei die Symptomatik einen quälenden Charakter aufweist. Typischerweise wird die Symptomatik von einem Verlust des Selbstwertgefühls sowie von Gefühlen der Wertlosigkeit und Schuld begleitet. Weiters liegen zusätzlich einige somatische Symptome vor, und es

kommt häufig zu Suizidgedanken als auch Suizidhandlungen.

2.2.1.4. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3)

Diese Form der Depression weist die selben Symptome wie unter F32.2 beschrieben auf, wobei zusätzlich Halluzinationen, Wahnideen, eine psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so massiv ausgeprägt sind, dass die Durchführung alltäglicher Aktivitäten nicht möglich ist und eine akute Lebensgefahr durch Suizid sowie mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann.

2.2.1.5. Rezidivierende depressive Störung (F33)

Eine rezidivierende depressive Störung wird dann diagnostiziert, wenn wiederholte depressive Episoden auftreten. Es ist darauf zu achten, dass in der Anamnese keine manischen Episoden vorkommen. Unmittelbar nach einer depressiven Episode kann es jedoch kurzfristig zu leicht gehobener Stimmung sowie Überaktivität kommen. Dies kann durchaus auch aufgrund einer antidepressiven Behandlung entstehen.

Die erste Episode einer rezidivierenden depressiven Störung kann in jedem Alter auftreten, ihr Beginn kann akut als auch schleichend sein, und die Dauer kann von einigen Wochen bis hin zu vielen Monaten reichen. Das Risiko, dass ein Patient eine manische Episode entwickelt, kann niemals vollständig aufgehoben werden. Falls es zum Auftreten einer solchen Episode kommt, muss die Diagnose in eine bipolare affektive Störung umgeändert werden.

Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung ist dann zu stellen, wenn in der Anamnese mindestens eine depressive, aber keine manische oder hypomanische Episode vorkommt (Schaub et al., 2006).

Wichtig für die Vergabe sämtlicher F32- sowie F33-Diagnosen ist der Ausschluss von manischen oder hypomanischen Episoden, der Missbrauch psychotroper Substanzen als auch das Vorliegen einer organischen psychischen Störung als Ursachen der Episoden. Weiters müssen die Symptome mindestens über eine Zeitspanne von zwei Wochen bestehen (Schaub et al., 2006).

2.2.2. Diagnostische Kriterien depressiver Störungen nach DSM-IV

In der vierten Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-IV; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) werden depressive Störungen unter der Diagnosegruppe der affektiven Störungen (*mood disorders*) geführt. Es erfolgt eine Unterteilung in Major Depression, dysthyme Störung sowie die nicht näher bezeichnete depressive Störung.

Eine einzelne depressive Episode an sich kann nicht diagnostiziert werden, sondern stellt einen Teil der eigentlichen Diagnose dar. Dies bedeutet, dass das Vorliegen einer depressiven Episode zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung darstellt, um die Diagnose einer Major Depression stellen zu können. Auch die erste Episode wird unter der Kategorie „Major Depression, depressive Episode“ geführt (Schaub et al., 2006).

2.2.2.1. Episode einer Major Depression

A) mindestens fünf der folgenden Symptome sind über einen Zeitraum von zwei Wochen aufgetreten, und mindestens eines davon ist depressive Verstimmung oder Verlust an Freude oder Interesse

♣ depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages

- ⤴ deutlich vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen
- ⤴ deutlicher Gewichts- und Appetitverlust oder Gewichtszunahme und Appetitsteigerung
- ⤴ Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
- ⤴ psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen
- ⤴ Müdigkeit/Energieverlust an fast allen Tagen
- ⤴ Gefühle von Wertlosigkeit/Schuld an fast allen Tagen
- ⤴ Konzentrations- und Entscheidungsprobleme an fast allen Tagen
- ⤴ wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids

B) Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien der gemischten Episode

C) Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Einschränkungen

D) Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung von Substanzen oder medizinischen Faktoren zurück

E) Die Symptome sind nicht durch einfache Trauer erklärbar (Saß et al., 2003)

2.2.2.2. Major Depression, einzelne Episode (296.2; vgl. ICD-10: F32.x)

A) Vorhandensein einer einzelnen Episode einer Major Depression

B) Die Episode kann nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizophreniforme, wahnhafte oder psychotische Störung

C) Es trat niemals eine manische, gemischte oder hypomane Episode auf (Saß et

al., 2003)

2.2.2.3. Major Depression, rezidivierend (296.3; vgl. ICD-10: F33.x)

A) Vorhandensein von zwei oder mehreren Episoden einer Major Depression (die Episoden werden als getrennt betrachtet, wenn in einem Zeitraum von mindestens zwei Monaten die Kriterien für eine Episode einer Major Depression **nicht** erfüllt sind).

B) Die Episode kann nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizophreniforme, wahnhafte oder nicht näher bezeichnete psychotische Störung

C) In der Anamnese gab es niemals eine manische, gemischte oder hypomane Episode (Saß et al., 2003)

2.3. Epidemiologie depressiver Erkrankungen

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungsbildern in der Versorgung (Jacobi et al., 2004; König, Luppä & Riedel-Heller, 2010). Vom Spektrum der affektiven Störungen ist die unipolare Depression mit 65% jene, die am häufigsten diagnostiziert wird (Schaub et al., 2006). In Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen (über 18 Jahren) 10,7% (Jacobi et al., 2004).

Das Lebenszeitrisko von Erwachsenen, irgendwann im Verlauf des Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt neueren Studien zufolge bei circa 20%–50% (Andrade et al., 2003; Beesdo & Wittchen, 2006; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Schaub et al., 2006), wobei man vermutlich von einer höheren Dunkelziffer ausgehen muss, da nicht alle Menschen, die unter einer derartigen Erkrankung

leiden, auch tatsächlich einen Arzt aufsuchen, beziehungsweise auch das Risiko besteht, dass der Arzt die Störung nicht erkennt (Schaub et al., 2006). Die meisten Betroffenen, die an einer depressiven Störung leiden, suchen häufig erst viele Jahre nach Beginn der Störung professionelle therapeutische Unterstützung auf (Wang et al., 2005). Weiters zeigte sich in epidemiologischen Studien, dass das Risiko, an einer Depression zu erkranken, in den vergangenen Jahrzehnten stetig angestiegen ist (Beesdo & Wittchen, 2006).

Im Geschlechtervergleich konnten Unterschiede hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz gefunden werden, und zwar dahingehend, dass Frauen ungefähr doppelt so häufig erkranken wie Männer. In konkreten Zahlen bedeutet das, dass die Prävalenzraten der Lebenszeit für Frauen bei 20 bis 26% liegen, wohingegen sie für Männer zwischen 7 und 12% angegeben werden (Laux, 2003, zitiert nach Schaub et al., 2006). Auch bei älteren Menschen ist die Depression jene psychiatrische Erkrankung, die am häufigsten diagnostiziert wird (Schaub et al., 2006), wobei die Prävalenz auf mindestens 10% geschätzt wird (Möller, Laux & Deister, 2005, zitiert nach Schaub et al., 2006).

Laut WHO als auch der „Global burden of disease“-Studien, die am Beginn der 1990er Jahre sowie im Jahr 2000 durchgeführt wurden, handelt es sich bei der Depression um eine der belastendsten Erkrankungen der Welt, und ihr wurde der vierte Rang unter den führenden Belastungsgründen unter allen Störungen zugeteilt (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004). Auch weitere Studien haben gezeigt, dass es sich bei der Depression um ein gravierendes Problem im Gesundheitswesen handelt und ihre Auswirkungen massiv sein können, da sie eine große Belastung sowohl für die Betroffenen als auch ihr Umfeld darstellt, sie große Belastungen mit sich bringt, hohe Kosten erzeugt und auch das Gesundheitssystem belastet (König et al., 2010; Paykel, 2006; Sowislo & Orth, 2013; Üstün et al., 2004).

2.4. Epidemiologische Risikofaktoren

Es gibt verschiedene Faktoren, die die Entstehung einer depressiven Erkrankung

begünstigen können. Insbesondere das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, der sozioökonomische Status sowie der Einfluss von psychosozialen Faktoren wurde häufig untersucht, diese sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

2.4.1. Alter

Von der Kindheit bis zur mittleren Adoleszenz ist das Risiko, an einer Depression zu erkranken, relativ gering, nimmt jedoch mit zunehmendem Alter zu (Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003). Im Durchschnitt tritt die Ersterkrankung zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr auf (Andrade et al., 2003; Üstün et al., 2004). Im Erwachsenenalter liegt die Querschnittsprävalenz bei 6–8% und erweist sich als relativ stabil, auch im Hinblick auf verschiedene Altersgruppen (Wittchen & Jacobi, 2005).

2.4.2. Geschlecht

Sowohl im Bundesgesundheitssurvey als auch in verschiedenen anderen Studien konnte im Vergleich der Geschlechter nachgewiesen werden, dass Frauen ungefähr doppelt so häufig von depressiven Erkrankungen betroffen sind wie Männer (Andrade et al., 2003; Butschek, 2006; Jacobi et al., 2004; Johnson, Whisman, Corley, Hewitt & Rhee, 2012; Paykel, 2006; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Pieper, Schulz, Klotsche, Eichler & Wittchen, 2008). So zeigte sich bei Frauen eine Lebenszeitprävalenz von 25% im Gegensatz zu 12,3% bei Männern (Jacobi et al., 2004). Laut einer Studie von Bebbington (1998, zitiert nach Beesdo & Wittchen, 2006) kommt es erst ab dem Zeitpunkt der Pubertät zu Unterschieden hinsichtlich der Höhe des Erkrankungsrisikos. Mögliche Erklärungen für diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden in hormonellen Unterschieden, Faktoren der Umwelt, des Sozialkontakts und der Persönlichkeit sowie in der Erfahrung von kritischen Lebensereignissen vermutet, wobei aber auch die

Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren nicht außer Acht gelassen werden darf (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000, zitiert nach Beesdo & Wittchen, 2006; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

2.4.3. Familienstand

Hinsichtlich des Familienstandes konnte in epidemiologischen Studien (Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003) herausgefunden werden, dass die Auftretenshäufigkeit von depressiven Erkrankungen bei geschiedenen, getrennt lebenden oder verwitweten Menschen besonders hoch ist.

2.4.4. Sozioökonomischer Status

Auch der sozioökonomische Status spielt in Hinblick auf die Häufigkeit von Depressionen eine Rolle (Paykel, 2006). So konnten verschiedene Studien (Andrade et al., 2003; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003) zeigen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit erhöhten Depressionsraten einhergeht. Ein Ziel für zukünftige Forschungen in diesem Bereich wäre es abzuklären, ob es sich beim sozioökonomischen Status um einen Risikofaktor für Depressionen handelt, sich der niedrigere Status als Konsequenz der Erkrankung ergibt oder ob sowohl Status als auch Erkrankung durch andere Faktoren bedingt sind (Beesdo & Wittchen, 2006).

2.4.5. Psychosoziale Stressoren und Lebensereignisse (Life Events)

Häufig werden psychosoziale Stressoren als ein Grund für das Auftreten einer depressiven Episode gesehen (Brockmeyer et al., 2012; Johnson et al., 2012;

Kendler, Karkowski & Prescott, 1999). Unter dem Begriff der psychosozialen Stressoren werden verschiedenste Verlustereignisse wie der Tod eines nahestehenden Menschen, eine Trennung oder Scheidung zusammengefasst (Beesdo & Wittchen, 2006, Johnson et al., 2012). Als besonders belastend werden diese Faktoren erlebt, wenn sie gemeinsam mit weiteren chronischen Belastungen wie zum Beispiel finanziellen Problemen oder Arbeitslosigkeit auftreten (Kendler, Hettema, Butera, Gardner & Prescott, 2003).

Es wird vermutet, dass der Einfluss der psychosozialen Belastungen bei der Entstehung der ersten depressiven Episode gravierender ist als bei nachfolgenden Episoden (Beesdo & Wittchen, 2006; Kendler, Thornton & Gardner, 2001). Verschiedene Studien gehen davon aus, dass durch das Erleben von aversiven Ereignissen (Traumata, Missbrauch, Vernachlässigung, ...) in der frühen Kindheit jene Personen empfänglicher für Depressionen im Erwachsenenalter sind (Chapman et al., 2004; Danese et al., 2009; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

2.5. Verlauf depressiver Störungen

Das Auftreten der allerersten Episode einer Major Depression ist in jedem Lebensalter möglich, wobei in epidemiologischen Studien darauf hingewiesen wird, dass das Erstauftreten einer Episode im Durchschnitt früher stattfindet als noch vor einigen Jahrzehnten. Als Ursachen für das Erstauftreten einer Depressionsepisode werden häufig psychosoziale Belastungsfaktoren als auch medizinische oder andere bereits bestehende psychische Erkrankungen genannt (Beesdo & Wittchen, 2006).

Der Verlauf einer Depression ist dadurch gekennzeichnet, dass die Krankheit meist in mehreren Phasen verläuft, wobei sowohl der Beginn als auch eine Remission einer Episode häufig schleichend verläuft (Schaub et al., 2006). Eine graphische Darstellung zum Verlauf depressiver Erkrankungen findet sich in Abbildung 2.

Nur bei einem geringen Prozentsatz der Betroffenen bleibt es bei einer einzelnen Episode. Laut Schaub et al. (2006) treten durchschnittlich vier

Depressionsepisoden auf, die zwischen vier und zwölf Monaten andauern, wenn der Betroffene keine adäquate Behandlung erhält. Durch eine entsprechende Therapie kann das Rückfallrisiko um ungefähr 75% gesenkt werden (Schaub et al., 2006).

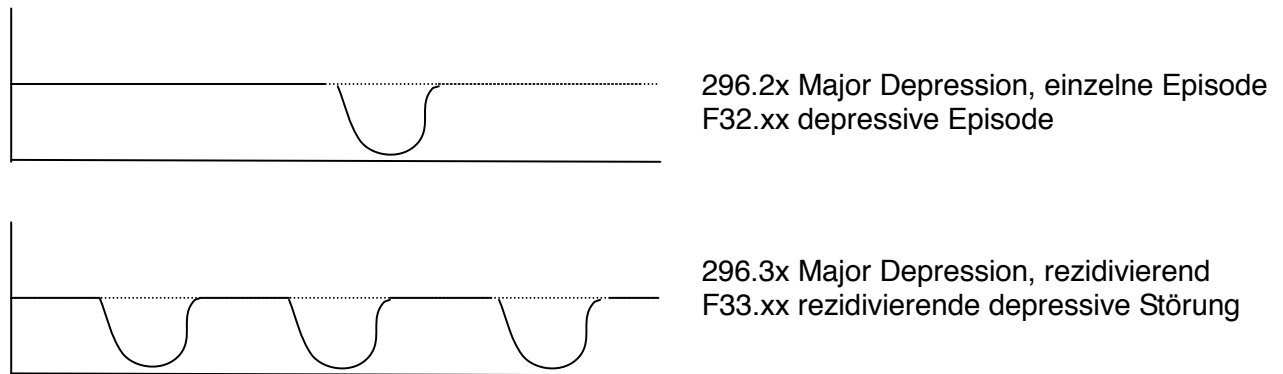


Abbildung 2: Verlauf depressiver Störungen (in Anlehnung an Schaub et al., 2006).

Angst und Kollegen (2009, zitiert nach Beutel et al., 2012) fanden in einer Untersuchung heraus, dass die Hälfte der Patienten bereits nach der ersten Episode einen Rückfall erleidet, bei 70% erfolgt dieser nach der zweiten und bei 90% nach der dritten Episode. Laut verschiedenen Studien (Beutel et al., 2012; Laux, 2003, zitiert nach Schaub et al., 2006) liegen die Remissionsraten nach sechs Monaten zwischen 53 und 66% beziehungsweise nach einem Jahr zwischen 64 und 70%. Dennoch besteht auch die Gefahr einer Chronifizierung der Erkrankung, da die depressiven Episoden bei ungefähr 30% der Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren oder länger anhalten. Bei immerhin 6–7% besteht die depressive Symptomatik auch nach 10–15 Jahren immer noch (Beutel et al., 2012). In fortgeschrittenerem Alter kommt es zu einem längeren Andauern der depressiven Phasen, wodurch das Risiko einer Chronifizierung erhöht wird (Schaub et al., 2006).

2.6. Komorbidität

Viele Studien haben gezeigt, dass depressive Störungen hohe Komorbiditätsraten

mit anderen psychischen Störungen als auch mit somatischen Erkrankungen aufweisen (Beesdo & Wittchen, 2006; Kessler et al., 2003; Klesse et al., 2010; Paykel, 2006; Pieper et al., 2008; Wittchen & Jacobi, 2005). Bestehende Komorbiditäten stellen entweder einen Risikofaktor für eine zusätzliche depressive Erkrankung dar oder sie treten als Begleiterscheinung beziehungsweise Konsequenz der Depression auf (Beesdo & Wittchen, 2006). Das Vorliegen komorbider psychischer Störungen oder somatischer Erkrankungen ist mit größeren Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen verbunden (Beesdo & Wittchen, 2006; Kessler et al., 2003). Außerdem werden häufig ungünstigere Prognosen hinsichtlich des Schweregrades sowie Rückfällen sowohl in Bezug auf die Depression als auch bezüglich der komorbiden Störungen gestellt (Beesdo & Wittchen, 2006).

Viele Studien zeigen, dass Angststörungen und Depressionen überzufällig häufig zusammen auftreten (Andrade et al., 2003; Drost et al., 2012; Jacobi et al., 2004; Paykel, 2006; Pieper et al., 2008; Wittchen & Jacobi, 2005). Es zeigen sich auffällige Überlappungen durch eine Affinität in Symptomatik, Ätiologie, Vulnerabilitätsfaktoren sowie therapeutischen Interventionen (Drost et al., 2012). Weiters zeigen sich hohe Komorbiditätsraten zu Substanzstörungen sowie somatoformen Störungen (Jacobi et al., 2004).

Auch somatische Krankheitsbilder treten häufig komorbid mit depressiven Erkrankungen auf, beziehungsweise führt das Vorliegen einer körperlichen Erkrankung in weiterer Folge häufig zur Entstehung einer Depression (Beesdo & Wittchen, 2006). Es zeigten sich hohe Komorbiditätsraten von Depressionen mit Diabetes mellitus, verschiedenen Krebserkrankungen als auch kardiovaskulären Erkrankungen (Pieper et al., 2008). Das gleichzeitige Vorliegen einer somatischen Erkrankung und einer Depression führt zu einer Verstärkung der Belastung durch die körperliche Erkrankung als auch zu Folgeerscheinungen hinsichtlich der Therapie, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des Hilfesuchverhaltens als auch der Arbeitsunfähigkeit (Jacobi et al., 2004; Pieper et al., 2008; Sareen et al., 2006). In einer Studie von Baune, Adrian und Jacobi (2007) konnte gezeigt werden, dass das komorbide Vorliegen einer Depression bei somatischen Erkrankungen zu einer signifikanten Abnahme der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt.

Saarni und Kollegen (2007) konnten in einer Studie, in der es um den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und gesundheitsbezogenen Lebensqualität ging, zeigen, dass es durch das Vorliegen einer psychischen Krankheit (Depression, verschiedene Arten von Angststörungen) zu einer deutlich niedrigeren Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kommt, als wenn eine somatische Erkrankung vorliegt.

2.7. Suizidalität im Kontext depressiver Erkrankungen

Die Raten für einen versuchten (20–60%) oder vollendeten Suizid (15%) sind bei depressiven Personen deutlich höher als bei nicht depressiven Menschen (Beesdo & Wittchen, 2006; Butschek, 2006; Paykel, 2006; Sowislo & Orth, 2013). 40–80% der Patienten, die an einer Major Depression leiden, berichten von einzelnen oder wiederholten Gedanken an den Tod sowie von Suizidvorstellungen. Als Motiv für einen Suizid geben Betroffene unüberwindbar erscheinende Hindernisse in ihrem Leben sowie das Losreißen von dem momentan vorherrschenden Gefühlszustand, der als besonders schmerzhaft und endlos andauernd erlebt wird, an (Beesdo & Wittchen, 2006).

Im Verlauf einer Behandlung sollten Suizidabsichten besser thematisiert werden, als diese unbeachtet zu lassen (Butschek, 2006). Hinweise für eine ernste Suizidgefährdung liegen dann vor, wenn die Tat bereits genau geplant wurde (Ort, Zeit, Art stehen fest) und auch die nötigen Utensilien schon herbeigeschafft wurden (Beeso & Wittchen, 2006).

Als besonders suizidgefährdet gelten Personen, die bereits früher Suizidversuche unternommen haben, in deren Familien Suizide begangen wurden sowie Patienten, die psychotische Merkmale sowie einen gleichzeitigen Substanzgebrauch aufweisen. Höhere Suizidraten findet man auch bei älteren Personen und Männern, jedoch überwiegen Suizidversuche beim weiblichen Geschlecht (Beesdo & Wittchen, 2006).

2.8. Erklärungsansätze

2.8.1. Erklärungsmodell nach Lewinsohn

Ein lernpsychologisch-verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell wurde in den 1970er Jahren von Lewinsohn erstellt, das davon ausgeht, dass eine Depression durch eine geringe Rate an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung sowohl ausgelöst als auch aufrechterhalten werden kann. Eine geringe Rate an reaktionskontingenter positiver Verstärkung fungiert als unkonditionierter Stimulus für das Auftreten der Depression und darüber hinaus als Löschungsbedingung, was zu Passivität und Rückzug führt. Die Verstärkermenge ist von der Anzahl der möglichen verstärkenden Ereignisse, der Anzahl an verfügbaren Verstärkern als auch vom Verhaltensrepertoire der jeweiligen Person abhängig (Butschek, 2006). Kurzfristig wird das depressive Verhalten durch die Umwelt verstärkt und aufrechterhalten. Auf längere Sicht betrachtet kommt es aber eher zu einer Abwendung beziehungsweise Vermeidung des Kontakts mit den Betroffenen, wodurch es zu einem Verstärkerverlust kommt und der Betroffene sich in einer abwärts gerichteten Depressionsspirale befindet (Beesdo & Wittchen, 2006). Um einen Überblick über die wichtigsten Aspekte des Modells zu bekommen, kann Abbildung 3 betrachtet werden, in der die Hauptmerkmale des Modells zusammengefasst wurden.

Die Defizite hinsichtlich der sozialen Kompetenzen von depressiven Personen sowie die negativen Reaktionen der sozialen Umwelt darauf können empirisch als belegt gesehen werden, wohingegen längsschnittliche Untersuchungen in diesem Bereich noch fehlen (Beesdo & Wittchen, 2006).

2.8.2. Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck

Laut kognitiver Depressionstheorie entsteht die Depression aus einer Störung des Denkens, denn dieses ist in verschiedenen Bereichen verzerrt, sodass depressive Personen die Welt anders wahrnehmen als nicht depressive. Die weitere Symptomatik wird als Folge dieser Verzerrungen angesehen (Butschek, 2006;

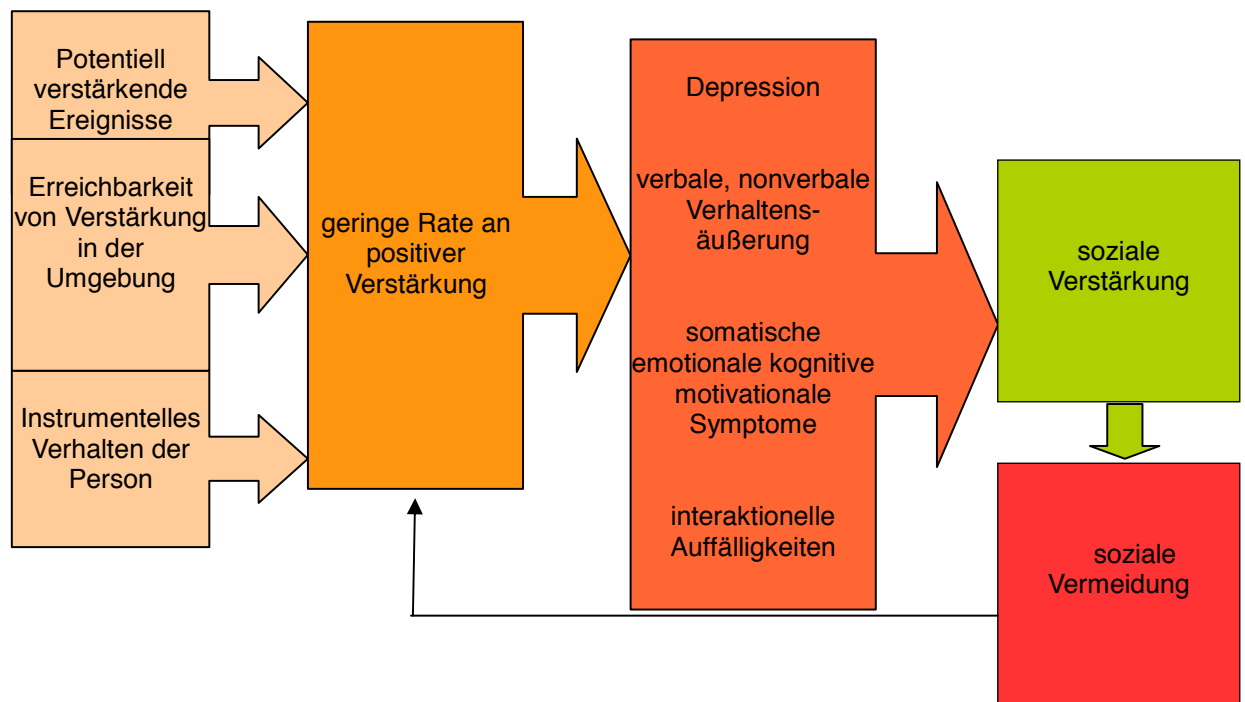


Abbildung 3: Lernpsychologisch-verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell nach Lewinsohn (in Anlehnung an Beesdo & Wittchen, 2006).

Schaub et al., 2006). Beck geht davon aus, dass durch dysfunktionale kognitive Schemata die Realität von den Betroffenen negativ verzerrt wahrgenommen und interpretiert wird und die depressiven Personen eine negative und pessimistische Einstellung zu sich selbst, der Umwelt sowie der Zukunft (sog. kognitive Triade) entwickeln (Beesdo & Wittchen, 2006). Entstanden sind die negativen Schemata laut Beck durch früh erlebte ungünstige Erfahrungen und werden durch ähnliche Situationen in der Lebensgeschichte wieder aktiviert. Als vorherrschende Themen der dysfunktionalen kognitiven Schemata werden Hoffnungslosigkeit, Selbstkritik als auch ein geringer Selbstwert genannt (Beesdo & Wittchen, 2006). Laut Beck kommt es zu einer Verstärkung der dysfunktionalen Schemata durch verallgemeinernde, verzerrte und unlogische Fehlschlüsse, woraus sich dann dauerhafte Überzeugungen entwickeln.

Eine graphische Darstellung der Hauptmerkmale dieser Theorie findet sich in Abbildung 4. Ein Beweis für die Gültigkeit dieses Entstehungsmodells konnte nie erbracht werden, jedoch gilt die aus der Theorie abgeleitete Therapie als wirksam, sowohl bei Depressionen als auch bei anderen Störungen (Hautzinger & de Jong-Meyer, 2003, zitiert nach Schaub et al., 2006). Einige Untersuchungen konnten

einen Zusammenhang von dysfunktionalen Denkmustern und Depression bestätigen, jedoch konnte kein Nachweis dafür erbracht werden, dass die dysfunktionalen Denkschemata bereits vor der Depression vorhanden sind und diese verursachen (Beesdo & Wittchen, 2006).

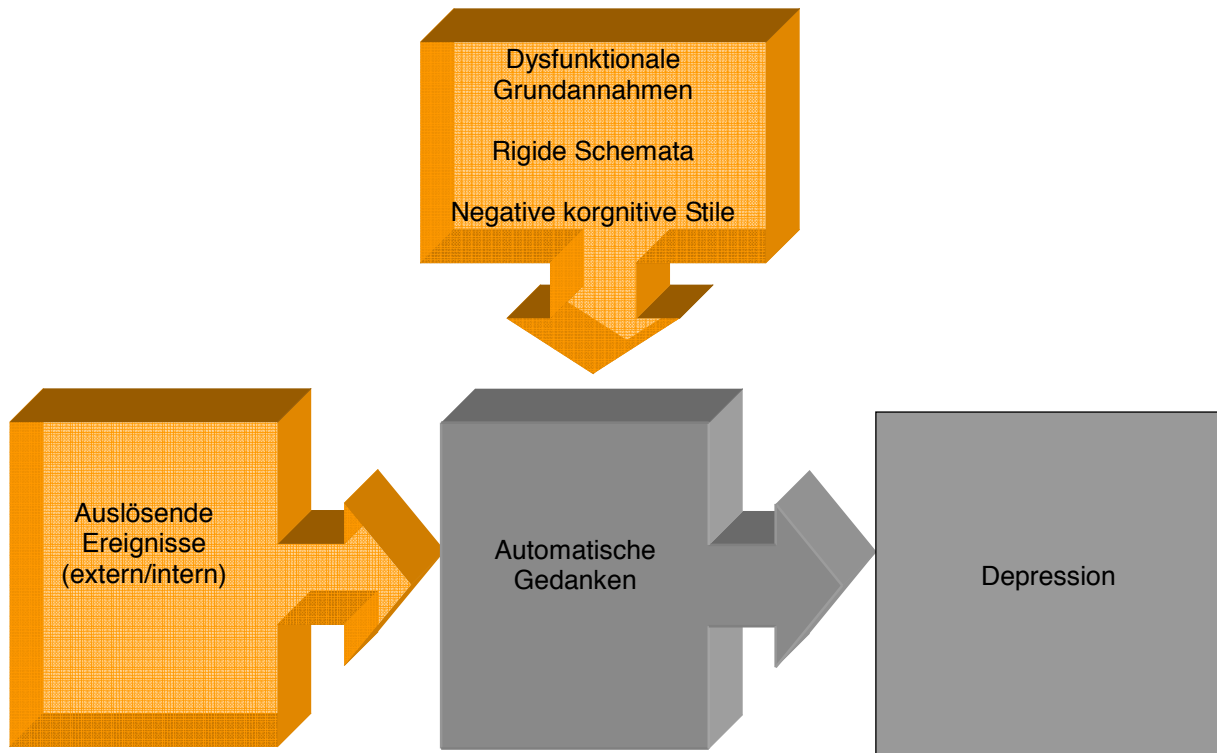


Abbildung 4: Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata (in Anlehnung an Beesdo & Wittchen, 2006).

2.8.3. Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit

Seligmans Modell beruht auf experimentellen Tierversuchen, in denen sich zeigte, dass eine wiederholt auftretende Erfahrung von Unkontrollierbarkeit, vor allem bei aversiven Umweltreizen, zu einer generellen Erwartung von Unkontrollierbarkeit als auch zu depressiven Reaktionsmustern führt. Dieses erste Modell der Hilflosigkeit wurde 1978 um die Rolle von Kausalattributionen erweitert, da es, laut den Autoren, sonst nicht auf die Mehrzahl der Menschen anwendbar wäre (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978, zitiert nach Schaub et al., 2006).

Die Ursachenzuschreibung hinsichtlich der Unkontrollierbarkeit spielt eine entscheidende Rolle für die Bewältigung von zukünftigen aversiven Erlebnissen (Schaub et al., 2006). Personen, die an einer Depression leiden, wird ein eher pessimistischer Attributionsstil zugeschrieben, dadurch führen diese Menschen negative Ereignisse eher auf internale, globale und stabile Ursachen zurück. Kommt zu dieser Form der Ursachenzuschreibung noch Unkontrollierbarkeit hinzu, entsteht laut Hilflosigkeitstheorie eine Depression (Beesdo & Wittchen, 2006). Aufgrund dieser negativen Erwartungshaltung und der mangelnden Kontrollierbarkeit entstehen motivationale, emotionale sowie kognitive Defizite, die sich auch in negativen physiologischen und vegetativen Folgeerscheinungen bemerkbar machen (Schaub et al., 2006). In Abbildung 5 findet man eine graphische Zusammenfassung der Kernpunkte dieses Modells.

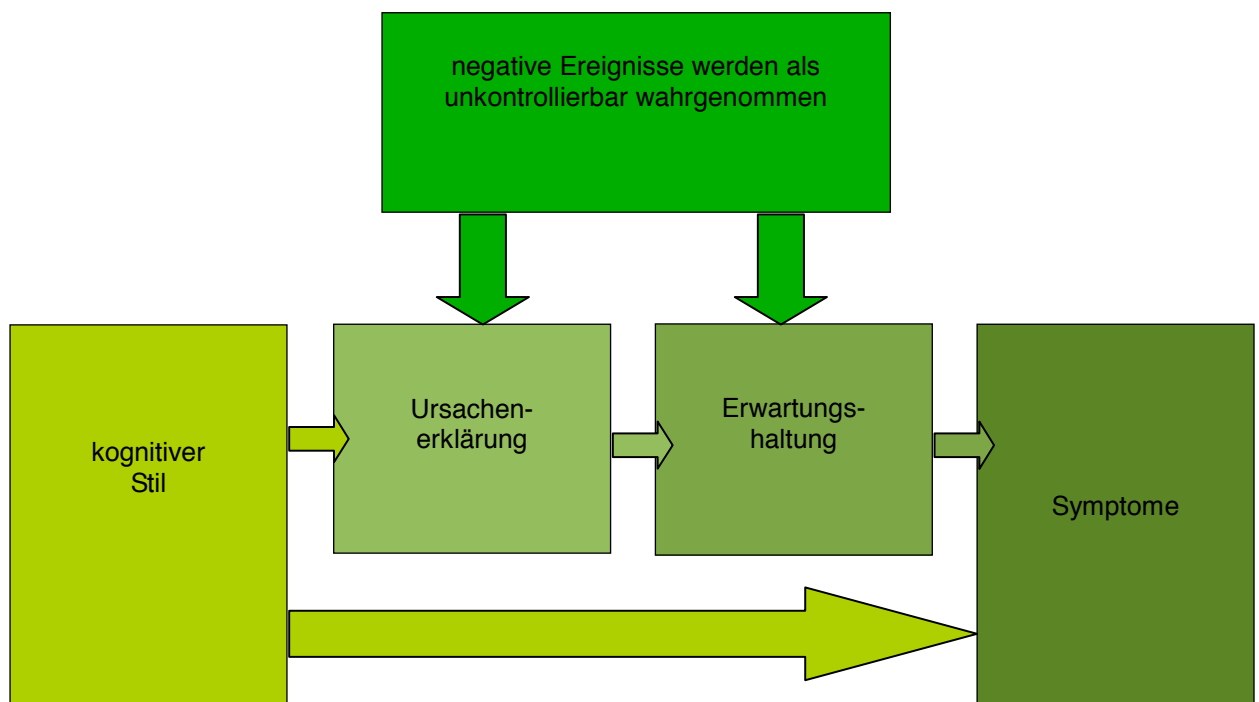


Abbildung 5: Modell der erlernten Hilflosigkeit (in Anlehnung an Beesdo & Wittchen, 2006).

2.9. Interventionsansätze

Grundsätzlich kann man bei den Interventionsansätzen depressiver Störungen zwei Formen unterscheiden, nämlich die pharmakologischen Therapien und die psychologischen Therapien. Auch eine Verbindung der beiden kann durchaus sinnvoll sein, da beide zu einer Linderung der akuten Symptomatik bis hin zur Remission als auch als Schutz vor einem Rückfall eingesetzt werden können (Beesdo & Wittchen, 2006).

2.9.1. Pharmakologische Therapien

Um Depressionen mithilfe von Medikamenten behandeln zu können, verwendet man Antidepressiva, die die gestörte Balance der Hirnfunktionen über das Einwirken auf zentrale Neurotransmitter (Serotonin, Noradrenalin und Dopamin) reguliert (Beesdo & Wittchen, 2006). Es gibt verschiedene Formen von Antidepressiva, die zur Behandlung depressiver Erkrankungen eingesetzt werden. Je nach Patient sollte ein geeignetes Medikament anhand der individuellen Bedürfnisse ausgewählt werden, die Medikamentendosis ebenso wie die Behandlungsdauer sollten auf den Patienten abgestimmt werden, und zusätzlich sollten auch komorbide Erkrankungen berücksichtigt werden (Beesdo & Wittchen, 2006). Bereits nach zwei bis vier Wochen sollte sich eine Reduktion der Symptomatik einstellen, falls der Patient jedoch nach sechs bis acht Wochen immer noch keine Veränderung bemerkt, sollte ein Wechsel des Medikaments oder eine Abänderung der Dosis in Erwägung gezogen werden (Beesdo & Wittchen, 2006).

2.9.2. Psychologische und psychotherapeutische Therapien

In der Therapie der depressiven Störungen geht es vor allem darum, die depressive Symptomatik zu lindern sowie die aufrechterhaltenden psychischen Mechanismen zu verändern (Klesse et al., 2010). Laut Keller (2003, zitiert nach Klesse et al., 2010) besteht das vorrangige Therapieziel darin, die depressive

Symptomatik zu verringern als auch eine Remission zu erlangen. Auf dem Weg dahin muss die Suizidgefahr reduziert werden, die Leistungsfähigkeit sowohl im Beruf als auch im zwischenmenschlichen Bereich rekonstruiert sowie eine seelische Balance wiederhergestellt werden, um die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung zu vermindern (Klesse et al., 2010).

2.9.2.1. Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie besteht aus verschiedenen Komponenten, die sowohl Teile der kognitiven (vgl. Beck; Seligman) als auch der verhaltenstheoretischen (vgl. Lewinsohn) Perspektive beinhalten. Die Grundannahme besteht darin, dass Depressionen sowohl aufgrund von kognitiven Prozessen wie dysfunktionalen Denkmustern als auch durch Verstärkerverlust entstehen und es auch zu einer wechselseitigen Beeinflussung dieser Prozesse kommen kann (Beesdo & Wittchen, 2006).

2.9.2.2. Kognitive Umstrukturierung

Meist haben depressive Personen ein Geflecht von automatischen negativen Gedanken, die sich um das persönliche Versagen, die eigene Wertlosigkeit sowie Hilflosigkeit drehen. Diese Gedanken können als eine Reaktion auf Auseinandersetzungen, Konflikte oder auch Schwierigkeiten mit anderen Personen gesehen werden. Um diese automatischen negativen Gedanken bewusst zu machen und auch den Zusammenhang mit daraus resultierenden Gefühlen herzustellen, sollten vorher Wochen- oder Tagebuch- Aufzeichnungen erstellt werden, aus denen die auslösenden Situationen herausgefiltert werden können. Durch die Methode der kognitiven Umstrukturierung erlangen die Patienten ein größeres Maß an Selbststeuerung (Butschek, 2006).

2.9.2.3. Aktivierung

Angenehme Aktivitäten sind aufgrund der Erkrankung wenig bis gar nicht mehr vorhanden, durch das Führen eines Tages-/Wochenplanes oder eines Tagebuches, in dem die jeweiligen Aktivitäten bewertet werden sollen (z.B. wie Schulnoten 1–5 oder auf einem Kontinuum von ++ bis –), können Zusammenhänge zwischen den Aktivitäten und der Stimmung gezeigt werden. Häufig kommt es mithilfe dieser Methode zu einer schnellen Verbesserung der Stimmung, da die generalisierte negative Sichtweise der Patienten relativiert werden kann und sie bemerken, dass es auch angenehme Dinge in ihrem Leben gibt. Weiters können durch diese Methode Informationen über aktuelle oder vergangene Konflikte sowie Denk-, Gefühls- als auch Verhaltensmuster erlangt werden (Butschek, 2006).

2.9.2.4. Entspannung

Körperliche Entspannung durch Bewegung (progressive Muskelentspannung, autogenes Training, Meditation) wird dann empfohlen, wenn sich die Depression in Spannungszuständen, Agitiertheit, Angst und verschiedenen somatischen Beschwerden äußert. Die Schwierigkeit hierbei besteht darin, dass eine Wirkung sich nur durch regelmäßiges Üben einstellt und viele Patienten beim Üben alleine sich nicht genug entspannen können oder sich auch gar nicht dazu motivieren können, alleine zu üben (Butschek, 2006).

2.9.3. Therapiewirksamkeit

Klesse und Kollegen (2010) zeigen auf, dass psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung von Depressionen sehr gute Effekte erzielen konnten, wobei die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie sowie interpersoneller Psychotherapie besonders gut nachgewiesen werden konnte. Laut Beesdo und Wittchen (2006) kommt es bei 70–80% der Patienten, die eine medikamentöse Depressionsbehandlung erhalten haben, zu einer deutlichen Verbesserung der

Symptomatik, und bei 40–60% kommt es aufgrund dieser Behandlung zu einer Remission.

In einer Metaanalyse von Anderson (2000) konnte gezeigt werden, dass die Patienten auf Antidepressiva der zweiten Generation (z.B. selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, SSRI) besser ansprechen, da diese weniger Nebenwirkungen hervorrufen und es deshalb zu signifikant weniger Therapieabbrüchen kommt. Die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie konnte in verschiedenen Studien belegt werden (vgl. DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; DeRubeis et al., 2005; Gibbons et al., 2010).

In einer Studie von Hollon und Kollegen (2005) konnte gezeigt werden, dass Patienten nach dem Ende einer kognitiven Therapie eine geringere Rückfallrate (30,8%) zeigten als Patienten, die eine medikamentöse Behandlung (76,2%) erhalten haben. Dieses Ergebnis kann gut dadurch erklärt werden, dass es bei psychologischen Interventionen um Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln geht und es nur zu einer langfristigen Wirkung kommen kann, wenn diese Bereiche verändert werden (Butschek, 2006). Cuijpers, Dekker, Hollon und Andersson (2009) kamen zu dem Ergebnis, dass eine kombinierte Therapie effektiver ist als eine pharmakologische Behandlung alleine. In einer Studie von Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick und Munizza (2004) konnte ein ähnliches Ergebnis gefunden werden, nämlich dass eine kombinierte Therapie aus psychologischer und pharmakologischer Behandlung effektiver ist als eine der beiden Formen alleine. Weiters konnten die Autoren in ihrer Studie zeigen, dass es bei einer länger andauernden Therapie aufgrund der psychologischen Intervention zu weniger Therapieabbrüchen kommt. Beesdo und Wittchen (2006) meinen jedoch, dass hinsichtlich einer Kombination der beiden Therapieformen umstritten ist, ob eine gemeinsame Anwendung beider Behandlungen wirksamer ist oder jede Therapie für sich, da es schwierig ist, einen statistischen Beweis für die Überlegenheit einer der beiden an sich allein effektiven Maßnahmen zu erbringen.

3. Das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Problematik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist gekennzeichnet durch eine gestörte Affektregulation und durch Probleme bezüglich der eigenen Identität als auch im zwischenmenschlichen Bereich. Der Beginn der Störung wird in die frühe Adoleszenz gelegt, in der sich erste Anzeichen in Form von heftigen Stimmungsschwankungen, Aggressionsausbrüchen, aber auch heftige Zweifel an der eigenen Person zeigen. Weitere Anzeichen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind vor allem selbstschädigendes Verhalten (Selbstverletzungen, Suizidversuche), aber auch Probleme mit Drogen oder Essstörungen können auf den Beginn der Krankheit hinweisen (Bohus & Schmahl, 2006).

3.1. Entwicklung des Störungsbegriffs

Bereits 1681 berichtete Thomas Sydenham, ein englischer Arzt, einem Kollegen, William Cole, von Patienten, die sich durch eine besondere Launenhaftigkeit auszeichnen: *„sie würden ohne jedes Maß jene lieben, die sie alsbald ohne jeden Grund hassen würden; die außerordentliche Aufregung des Geistes dieser Kranken entstünde aus plötzlichen Ausbrüchen von Wut, Schmerz, Angst sowie ähnlichen Emotionen.“* (nach Veith, 1965, zitiert nach Eckert, Dulz & Makowski, 2000).

Die Beschreibung der Patienten von Sydenham erinnert sehr stark an heutige Borderline-Patienten (Eckert et al., 2000), die sich besonders durch Launenhaftigkeit, Aggressionsausbrüche sowie impulsives Verhalten auszeichnen. Rosse verwendete 1890 „schwarz-weiß“ als eine Metapher, um die „borderland insanity“ zu beschreiben. Weiters wurde der Begriff „borderland“ von Hughes 1907 in einem Vortrag erwähnt (Eckert et al., 2000).

1921 wurde die Bedeutung von Angstzuständen bei „borderline mental states“ durch Moore hervorgehoben, während Freud zwar das Vorhandensein von Grenz-

und Mischfällen annahm, jedoch nicht die Borderline-Störung in dem Sinn meinte. Auch der amerikanische Psychoanalytiker Adolph Stern verwendete 1938 den Begriff „Borderline“ in seiner Schrift über die „border line group of neuroses“, in der er die Störung als einen fließenden Übergang zwischen Psychose und Neurose beschrieb (Eckert et al., 2000).

Otto Kernberg definierte die Borderline-Persönlichkeitsstörung über eine spezifische und stabile pathologische Ich-Struktur, die in seinem Klassifikationssystem als eine eigenständige Gruppe psychischer Störungen dargestellt wurde, wodurch eine klare Abgrenzung von psychotischen und neurotischen Strukturen gegeben sein sollte (Engels, 2002; Kernberg, 1984, zitiert nach Walter, Dammann, Selinger & Frommer, 2008). Unter der Borderline-Persönlichkeitsorganisation wurden infantile, narzisstische, schizoide, paranoide, hypomanische, antisoziale sowie „als-ob“-Persönlichkeiten zusammengefasst (Kernberg, 1984, zitiert nach Walter et al., 2008). Die Zuordnung zur Gruppe der Borderline-Persönlichkeitsstruktur erfolgte anhand der Güte der internalisierten Objektbeziehungen, der Güte der Ich-Struktur (Identitätsdiffusion), der vorherrschenden Abwehrmechanismen, der Affektregulation sowie der Realitätsprüfung (Eckert et al., 2000; Engels, 2002).

Erst im Jahr 1980 wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild in das DSM-III aufgenommen (Eckert et al., 2000; Walter et al., 2008). In der International Classification of Diseases der WHO wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung bis heute nur als Unterbegriff der „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ geführt.

3.2. Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung

3.2.1. Kriterien nach DSM-IV

Laut Diagnostischem und Statistischem Manual (4. Revision; DSM-IV) ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie durch ein deutliches Maß an Impulsivität.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“)
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 von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren

(z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

3.2.2. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.3)

Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung handelt es sich nach der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO) um eine Störung der Persönlichkeit, bei der eine deutliche Tendenz vorherrschend ist, Impulse ohne Berücksichtigung der Konsequenzen auszuleben. Diese Tendenz ist mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung verbunden. Betroffene neigen zu emotionalen Ausbrüchen und sind nicht in der Lage, ihre Impulsivität zu kontrollieren. Weiters kann es zu Problemen im sozialen Bereich (Streitsucht, Konflikte mit anderen) kommen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen behindert oder durchkreuzt werden.

In der ICD-10 werden zwei Erscheinungsformen unterschieden:

- Der **impulsive Typus**, der vor allem durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle gekennzeichnet ist
- Der **Borderline-Typus**, der zusätzlich Störungen des Selbstbildes, der persönlichen Ziele sowie der inneren Präferenzen aufweist. Weitere Kennzeichen sind ein chronisches Gefühl von Leere, wodurch es zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kommt, sowie eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

3.3. Epidemiologie und Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Auftretenshäufigkeit der BPS wird auf ungefähr 2% in der Gesamtbevölkerung geschätzt (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004), und die Lebenszeitprävalenz liegt bei ca. 3% (Trull, Jahng, Tomko, Wood & Shear, 2010, zitiert nach Bohus & Kröger, 2011). Obwohl die Prävalenzraten relativ gering erscheinen, handelt es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um ein

Problem des Gesundheitswesens, da es durch die Erkrankung zu massiven Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich kommt und die Krankheit auch mit hohen Suizidraten verbunden ist (Bhar, Brown & Beck, 2008; Skodol et al., 2002).

Laut einer Studie von Grant et al. (2008) differieren die Raten der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht signifikant zwischen Männern (5,6%) und Frauen (6,2%). Weiters fanden die Autoren eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Personen mit niedrigem Einkommen sowie geringem Bildungsniveau und auch bei jenen, die getrennt, geschieden oder verwitwet waren (Grant et al., 2008).

Der Großteil der Betroffenen sucht Hilfe bei psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachkräften, und auch in psychiatrischen Kliniken zählt die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer der häufigsten Aufnahmediagnosen (Bohus & Kröger, 2011; Bohus & Schmahl, 2006; Grant et al., 2008). Laut Bohus und Schmahl (2006) findet die erste stationäre psychiatrische Behandlung bei den meisten Betroffenen erst im Alter von 24 Jahren statt. Wenn man bedenkt, dass der Beginn der Erkrankung bereits in der frühen Adoleszenz stattfindet, ist dies eine relativ lange Zeitspanne, in der die Patienten keine adäquate Behandlung bekommen. Würde die Erkrankung bereits vor der Manifestation negativer Verhaltensmuster behandelt werden, könnte man leichter intervenieren (Loas, Speranza, Pham-Scottez, Perez-Diaz & Corcos, 2012).

In einigen Studien (Shea et al., 2002; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003, zitiert nach Lieb et al., 2004) konnte gezeigt werden, dass die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung weniger stabil sind als zuvor angenommen wurde, denn nach sechs Jahren hatten 75% der Patienten, die zuvor in stationärer Behandlung waren, eine Remission erreicht, und nur 6% hatten einen Rückfall erlitten. In den USA konnten einige Studien zeigen, dass die BPS ihren Beginn zwar in der frühen Adoleszenz hat und sich die dysfunktionalen Verhaltensweisen bis zur Mitte der 3. Lebensdekade steigern, es aber danach zu einer Abnahme der psychopathologischen Merkmale kommt (Grant et al., 2008; Grilo et al., 2004, zitiert nach Bohus & Schmahl, 2006; Kröger et al., 2006; Winograd, Cohen & Henian, 2008; Zanarini et al., 2003, zitiert nach Lieb et al., 2004). In diesem Bereich gäbe es dringenden Forschungsbedarf vor allem im europäischen Raum, da entsprechende Studien momentan noch nicht vorliegen (Bohus & Schmahl,

2006).

3.4. Komorbidität

Klinische Studien haben gezeigt, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig komorbid mit anderen psychischen Diagnosen wie affektiven Störungen, Angststörungen, bipolaren Störungen und anderen Persönlichkeitsstörungen auftritt (Grant et al., 2008; Zanarini et al., 1998, zitiert nach Wingenfeld & Wolf, 2011). Die meisten Patienten, nämlich 41–83%, berichten von einer komorbiden depressiven Störung, 64–66% weisen einen zusätzlichen Substanzmissbrauch auf, und 46–56% berichten von einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung (McGlashan et al., 2000; Zanarini et al., 1998; Zimmermann & Mattia, 1999, zitiert nach Lieb et al., 2004). Laut Grant et al. (2008) weisen 75% der Borderline-Patienten zusätzlich eine affektive Störung und 73% eine Substanzabhängigkeit auf.

Auch andere Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid mit einer BPS auf (McGlashan et al., 2000; Oldham et al., 1995, zitiert nach Lieb et al., 2004; Zanarini et al., 1998; Zanarini et al., 2004). Die häufigsten sind die ängstlich-vermeidende (43–47%), die dependente (16–51%) sowie die paranoide Persönlichkeitsstörung (14–30%) (Lieb et al., 2004).

Die meisten BPS-Patienten leiden unter einer oder mehreren komorbiden Störungen, wodurch es zu einer negativen Beeinflussung des Krankheitsverlaufes der Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt (Zanarini et al., 2004; Zimmermann, Rothschild & Chelminski, 2005). Selbstschädigende Verhaltensweisen, der Einfluss komorbider Störungen sowie die hohe Belastung des Gesundheitssystems beeinflussen den klinischen Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung bedeutsam (Hörz et al., 2010).

3.5. Verbindung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu Dissoziation

In vielen aktuellen Studien wird die Bedeutung von dissoziativen Symptomen in Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung hervorgehoben (vgl. Barnow et al., 2011; Kleindienst et al., 2011; Korzekwa, Dell & Pain, 2009). Laut Korzekwa und Kollegen (2009) ist die dissoziative Symptomatik besonders charakteristisch für Borderline-Patienten, weshalb dieses Kriterium herangezogen wird, um sie von anderen psychiatrischen Gruppen unterscheiden zu können.

Als Kennzeichen einer Dissoziation werden die Desintegration der Wahrnehmung, des Bewusstseins, der Identität und des Gedächtnisses gesehen (Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof & Knutelska, 2001). Aus diesem Grund könnte das Vorliegen einer dissoziativen Symptomatik ein wichtiger Moderator für den Therapieerfolg sein, da Lernprozesse die Grundlage der meisten Therapien darstellen, der Lernerfolg in der Therapie aber durch das beeinträchtigte Gedächtnis und Bewusstsein behindert werden könnte und somit auch der Therapieerfolg (Ebner-Priemer et al., 2009; Kleindienst et al., 2011).

Die Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird als ein Symptom der gestörten Affektregulation gesehen. Aufgrund des hohen Erregungsniveaus unter Anspannung kommt es zu Gefühlen der Fremdheit, zu einer subjektiv erlebten Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls sowie einem Kontrollverlust über die Realität (Bohus & Schmahl, 2006). Weiters konnte in einigen Studien (Bohus et al., 2000; Schmahl et al., 2006) ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schmerzunempfindlichkeit von Borderline-Patienten und dissoziativen Merkmalen gefunden werden.

Wiederholter sexueller Missbrauch sowie physische oder emotionale Misshandlungen stehen in enger Verbindung mit Dissoziation (Korzekwa et al., 2009; Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006, zitiert nach Barnow et al., 2011) und werden häufig von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet (vgl. Zanarini et al., 1997, zitiert nach Bohus & Schmahl, 2006). Dissoziation bei Borderline-Patienten ist multifaktoriell bedingt, und beide scheinen zu 50% vererbbar zu sein (Korzekwa et al., 2009).

3.6. Ätiologie

Die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann als komplex betrachtet werden, da meist verschiedene Faktoren involviert sind, die in unterschiedlicher Weise aufeinander einwirken (Lieb et al., 2004; siehe Abbildung 6).

Eine mögliche Erklärung für die emotionale Dysregulation und Impulsivität bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung könnten genetische Faktoren sowie ungünstige Kindheitserfahrungen liefern, da es durch diese zu dysfunktionalen Verhaltensweisen und zu Konflikten oder auch Defiziten im psychosozialen Bereich kommt und dadurch wiederum die emotionale Dysregulation ebenso wie die Impulsivität verstärkt wird (Fleischhaker & Schulz, 2011; Skodol et al., 2002).

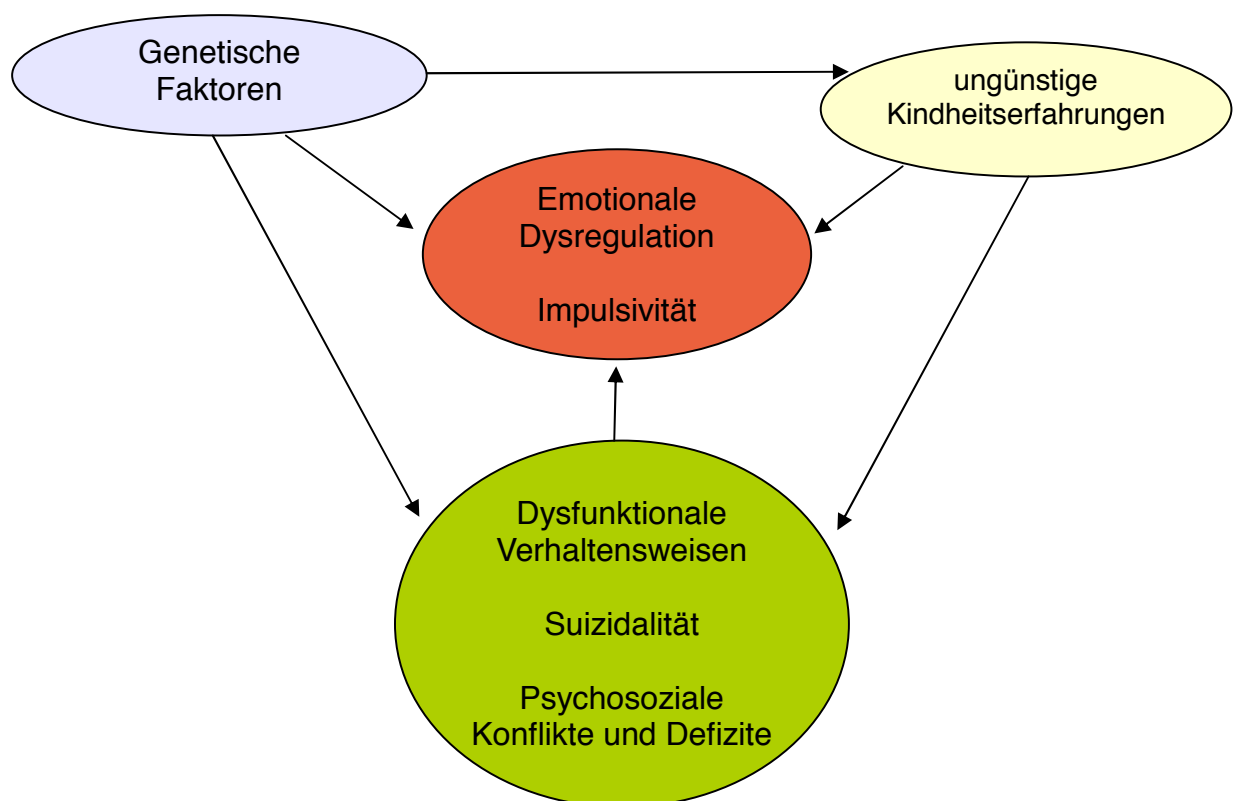


Abbildung 6: Neurobehaviourales Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung (in Anlehnung an Lieb et al., 2004).

Hinsichtlich verschiedener Therapieschulen werden unterschiedliche ätiologische Modelle bevorzugt (Fleischhaker & Schulz, 2011):

- ✧ die *psychiatrische Sichtweise* geht von einem deskriptiven Ansatz aus, durch den die Borderline-Persönlichkeitsstörung kategorial von anderen Persönlichkeitsstörungen sowie von gesunden Menschen unterschieden wird.
- ✧ die *Persönlichkeitspsychologie* geht davon aus, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine extreme Ausprägung von grundlegenden Persönlichkeitseigenschaften handelt, die sich nur quantitativ von normalen Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen unterscheidet.
- ✧ die *Tiefenpsychologie* beschreibt die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine strukturelle Störung, die durch frühe Störungen in den Objektbeziehungen gekennzeichnet ist.
- ✧ in der *kognitiv-behaviouralen Sichtweise* der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird von einer zwischenmenschlichen Interaktionsstörung ausgegangen.

3.6.1. Genetische Faktoren

Studien, die den Einfluss von genetischen Faktoren bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung untersuchen, sind nur spärlich vorhanden (Lieb et al., 2004). Aktuelle Forschungsergebnisse in diesem Bereich beruhen vor allem auf molekulargenetischen Untersuchungen als auch auf Adoptions- und Zwillingsstudien (Fleischhaker & Schulz, 2011).

Laut Eaton und Kollegen (2011) ist ein substanzieller Teil der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch die Entstehung komorbider Störungen genetisch bedingt. Jedoch wird davon ausgegangen, dass nicht einzelne Persönlichkeitsstörungen, sondern vielmehr dimensionale Persönlichkeitsmerkmale genetisch bedingt sind (Fleischhaker & Schulz, 2011). In der größten Zwillingsstudie, die von Torgersen und Kollegen (2000) an 129

dizygoten und 92 monozygoten Zwillingen durchgeführt wurde, lag die durchschnittliche Heritabilität der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei einem Wert von 0,57. In einer Zwillingsstudie von Livesley, Jang und Vernon (1998) wurden dimensionale Faktoren von Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Heritabilität untersucht. Die Heritabilitätsschätzungen für dimensionale Faktoren (Identitätsprobleme, Affektlabilität, Bindungsunsicherheit, kognitive Dysregulation und Ängstlichkeit), die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Verbindung stehen, lagen um 0,5 (Livesley et al., 1998).

Es wird davon ausgegangen, dass die der Borderline-Persönlichkeitsstörung zugrunde liegenden Persönlichkeitseigenschaften eindeutig auch genetisch bedingt sind, da verschiedene Studien gezeigt haben, dass 50% der Varianz durch genetische Faktoren erklärt werden können, während die restliche Varianz auf individuellen Umweltfaktoren beruht (Fleischhaker & Schulz, 2011).

3.6.2. Psychosoziale Belastungsfaktoren

Als psychosoziale Belastungsfaktoren werden vor allem negative Erfahrungen in der Kindheit (z.B. Vernachlässigung, Missbrauch) von vielen Borderline-Patienten berichtet (Fleischhaker & Schulz, 2011; Golier et al., 2003; Links et al., 1988, zitiert nach Lieb et al., 2004; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz & Frankenburg, 1989; Zanarini et al., 1997), wobei der sexuelle Missbrauch in der Kindheit am häufigsten vorzukommen scheint, da 40–71% der Patienten von solchen Erfahrungen berichten (vgl. Links et al., 1988, zitiert nach Lieb et al., 2004; Zanarini et al., 1989; Zanarini et al., 1997). Durch den sexuellen Missbrauch, der vor allem in der Familie stattzufinden scheint, kommt es zu einer bereits früh beginnenden sowie lang andauernden Traumatisierung (Zanarini et al., 1997, zitiert nach Bohus & Schmahl, 2006). In einigen Studien (Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini et al., 2002, zitiert nach Lieb et al., 2004) wurde auch der Schweregrad der Borderline-Psychopathologie mit der Schwere des sexuellen Missbrauchs in Relation gesetzt, jedoch konnte kein hinreichender Beweis für den Zusammenhang dieser beiden gefunden werden (Lieb et al., 2004).

Laut Bohus und Schmahl (2006) ist es wichtig, darauf zu verweisen, dass es sich beim sexuellen Missbrauch um eine mögliche, aber weder notwendige noch

hinreichende Voraussetzung für das Aufkommen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt.

3.6.3. Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die neurobiologische Forschung im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat sich in den letzten Jahren vor allem mit Störungen der Affektregulation und Impulskontrolle auseinandergesetzt (Herpertz, 2011). In den vergangenen Jahren wurde vor allem das limbische System, das aus Amygdala, Hippokampus und präfrontalem Kortex besteht, als wichtige hirnanatomische Struktur im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung identifiziert. Für verschiedene Untergruppen von Borderline-Patienten konnte ein deutlich unterschiedliches Aktivierungsprofil in den vernetzten Hirnregionen gefunden werden. Bei traumatisierten Personen konnten strukturelle Veränderungen im Gehirn gefunden werden, die durch das Trauma ausgelöst wurden und mit Störungen der Emotionsregulation in Zusammenhang stehen (Fleischhaker & Schulz, 2011).

Heute geht man davon aus, dass sich sowohl die funktionellen als auch die strukturellen Veränderungsprozesse primär in den Kernbereichen des limbischen Systems ereignen und es dadurch zu einer Überaktivität im Bereich der Amygdala, jedoch zu einer Abnahme oder einem Ausfall der hemmenden Funktion des frontalen Kortex kommt (Bohus, Schmahl & Lieb, 2004, zitiert nach Bohus & Schmahl, 2006; Fleischhaker & Schulz, 2011). Weiters besteht zwischen dem limbischen System und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse eine enge Verbindung. Bei erhöhtem Stress kommt es zu einer erhöhten Katecholaminausschüttung und dadurch zu einer äußerst intensiven Speicherung von traumatischen Ereignissen im Gedächtnis. Durch die gleichzeitige Ausschüttung von Kortisol kommt es zu einer Beeinträchtigung verschiedener Rezeptortypen, und als Folge dieser Schädigung wird die Emotion Furcht durch das Gedächtnis besonders intensiv in der Amygdala sowie dem restlichen limbischen System dargestellt (Fleischhaker & Schulz, 2011).

Obwohl in den letzten Jahren eine deutliche Weiterentwicklung auf diesem Gebiet erreicht werden konnte, sind die empirischen Untersuchungen dennoch wenig

konsistent. Laut Fleischhaker und Schulz (2011) liegt der Grund darin, dass es nicht in einzelnen Regionen zu Funktionsstörungen kommt, sondern eher ganze Netzwerke wie zum Beispiel der thalamo-amygdalo-kortikale Regelkreis davon in Mitleidenschaft gezogen werden.

3.7. Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten im Kontext der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Laut Bohus und Schmahl (2006) haben ungefähr 80% der Patienten, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, zumindest ein Mal versucht, sich das Leben zu nehmen, und ungefähr 8–10% der Betroffenen sind durch einen Suizid ums Leben gekommen (Lieb et al., 2004).

Selbstschädigendes Verhalten tritt bei einem Großteil der Borderline-Patienten auf, wobei viele bereits im Grundschulalter damit beginnen (Bohus & Kröger, 2011; Bohus & Schmahl, 2006). Unter dem Begriff des selbstschädigenden Verhaltens werden sämtliche Verhaltensweisen zusammengefasst, mit denen sich die Betroffenen selbst Schmerz oder Leid durch z.B. Schneiden, Verbrennen, Verätzen oder Schlagen zufügen. Verschiedenen Studien zufolge liegt der Anteil jener Patienten, die diese Verhaltensweisen anwenden, zwischen 80 und 90% (Bohus & Schmahl, 2006; Gunderson & Ridolfi, 2001, zitiert nach Hörz et al., 2010; Zanarini et al., 2008, zitiert nach Hörz et al., 2010). Vor allem das Erleben von Zurückweisung sowie die – für Borderline-Patienten typische – Angst vor dem Verlassen werden als charakteristische Auslösersituationen betrachtet (Herpertz et al., 2011).

Hinsichtlich des Motivs für selbstschädigendes Verhalten kann man zwischen verschiedenen Gruppen unterscheiden. Das wohl häufigste Motiv liegt darin, die intensiven und aversiven Zustände innerer Anspannung zu reduzieren (Bohus & Kröger, 2011; Bohus & Schmahl, 2006). Während dieser Phase ist die Schmerzempfindung der meisten PatientInnen vermindert, aber ungefähr 20% führen die selbstschädigenden Verhaltensweisen gerade aufgrund des intensiven Schmerzempfindens aus. Für eine dritte Gruppe entstehen durch das Selbstverletzen positive Gefühle, und es kommt bei diesen Patienten zu Euphorisierung und zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungen (Bohus &

Schmahl, 2006).

Heute gilt die reduzierte Schmerzsensitivität bei Borderline-Patienten als abgesicherter Befund und lässt sich bereits im Zustand der Entspannung nachweisen (Kuo & Linehan, 2009, zitiert nach Herpertz, 2011; Ludaescher et al., 2007, zitiert nach Fleischhaker & Schulz, 2011). Aufgrund eines erhöhten Stresslevels sowie dem zusätzlichen Auftreten einer dissoziativen Symptomatik kommt es zu einer weiteren Reduktion der Schmerzwahrnehmung, die sich auf neuronaler Ebene durch eine Veränderung der Aktivität der Amygdala und des Zingulums bemerkbar macht (Schmahl et al., 2006). Herpertz (2011) geht davon aus, dass Patienten, die impulsives sowie auto- oder fremdaggressives Verhalten aufweisen, über eine verminderte serotonerge Aktivität verfügen.

3.8. Intervention

Derzeit werden vor allem psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt (Bohus & Kröger, 2011; Lieb et al., 2004). Laut Bohus und Kröger (2011) stellt eine auf definierten Kriterien beruhende Diagnostik eine grundlegende Voraussetzung für eine Psychotherapie bei dieser Erkrankung dar. Weiters ist es laut den Autoren auch wichtig, eine zeitliche Begrenzung der Therapie vorzunehmen sowie die therapeutischen Rahmenbedingungen in einem Therapievertrag festzuhalten. Meist wird in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein multimodaler Ansatz verfolgt, bei dem verschiedene therapeutische Methoden wie Einzel- oder Gruppentherapie, pharmakologische Therapie sowie Krisenintervention eingesetzt werden (Bohus & Kröger, 2011).

Es werden vor allem vier evidenzbasierte Therapieprogramme zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung verwendet (Bohus & Kröger, 2011; Bohus & Schmahl, 2006):

- die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)
- die mentalisierungsbasierte Therapie (mentalization based therapy – MBT)
- die übertragungsfokussierte Therapie (transference focussed therapy – TFT)

➤ die Schematherapie

Auf diese verschiedenen Formen der Behandlung soll im Folgenden näher eingegangen werden.

3.8.1. Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT wurde von Marsha Linehan 1987 als ambulantes Therapieprogramm für Menschen, die die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen, aus der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) entwickelt, und mittlerweile wurde dieses Programm für stationäre Patienten modifiziert (Bohus et al., 2004; Kröger et al., 2006).

Die Therapie setzt sich aus folgenden Elementen zusammen (Bohus et al., 2004; Lieb et al., 2004):

- Strategien für ein Notfallmanagement
- Skills-Training, das auch Achtsamkeitstraining beinhaltet
- Verhaltensanalyse
- strukturierte Antwortprotokolle für suizidales und selbstschädigendes Verhalten

Die vorrangigen Ziele während der dreimonatigen Behandlung betreffen eine Reduktion des suizidalen Verhaltens, der selbstschädigenden Verhaltensweisen, jener Verhaltensweisen, die die Behandlung negativ beeinflussen, sowie eine Reduktion der Hospitalisierungsdauer (Bohus et al., 2004; Kröger & Kosfelder, 2007). Außerdem werden durch die Techniken der DBT der Selbstwert erhöht sowie das Selbstkonzept geklärt, wodurch auch die Identitätsproblematik verbessert wird (Roepke et al., 2011). So konnten Kröger und Kosfelder (2007) als auch Roepke und Kollegen (2011) signifikante Verbesserungen in den emotionalen und sozialen Selbstwertbereichen sowie eine Steigerung in den sozialen Kompetenzen feststellen.

In verschiedenen Studien (Bohus et al., 2000, 2004; Kröger et al., 2006) konnte die Überlegenheit dieses Therapieprogramms hinsichtlich verschiedener

krankheitsbezogener Bereiche gezeigt werden. Durch die Therapie kam es zu einer Reduzierung von Depression und Angst sowie des parasuizidalen Verhaltens (Bohus et al., 2004; Kröger et al., 2006; Roepke et al., 2011). Hinsichtlich der dissoziativen Symptomatik konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden (Bohus et al., 2004). Derzeit handelt es sich bei der DBT um die am häufigsten untersuchte Therapieform für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kliem, Kröger & Kosfelder, 2010), und es liegen Wirksamkeitsnachweise im ambulanten sowie stationären Bereich vor (Bohus & Schmahl, 2006).

3.8.2. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

In der MBT, die von Bateman und Fonagy entwickelt wurde, wird davon ausgegangen, dass Borderline-Patienten Schwierigkeiten haben, einen Zusammenhang zwischen den beobachtbaren Handlungen und den daraus resultierenden Absichten anderer Menschen herzustellen, und dass diese Problematik aus früheren Bindungsstörungen resultiert (Bohus & Kröger, 2011; Fonagy & Luyten, 2009). Aufgrund dieser Schwierigkeit ergeben sich häufig missverständliche Interaktionen, wodurch es zu einem Scheitern verschiedener zwischenmenschlicher Beziehungen kommt. Jene Probleme in der Mentalisierung werden ebenso für eine gestörte Affektregulation als auch für eine Störung der Impulskontrolle verantwortlich gemacht (Bohus & Kröger, 2011).

Die Theory of Mind (ToM) stellt den Ausgangspunkt der MBT dar, und die Autoren gehen davon aus, dass die Mutter-Kind-Interaktion einen starken Einfluss auf die Mentalisierung hat und sich durch frühe Störungen in diesem Bereich nur mangelhaft entwickeln kann. Die vorrangigen Behandlungsziele sind die Verbesserung der Affektregulation, im Speziellen die emotionsgesteuerte Interaktion, für die jedoch keine besonderen Fertigkeiten in der Therapie vermittelt werden (Bohus & Kröger, 2011).

Ein Nachteil der MBT besteht darin, dass sich die Wirksamkeit der Behandlung frühestens nach einer Behandlungsdauer von zwölf Monaten zeigt und sie daher für stationäre Behandlung nicht empfehlenswert ist (Bohus & Kröger, 2011). Laut Bohus und Schmahl (2006) gibt es für die MBT Wirksamkeitsnachweise als teilstationäre Langzeittherapie.

3.8.3. Schematherapie

Die Schematherapie wurde von J.E. Young aus der kognitiven Therapie für Persönlichkeitsstörungen nach A. Beck entwickelt. Young ging von der Annahme aus, dass sich kognitive Schemata vor allem in der Kindheit, aber auch im weiteren Leben aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen als auch Körperempfindungen entwickeln und das entsprechende Verhalten steuern. Die Aufgabe der Schemata besteht vor allem in der Sicherung der internen Konsistenz, sie wiederholen sich durch Steuerung von Aufmerksamkeit und Interpretation und stabilisieren sich im Laufe des Lebens (Bohus & Kröger, 2011). Die zentralen Ziele der Schematherapie bestehen darin, dass die Patienten ihre Fähigkeit, aktivierte Schemata zu erkennen, verbessern sowie die vorhandenen Schemata auf ihre Funktion im jeweiligen Kontext testen und sie wenn nötig modifizieren (Bohus & Kröger, 2011). Die Schematherapie ist eine manualisierte Therapie, die für Einzelsitzungen entwickelt wurde (Bohus & Kröger, 2011). Für diese Therapieform liegen Wirksamkeitsnachweise für eine dreijährige ambulante Behandlung vor (Bohus & Schmahl, 2006).

3.8.4. Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Diese Form der Psychotherapie beruht auf der Objektbeziehungstheorie von Kernberg und wurde in den 1980er Jahren konstruiert. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Auseinandersetzung mit dem Bereich der Übertragung im therapeutischen Kontakt. Es wird dabei von „fragmentierten Objektrepräsentanzen“ ausgegangen, die sich in der Therapie weiterentwickeln und dazu führen, dass die Anforderungen des Lebens besser gemeistert werden können (Bohus & Kröger, 2011).

3.8.5. Pharmakologische Behandlung

Viele Borderline-Patienten bekommen zusätzlich zur psychotherapeutischen Behandlung auch eine medikamentöse Therapie. Die Medikamente führen nicht nur dazu, dass sich die Patienten beruhigen, sondern erlauben diesen, wieder zu reflektieren, bevor sie agieren. Die medikamentöse Behandlung sollte so lange fortgesetzt werden, bis die Patienten wieder gelernt haben, sich selbst als auch ihr Leben zu managen (Lieb et al., 2004).

3.8.6. Ausblick

Gerade in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht noch keine Einigkeit darüber, welche die beste Methode zur Behandlung der Erkrankung darstellt. Eckert und Kollegen (2000) gehen davon aus, dass sich das Behandlungsangebot zukünftig weiter differenzieren wird und sich zunehmend mehr Behandlungseinrichtungen auf die Therapie von Borderline-Patienten spezialisieren werden, da die Borderline-Persönlichkeitsstörung die am häufigsten verbreitete aus dem Spektrum der Persönlichkeitsstörungen ist. Zukünftig sollte man sich auch auf Fragen nach der Wirkung der jeweiligen Behandlungsformen, der Prognose des Behandlungserfolgs als auch die Frage, welche Borderline-Patienten von welcher Therapieform am meisten profitieren, konzentrieren (Eckert et al., 2000).

4. Alexithymie

4.1. Entwicklung des Störungsbegriffs und Definition

Am Beginn der Alexithymieforschung wurde davon ausgegangen, dass es sich hierbei um eine Eigenschaft handelt, die vorwiegend bei Patienten mit

psychosomatischen Erkrankungen vorkommt (Grabe & Scheidt, 2009; Lang et al., 2011). Bereits 1948 erwähnte Ruesch Störungen des verbalen und symbolischen Ausdrucks, die vorwiegend bei Patienten mit Erkrankungen im psychosomatischen Bereich als auch bei chronischen Erkrankungen auftraten. Ruesch (1948) machte einen Stillstand in der Persönlichkeitsentwicklung für das Auftreten dieser Störungen verantwortlich und sah die „infantile Persönlichkeit“ als gemeinsames Merkmal der psychosomatischen Erkrankungen. In den 1950er Jahren meinten Kelman und Horney (zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009), dass ein fehlendes emotionales Bewusstsein sowie eine absente innere Wahrnehmung für ein schlechteres Ergebnis einer Psychotherapie verantwortlich sind. In den 1960er Jahren wurde von Marty und de M'Uzan (zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009) die Bezeichnung „pensée opératoire“ entwickelt, die einen operationalen Denkstil sowie einen Mangel an Fantasie bei körperlich erkrankten Patienten bezeichnen sollte.

Heute wird der Begriff der Alexithymie im Deutschen als „Gefühlsblindheit“ bezeichnet. Er wurde durch Sifneos geprägt, der darunter eine stabile Persönlichkeitseigenschaft verstand. Kennzeichnend für eine Alexithymie sind vor allem drei Merkmale, nämlich Schwierigkeiten beim Identifizieren eigener Gefühle, Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle gegenüber anderen Menschen zu beschreiben, sowie ein eingeschränktes Fantasieerleben und ein external orientierter Denkstil. Laut Taylor und Bagby (2004) bezeichnet eine Alexithymie ein Trait-Defizit, das das kognitive Verarbeiten von emotionalen Erfahrungen betrifft und wodurch es bei den betroffenen Personen zu einer eingeschränkten Fähigkeit hinsichtlich der Darstellung und Beschreibung emotionaler Erfahrungen kommt.

Laut Leweke, Bausch, Leichsenring, Walter und Stingl (2009) gehen verschiedene Autoren davon aus, dass hinter einer Alexithymie ein Defekt in der Affektregulation steckt und sie deshalb gehäuft bei Personen mit psychischen Störungen (z.B. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen usw.), aber auch bei Personen mit funktionalen und psychovegetativen Syndromen (z.B. chronisches Schmerzsyndrom, ulcerative Collitis, chronische Beschwerden des Gastrointestinaltrakt, sowie bei verschiedenen kardiovaskulären Erkrankungen) auftritt.

4.2. Auftretenshäufigkeit und Komorbidität der Alexithymie

Die Auftretenshäufigkeit von hohen Ausprägungen hinsichtlich alexithymer Merkmale wird in der deutschen Gesamtpopulation auf ungefähr 10% geschätzt (Dieris-Hierche, Milch, Kupfer, Leweke & Gieler, 2012; Grabe & Scheidt, 2009). Vor allem bei Patienten mit psychischen sowie psychosomatischen Krankheiten treten besonders hohe Prävalenzraten auf (Leweke & Bausch, 2009). Weiters wurde herausgefunden, dass Personen mit einem niedrigeren sozialen Status als auch Menschen, die alleine leben oder geschieden sind, höhere Alexithymiewerte aufweisen (Franz et al., 2008, zitiert nach Dieris-Hierche et al., 2012; Grabe & Scheidt, 2009). In einer Studie von Salminen und Kollegen (1999, zitiert nach Grabe & Scheidt, 2009) zeigte sich in der finnischen Allgemeinbevölkerung bei Männern ein fast doppelt so hoher Alexithymiewert (17%) als bei Frauen (10%).

Verschiedene Studien geben hohe Werte für einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und unterschiedlichen somatischen und psychischen Krankheiten an (Leweke & Bausch, 2009). Leweke und Bausch (2009) geben hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit einer Alexithymie bei chronischen somatischen Erkrankungen Werte zwischen 6 und 59% an. Für chronische psychische Erkrankungen führen die Autoren dieselben Werte an, wobei es bei Depressionen (32–46%), Essstörungen (24–77%) sowie bei Angststörungen (13–58%) zu einem häufigeren Auftreten kommt als bei Zwangsstörungen (11–14%) oder somatoformen Störungen (6–59%) (Leweke & Bausch, 2009).

In einer Studie von Loas und Kollegen (2012) wurden hohe Prävalenzraten von Alexithymie bei Borderline-Patienten gefunden, und die alexithymer Merkmale wurden als sekundäres Phänomen interpretiert. Die Autoren gingen davon aus, dass die Alexithymie das Ergebnis der vorhandenen depressiven sowie Angstsymptomatik ist und das Vorhandensein komorbider Persönlichkeitsstörungen die Stabilität der alexithymer Merkmale erhöht, wodurch die Annahme, dass es sich bei einer Alexithymie um eine stabile Persönlichkeitseigenschaft handelt, unterstützt wird. Auch andere Studien (vgl. z.B. Tolmunen et al., 2011) kamen zu dem Ergebnis, dass es sich bei Alexithymie um eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft handelt.

Besonders wichtig erscheint auch die Abgrenzung der Alexithymie von einer psychiatrischen Störung (Swiller, 1988, zitiert nach Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2011), da es sich eher um eine besondere Art des Denkens und Fühlens handelt, die häufig bei Personen mit verschiedensten psychiatrischen Diagnosen auftritt. Außerdem handelt es sich bei Alexithymie um ein normalverteiltes Konstrukt mit unterschiedlichen Schweregraden, bei dem nicht nur das Vorliegen beziehungsweise Nicht-Vorliegen entscheidend ist, sondern vielmehr die unterschiedliche Ausprägung (Grabe & Scheidt, 2009; Ogrodniczuk et al., 2011).

Aktuell liegt der Schwerpunkt in der Alexithymieforschung auf dem Zusammenwirken von psychischen Störungen und Alexithymie sowie den Auswirkungen dieses gemeinsamen Auftretens auf das Ergebnis einer Psychotherapie (Taylor & Bagby, 2004).

4.3. Ätiologie der Alexithymie

Wie bei vielen Erkrankungen findet man auch im Hinblick auf die Entstehung einer Alexithymie unterschiedliche Konzepte (Stingl et al., 2008). Grabe und Rufer (2009) betonen, dass sich die verschiedenen Konzepte hinsichtlich der Entstehung nicht gegenseitig ausschließen müssen, sondern dass die unterschiedlichen Annahmen durchaus in ein multifaktorielles Modell integriert werden könnten.

4.3.1. Neurobiologie der Alexithymie

Auch in der Alexithymieforschung besteht die Annahme, dass veränderte Hirnfunktionen, die mit der kognitiven Verarbeitung von emotionalen Informationen in Verbindung stehen, mit der Entstehung einer Alexithymie zusammenhängen. In verschiedenen Untersuchungen konnten bei Patienten mit alexithymen Merkmalen Hinweise auf eine unterschiedliche kortikale Organisation, wie eine veränderte Informationsübertragung zwischen rechter und linker Gehirnhälfte, gefunden werden. Mittels bildgebender Verfahren konnten Veränderungen in der neuronalen

Verarbeitung von Emotionen vor allem in kortikalen Hirnarealen, die in enger Verbindung mit subkortikalen Emotionszentren stehen, gefunden werden (Grabe & Rufer, 2009).

4.3.2. Genetische Faktoren

In Familien- als auch Zwillingsstudien konnten klare Belege für eine genetische Vulnerabilität bei alexithymen Menschen gefunden werden (Grabe & Rufer, 2009). In einer Zwillingsstudie von Jørgensen, Zachariae, Skytthe und Kyrik (2007) konnte eine deutlich höhere Übereinstimmung hinsichtlich der drei Kernmerkmale einer Alexithymie (Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben, sowie ein extern orientierter Denkstil) bei monozygoten Zwillingspaaren gefunden werden. In dieser Studie wurde die Vererbbarkeit einer Alexithymie auf 30 bis 33% geschätzt, und es wurde davon ausgegangen, dass ungefähr 70% durch individuelle Umweltfaktoren bedingt sind (Jørgensen et al., 2007).

4.3.3. Psychophysiologische Faktoren

Da alexithyme Merkmale besonders häufig in Patientengruppen mit somatischen Erkrankungen vorzukommen scheinen, wurde davon ausgegangen, dass es bei diesen Personen zu einer Übererregung des vegetativen Nervensystems kommt (Schäfer & Franz, 2009). Um diese Annahmen belegen zu können, wurden zwei Konzepte entwickelt: einerseits die *Emotional Discharge Theory (EDT)*, in der davon ausgegangen wurde, dass es durch die Schwierigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und diese zu kommunizieren, zu einer physiologisch-vegetativen Dysregulation, also einer Übererregung, kommt (Cacioppo et al., 1992; Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Roedema & Simons, 1999, zitiert nach Schäfer & Franz, 2009). In dieser Theorie wird angenommen, dass Emotionen zu einer Aktivierung des Affektsystems führen und entweder direkt „entladen“ oder indirekt ausgedrückt werden können. Laut diesem Konzept sollte sich bei alexithymen Menschen während emotionaler Belastung eine erhöhte sympathische Aktivität zeigen, da diese Personen Probleme mit dem emotionalen Ausdruck haben (Schäfer &

Franz, 2009).

Das zweite Modell geht von der Annahme aus, dass es sich bei Emotionen um das Ergebnis einer kognitiven Bewertung handelt (Schäfer & Franz, 2009). Auf dieser Annahme sowie auf der EDT und der kognitiven Emotionstheorie (Lazarus, 1982; Lazarus, Averil & Opton, 1971, zitiert nach Schäfer & Franz, 2009) aufbauend erarbeiteten Martin und Pihl (1986, zitiert nach Schäfer & Franz, 2009) ein kognitiv-verhaltenstheoretisches, handlungsregulatorisches Stressmodell. In diesem Modell wird die Alexithymie als eine Prädisposition für die Entstehung stressbedingter Erkrankungen gesehen, und durch die Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen kann es bei alexithymen Menschen zu keiner adäquaten Bewältigung der emotionalen Belastung kommen. Diese Unfähigkeit wird auf eine mangelnde Ausdifferenzierung kognitiver Schemata zurückgeführt (Schäfer & Franz, 2009).

4.3.4. Aspekte der Informationsverarbeitung

Eine weitere Annahme in Bezug auf die Entstehung einer Alexithymie geht davon aus, dass die Affektregulation auf verschiedenen Ebenen der kortikalen sowie subkortikalen Verarbeitung von Reizen durch eine Beeinträchtigung des neuronalen Signaltransfers zwischen den beteiligten Gehirnbereichen gestört sein könnte. Diese Annahme wird unter dem Begriff der Dyskonnektivitätshypothese geführt (Schäfer & Franz, 2009).

4.4. Alexithymie und Psychotherapie

In der Alexithymieforschung wurde von Beginn an die Bedeutung der Alexithymie für die Psychotherapie unterstrichen. In verschiedenen Studien (Ogrudniczuk et al., 2011; Sifneos, 1973; Taylor & Bagby, 2004, zitiert nach Rufer & Grabe, 2009) kam man zu dem Ergebnis, dass das Vorliegen einer Alexithymie einen negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg einer Psychotherapie hat. Als Gründe für diese Annahme werden vor allem verminderte oder nicht bestehende Introspektionsfähigkeit sowie mangelndes Interesse für introspektive kognitive

Aktivitäten angeführt (Rufer & Grabe, 2009).

Patienten, die alexithyme Merkmale aufweisen, sind ebenso empfänglich für eine Psychotherapie wie nicht-alexithyme Patienten, jedoch scheinen sie einen nicht so großen Nutzen daraus zu erlangen (Ogrudniczuk et al., 2011). Da es für alexithyme Patienten ein großes Problem darstellt, ihre Gefühle zu erkennen, zu differenzieren und gegenüber anderen Menschen auszudrücken, fällt es ihnen vermutlich auch schwer, genau dieses in einer Psychotherapie umzusetzen und sich auf die Therapie einzulassen (Ogrudniczuk et al., 2011; Vanheule, Verhaeghe & Desmet, 2011). Genau diese Problematik sollte in der Planung als auch Durchführung der Therapie bedacht werden (Rufer & Grabe, 2009).

Laut Rufer und Grabe (2009) zeigten einige Studien (z.B. Grabe et al., 2008) eine signifikante Verbesserung einiger alexithymer Merkmale nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung. Dennoch erweist sich die momentane Datenlage in diesem Bereich als relativ unbefriedigend, da meist ein Vergleich zwischen psychodynamischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien angestellt wird, wobei erstere meist aus gemischten Patientengruppen mit verschiedenen DSM-Achse-I- sowie Achse-II-Störungen bestehen und es sich bei zweiten vor allem um störungsspezifische Therapieansätze handelt. Da auch meistens sehr unterschiedliche Untersuchungsinstrumente zur Ergebnismessung eingesetzt werden, besteht in diesem Bereich weiterhin dringender Forschungsbedarf. Für zukünftige Untersuchungen in diesem Bereich wäre es besonders interessant, kontrollierte Studien, in denen psychodynamische mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen verglichen werden, durchzuführen (Rufer & Grabe, 2009).

Laut Taylor (1976) werden alexithyme Patienten von den Therapeuten häufig als abgestumpft, langweilig und frustrierend empfunden, da sie durch ihre Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken, dem Therapeuten das Gefühl geben, dass seine Arbeit wenig effektiv ist. Als Gegenreaktion könnte es beim Therapeuten zu Gefühlen der Frustration, Abneigung und Verachtung dem Patienten gegenüber kommen, wodurch ein frühzeitiger Abbruch beider Seiten sehr wahrscheinlich wird (Ogrudniczuk et al., 2011). Ogrudniczuk und Kollegen (2011) gehen aufgrund dieser Ergebnisse davon aus, dass die Reaktion des Therapeuten einen wichtigen Verbindungsmechanismus zwischen einer Alexithymie und dem Ergebnis einer

Psychotherapie darstellt. Besonders wichtig ist es hierbei, die eingeschränkte Fähigkeit in der Kommunikation und Wahrnehmung ihrer Gefühle nicht als verminderte Motivation der Patienten zu betrachten (Rufer & Grabe, 2009).

Vor allem in einer Gruppentherapie scheinen Patienten mit hohem Alexithymieniveau schlechter abzuschneiden, da sie sich aufgrund ihrer Unfähigkeit, Gefühle zu kommunizieren, weniger einbringen und deshalb vom Therapeuten weniger positiv eingeschätzt werden (Ogrudniczuk et al., 2011; Vanheule et al., 2011). Die geringere Wertschätzung des Therapeuten kann sich in unterschiedlicher Weise zeigen, wodurch der Patient wiederum die Therapie negativer einschätzt und wodurch auch das Ergebnis der Therapie negativ beeinflusst wird (Ogrudniczuk et al., 2011).

Deshalb werden von Rufer und Grabe (2009) alternative Ansätze in der Behandlung alexithymer Patienten vorgeschlagen, bei denen nicht von Beginn an die verbale Äußerung der Patienten im Vordergrund steht. Laut den Autoren wäre ein möglicher unkonventioneller Ansatz die kommunikative Bewegungstherapie, in der die Patienten einen besseren kognitiven Zugang zu ihren Gefühlen bekommen, indem körperliche Ereignisse anschließend verbal bearbeitet werden. Der Einsatz von Beschwerdetagebüchern sowie das Erlernen von Entspannungstechniken, wie zum Beispiel progressive Muskelrelaxation, kann hilfreich sein, um eine Unterscheidung zwischen Gefühlen und somatischen Ereignissen zu erleichtern (Rufer & Grabe, 2009).

5. Planung und Durchführung der Studie

5.1. Studiendesign

Um eine Behandlung an der Psychotherapiestation oder der Tagesklinik des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik bekommen zu können, müssen Patienten sich zuvor telefonisch anmelden. Bei dieser ersten Kontaktaufnahme mit der Institution wurden sie über die derzeit laufende Studie informiert und gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, an der Erhebung teilzunehmen.

Wenn Patienten mit der Teilnahme einverstanden waren, wurde ihnen eine Fragebogenbatterie sowie eine Einverständniserklärung bezüglich der freiwilligen Teilnahme per Post zugesandt (t_0).

Patienten, die die Fragebogenbatterie zugesandt bekommen haben, aber nicht zur Aufnahme erschienen, weil z.B. keine Indikation bestand, kein Interesse am Aufenthalt vorhanden war oder ein anderes therapeutisches Angebot bereits genutzt wurde, bekamen zu einem zweiten Zeitpunkt, der mindestens sechs Wochen später war (t_1), wiederum die Fragebogenbatterie zugesandt. Nach Rücksendung der Fragebogenbatterie bildeten diese Patienten die Kontrollgruppe. Diese Patienten haben keine Behandlung am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik erhalten, waren jedoch teilweise bei niedergelassenen Ärzten in Behandlung. Personen, die die Kriterien der Kontrollgruppe erfüllt hatten, konnten Teil der Versuchsgruppe werden, wenn eine Latenz von vier Wochen nach dem Ausfüllen der Testbatterie zum Zeitpunkt t_1 eingehalten wurde. Das Vorstellungsgespräch fand dann erst zu diesem Zeitpunkt statt.

Die Patienten der Versuchsgruppe wurden bei der Aufnahme auf der Station oder der Tagesklinik ebenfalls über die Studie informiert, und die Fragebogenbatterie wurde in der Aufnahmewoche, zu einem Termin, der vorher mit den Patienten ausgemacht wurde, zur Bearbeitung vorgelegt. Dieser entsprach dem Zeitpunkt t_0' für die Patienten von Pavillon 2 und dem Zeitpunkt t_0'' für die Patienten der Tagesklinik. In der Entlassungswoche – nach ca. 12 Wochen – wurde die Fragebogenbatterie neuerlich zur Bearbeitung vorgelegt. Dies entsprach dem Zeitpunkt t_1' für die Station beziehungsweise t_1'' für die Tagesklinik.

Patienten, die mit einer kurzen Latenz von maximal zwei bis drei Wochen von der Psychotherapiestation in die Tagesklinik wechselten, wurde die Fragebogenbatterie erst bei der Entlassung aus der Tagesklinik wiederum vorgegeben. Dies entsprach dem Zeitpunkt t_2 .

Sollte der Wechsel von der Station in die Tagesklinik länger als zwei bis drei Wochen dauern, bekamen die Patienten den Fragebogen bei der Entlassung aus der Station zum Zeitpunkt t_1' und ein weiteres Mal bei der Aufnahme in die Tagesklinik vorgelegt (t_0''). Hier wurden die Behandlungen wie zwei unterschiedliche Therapien gewertet (siehe Abbildung 7).

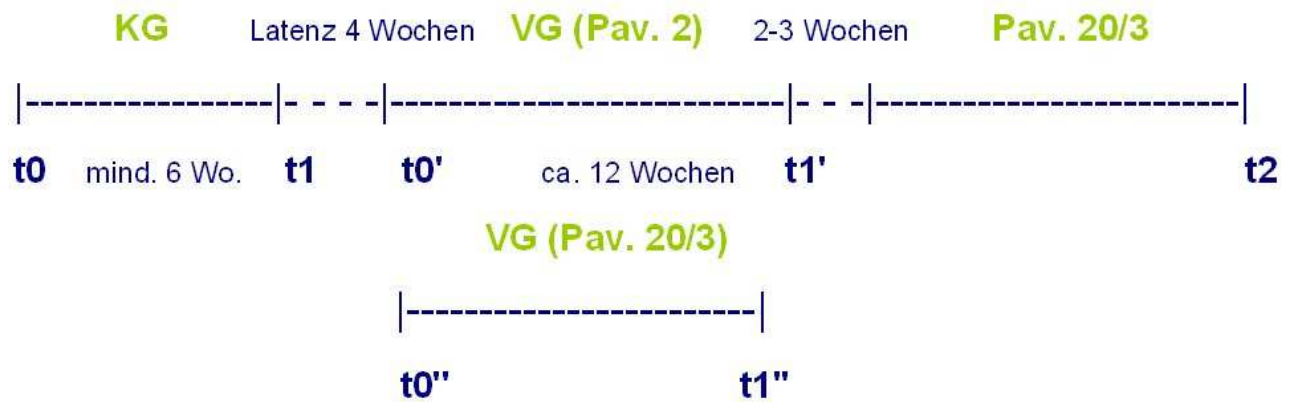


Abbildung 7: Graphische Darstellung des Studiendesigns.

5.2. Beschreibung der Institution

5.2.1. Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartnerhöhe

Das Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik im Otto-Wagner-Spital im 14. Wiener Gemeindebezirk ist Teil des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartnerhöhe und gehört zur ersten Psychiatrischen Abteilung. Es handelt sich hierbei um eine Spezialabteilung innerhalb der Psychiatrie mit einem überregionalen Versorgungsauftrag, der sich an Menschen mit komplexen psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbildern richtet. Je nach Bedarf erhalten die Patienten eine stationäre und/oder tagesklinische Behandlung.

Das Team des Zentrums arbeitet methodenintegrativ auf einer beziehungsorientierten Basis. Zur Auswahl der Methoden und Techniken werden tiefenpsychologische, systemische, humanistische und verhaltenstherapeutische Ansätze herangezogen, um je nach Individuum und Störung die effektivste Behandlung anzubieten. Das Angebot des Zentrums richtet sich an Menschen, die sowohl an körperlichen Erkrankungen als auch komorbiden psychischen Störungen leiden, wie z.B. somatoforme Störungen, Traumafolgestörungen, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus aber auch an Menschen, die vorrangig an psychischen Beeinträchtigungen wie affektiven oder schizophrenen Erkrankungen leiden.

Als Aufnahmekriterien gelten Freiwilligkeit und Eigenverantwortung der Patienten sowie ihre Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit und Reflexion. Weiters sollte vor der Aufnahme bereits eine Abklärung organischer Beschwerden erfolgt sein, und die Patienten sollten über eine aufrechte Wohnmöglichkeit verfügen. Ausgeschlossen von einer Therapie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik sind Menschen, die eine Suchtproblematik oder eine erhebliche kognitive Beeinträchtigung aufweisen, bei denen akute Suizidgefahr besteht oder die hochpsychotische Zustandsbilder aufweisen. Weiters kann Patienten, bei denen die somatische Problematik oder ein laufendes Pensionsverfahren im Vordergrund stehen, keine Behandlung angeboten werden. Auch Patienten, bei denen Hospitalisierungsgefahr besteht oder eine ausgeprägte Regressionsneigung gegeben ist, sind von der Behandlung ausgeschlossen. Falls eines oder mehrere der Aufnahmekriterien nicht erfüllt werden können oder Ausschlusskriterien vorhanden sind, können den Patienten Aufgaben gestellt werden, nach deren Erfüllung sie sich nochmals vorstellen können.

Der Therapieaufenthalt beginnt mit einer zwei- oder auch mehrwöchigen Probephase, in der abzuklären ist, ob die Therapie für den jeweiligen Patienten passend ist. Die Behandlungsdauer ist vorerst auf 12 Wochen auf der Station oder Tagesklinik beschränkt, wobei es bei manchen Patienten auch zu einer längeren Verweildauer – meist aufgrund ihrer speziellen Erkrankung – kommen kann. Wenn dies der Fall ist, wird die Behandlung häufig als Intervallbehandlung durchgeführt. Weiters ist es auch möglich, im Anschluss an eine stationäre Therapie die Behandlung im tagesklinischen Setting weiterzuführen.

Durch die Behandlung am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik soll ein besseres Verständnis der jeweiligen Störung und ein besserer Umgang mit der jeweiligen Problematik erlangt werden. Weiters sollen Ressourcen aktiviert und Zukunftsperspektiven entwickelt werden. Ein wichtiges Ziel der Therapie ist auch, dass die Patienten ein größeres Maß an Autonomie und Selbstverantwortung durch eine bessere Strukturierung des Alltags sowie eine Verbesserung der Handlungs- und Leistungsfähigkeit erlangen. Die Behandlung soll zusätzlich zu einer Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Allgemeinzustandes sowie einem besseren Umgang mit etwaigen körperlichen Erkrankungen und Risikofaktoren führen (Homepage des OWS, 2012; Rießland-Seifert et al., 2010).

5.2.2. Therapieinhalte

Das therapeutische Angebot besteht aus einem Basistherapieprogramm, das für alle Patienten des Zentrums gilt. Dieses setzt sich aus folgenden Therapien zusammen:

- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- ärztliche Behandlung
- Bezugspflege
- handlungsorientierte Therapien (Ergo- oder Arbeitstherapie)
- Physiotherapie im Einzel- oder Gruppensetting
- kreative Therapien (Musik-, Kunst- und/oder Gestaltungstherapie)
- Sozialarbeit

Weitere schwerpunktspezifische Angebote sind die Stresstoleranzgruppe sowie die Umgang-mit-Gefühlen-Gruppe, die beide auf Basis der Dialektisch-Behavioralen Therapie konzipiert sind. Die Schwerpunkte wurden hier auf die Module zur Achtsamkeit und Stresstoleranz bzw. das Wissen über und den Umgang mit Gefühlen, Verringerung emotionaler Vulnerabilität sowie einer Verbesserung des Selbstwertgefühls gelegt.

5.3. Verfahren

Die Instrumente wurden in gemeinsamer Zusammenarbeit der Therapeuten und Ärzte der Psychotherapiestation und der Tagesklinik sowie mit der Unterstützung des Evaluationsverantwortlichen ausgewählt. Insgesamt gab es vier unterschiedliche Fragebogenbatterieformen, die aus einem Grundgerüst sowie zusätzlichen Fragen bestanden. Das Grundgerüst setzte sich aus den soziodemographischen Daten, dem Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), dem Beck Depressions-Inventar (BDI-II), der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) sowie dem Brief Symptom Inventory (BSI) zusammen. Die Borderline-Symptom-Liste (BSL-23) und der Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen (DES-

II) wurden nur Personen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgegeben. Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) wurde nur den Patienten der Versuchsgruppe am Ende der Behandlung vorgelegt, um eine subjektive Einschätzung hinsichtlich der Behandlung zu erhalten. Die Visuellen Analogskalen (VAS) wurden von den Therapeuten am Beginn als auch am Ende der Behandlung ausgefüllt, um eine objektive Einschätzung bezüglich der Behandlung zu bekommen.

Das Deckblatt der Fragebogenbatterie bestand aus einer genauen Instruktion, die die Bearbeitung des Bogens erläutern sollte. Ebenso wurde den Patienten darin nochmals versichert, dass ihre Daten streng vertraulich behandelt und nur für Forschungszwecke verwendet werden.

Zu Beginn der Fragebogenbatterie wurden folgende soziodemographische Daten erhoben:

1. höchste abgeschlossene Schulbildung
2. aktuelle Arbeitssituation
3. aktuelles Einkommen
4. Wohnsituation
5. Familie/LebenspartnerIn
6. körperliche und psychische Erkrankungen
7. Erstauftreten der Probleme
8. Alkohol- und Drogenkonsum
9. Medikamenteneinnahme
10. sportliche Aktivitäten

5.3.1. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Mit dem Fragebogen zum Gesundheitszustand (Short Form 36; SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998) wurde die subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben. Mithilfe der Items sollte die Einschätzung der Patienten hinsichtlich sozialer, psychischer, körperlicher sowie alltagsnaher Aspekte von

Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit erfasst werden (Bullinger, 2000).

Der Fragebogen besteht aus 36 Items, die zu folgenden acht Skalen zusammengefasst werden können:

- ✧ körperliche Funktionsfähigkeit
- ✧ körperliche Rollenfunktion
- ✧ körperliche Schmerzen
- ✧ allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- ✧ Vitalität
- ✧ soziale Funktionsfähigkeit
- ✧ emotionale Rollenfunktion
- ✧ psychisches Wohlbefinden

Aus diesen acht Skalen erfolgt weiters eine Unterteilung in körperliche und psychische Gesundheit, für die jeweils vier der Skalen zusammengefasst werden. Die körperliche Gesundheit setzt sich zusammen aus den Unterskalen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung. Für die Skala der psychischen Gesundheit werden die Subskalen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion sowie psychisches Wohlbefinden zusammengefasst.

Bei diesem Fragebogen gibt es kein einheitliches Antwortformat. Manche der Fragen werden einfach mit „ja“ oder „nein“ beantwortet, andere können auf einer bis zu sechsstufigen Likertskala eingeschätzt werden.

5.3.1.1. Itembeispiele

Am Beginn dieses Teil des Fragebogens erhielten die Patienten folgende Einleitung:

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
Mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

5.3.1.2. Testtheoretische Gütekriterien

Die Auswertungs-, Durchführungs- sowie Interpretationsobjektivität kann als gegeben betrachtet werden.

5.3.1.2.1. Reliabilität

Hinsichtlich der internen Konsistenz (Cronbach's α) werden für die Skala „körperliche Funktionsfähigkeit“ für gesunde als auch kranke Personen Werte zwischen 0,77 und 0,93 berichtet. Für die Skala „körperliche Rollenfunktion“ liegen diese Werte zwischen 0,74 und 0,89, für die Skala „körperliche Schmerzen“ zwischen 0,73 und 0,85, für die Skala „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ liegt der Wertebereich zwischen 0,57 und 0,75 sowie für die Skala „Vitalität“ zwischen 0,78 und 0,84. Bezüglich der Skala „soziale Funktionsfähigkeit“ liegen die internen Konsistenzwerte zwischen 0,64 und 0,88, für die Skala „emotionale Rollenfunktion“ zwischen 0,77 und 0,94, und für die Skala „psychisches Wohlbefinden“ werden Werte zwischen 0,78 und 0,88 angegeben (Bullinger & Kirchberger, 1998; Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995).

5.3.1.2.2. Validität

Die Formulierung der Fragen hinsichtlich Verständlichkeit und Relevanz wurde ebenso wie die Zeit, die zum Ausfüllen benötigt wird, als positiv bewertet. Auch für

ältere und multimorbide Personen gab es diesbezüglich eine positive Beurteilung (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der Anteil der Items, die mit der eigenen Skala signifikant höher korrelieren als mit anderen Skalen, liegt für die Skalen der SF-36 zwischen 70% und 100% (Bullinger, 1995; Bullinger et al., 1995).

5.3.2. Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

Um die Ausprägung einer Alexithymie zu erheben, wurde die Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994) vorgegeben, bei der es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren handelt. Die ursprüngliche Version bestand aus 26 Items, die in der revidierten Version auf 20 Items reduziert wurden. Die Items sollen auf einer fünf-stufigen Likertskala eingeschätzt werden. Die Items können zu folgenden drei Skalen zusammengefasst werden:

- ✧ Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
- ✧ Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
- ✧ extern orientierter Denkstil

Aus diesen drei Skalen kann durch Zusammenfassung aller Items ein Gesamtwert für die Ausprägung einer Alexithymie gebildet werden. Die Gesamtskala wird vor allem verwendet, um eine Unterteilung der PatientInnen in hoch- und niedrig-alexithyme Personen vorzunehmen. Die Gesamtwerte werden folgenden Skalen zugeordnet: Werte ≥ 61 bedeuten, dass die Patienten deutliche alexithyme Merkmale aufweisen, Werte zwischen 53 und 60 deuten auf eine mittlere Ausprägung alexithymer Merkmale hin, und Werte ≤ 52 bedeuten, dass vermutlich keine Alexithymie vorhanden ist.

5.3.2.1. Itembeispiele

Am Beginn dieses Fragebogenteils erhielten die Patienten folgende Instruktion:
Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden zwanzig Aussagen auf Sie zutreffen:

	Überhaupt nicht	selten	Teilweise, teilweise nicht	oft	immer
Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe	☐	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir leicht meine Gefühle zu beschreiben	☐	☐	☐	☐	☐
Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen	☐	☐	☐	☐	☐
Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich jemandem sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.2.2. Gütekriterien

Für die TAS-20 wurde durch standardisierte Selbstbeurteilung eine relativ hohe Objektivität erlangt (Franz, Schneider, Schäfer, Schmitz & Zweyer, 2001).

Die Split-Half-Reliabilität in der deutschen Version der TAS-20 liegt zwischen 0,60 und 0,76. Diese Werte sind mit jenen der englischen Originalversion sowie den Ergebnissen verschiedener Studentengruppen vergleichbar. Für die Retest-Reliabilität nach einer Woche wurde ein Wert von 0,71 berichtet (Bach, Bach, De Zwaan, Serim & Böhmer, 1996).

In verschiedenen Untersuchungen von Bagby, Taylor und Atkinson (1988) sowie Taylor und Kollegen (1988) konnte sowohl die divergente Validität als auch die Kriteriumsvalidität des Fragebogens belegt werden.

5.3.3. Beck Depressions-Inventar – Revision (BDI-II)

Zur Beurteilung des Schweregrades der depressiven Symptomatik wurde die revidierte Version des Beck Depressions-Inventars (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; dt. Version Hautzinger, Keller & Kühner, 2009) eingesetzt. Für die revidierte

Fassung wurden Items gestrichen und durch neue ersetzt, um auch typische Symptome einer schweren Depression als auch jene Diagnosekriterien anzusprechen, die zu einer Klinikeinweisung führen. Das Hauptanliegen war hierbei eine Verbesserung der inhaltlichen Validität durch die Aufnahme diagnoserelevanter Items und Ausschluss irrelevanter Items (Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007). Das BDI-II ist eines der gängigsten Selbstbeurteilungsinventare, um den Schweregrad einer Depression zu erfassen, und besteht aus 21 Items. Mithilfe der Items werden folgende Eigenschaften erfasst: Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust an sexuellen Interessen (Hautzinger et al., 2009). Die Bewertung der verschiedenen Items erfolgt auf einer vierstufigen Skala, die von 0 bis 3 reicht, und durch Addition der angekreuzten Aussagen ergibt sich ein Gesamtsummenwert, der Werte zwischen 0 und 63 annehmen kann. Je höher der Wert ist, umso depressiver ist die Stimmung des Patienten. Der Schweregrad der Depression wird anhand des Summenwertes festgestellt, es erfolgt die Einteilung in keine (0–8), minimale (9–13), leichte (14–19), mittelschwere (20–28) und schwere (29–63) Depression (Hautzinger et al., 2009).

5.3.3.1. Itembeispiele

Vor den eigentlichen Fragen erhielten die Patienten folgende Instruktion, die die Vorgangsweise der Bearbeitung erläutern sollte:

*Sie finden nachstehend 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer*

Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Bitte achten Sie darauf, dass Sie in jeder Gruppe nur eine Aussage ankreuzen.

- Traurigkeit:**
- 0** Ich bin nicht traurig
 - 1** ich bin oft traurig
 - 2** ich bin ständig traurig
 - 3** Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

Entschlussunfähigkeit:

- 0** Ich bin so entschlossfreudig wie immer
- 1** Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 2** Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 3** Ich habe Mühe überhaupt Entscheidungen zu treffen

Konzentrationsschwierigkeiten:

- 0** Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer
- 1** Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst
- 2** Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren
- 3** Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren

5.3.3.2. Gütekriterien

Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist gegeben. Die Werte der internen Konsistenz (Cronbach's α) lagen in psychiatrischen Stichproben im Bereich 0,89 bis 0,94, in nicht-klinischen Stichproben zwischen

0,84 und 0,91. Die Retest-Reliabilität liegt in nicht-klinischen Stichproben bei $r \geq 0,75$.

Im BDI-II sind alle relevanten Kriterien einer Depression nach DSM-IV enthalten, wodurch die inhaltliche Validität und damit die diagnostische Güte des Verfahrens als gegeben betrachtet werden kann (Kühner et al., 2007). Das BDI-II zeigt eine hohe Übereinstimmung mit anderen Selbstbeurteilungsverfahren zur Depressivität. Der Summenwert des Verfahrens differenziert gut zwischen depressiven und nicht-depressiven Patienten sowie zwischen verschiedenen Schweregraden einer Depression (Kühner et al., 2007).

5.3.4. Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993)

Das BSI ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, mit dem die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst werden soll. Es handelt sich dabei um die Kurzversion der Symptom Check List (SCL-90; Derogatis, 1975). Der Fragebogen besteht aus 53 Items, die zu folgenden neun Symptomdimensionen zusammengefasst werden: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus.

Die Bewertung der Items erfolgt auf einer fünf-stufigen Likert-Skala, wobei der Wert 0 für „überhaupt nicht“ und der Wert 4 für „sehr stark“ steht. Die jeweilige Einschätzung beschreibt die Intensität der Beeinträchtigung in den letzten sieben Tagen. Anhand der Beurteilung der neun Skalen können zusätzlich drei globale Maße berechnet werden: der Global Severity Index (GSI), der Positive Symptom Distress Index (PSDI) und der Positive Symptom Total (PST). Diese drei globalen Werte messen das Ausmaß der Symptomatik, die Intensität der Symptome sowie die Anzahl der berichteten Symptome in der Gegenwart als auch der Vergangenheit.

5.3.4.1. Itembeispiele

Vor den eigentlichen Fragen bekamen die Patienten folgende Instruktion, die ihnen das Ausfüllen erleichtern sollte:

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem in den letzten 7 Tagen belastet hat.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Nervosität oder innerem Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
Schlechtem Appetit	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Leere im Kopf	☐	☐	☐	☐	☐
Schuldgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.4.2. Gütekriterien

Die Autoren berichten gute Werte für die interne Konsistenz (Cronbach's α) für alle neun Skalen, wobei die Werte zwischen 0,71 für Psychotizismus und 0,85 für Depression variieren. Für die drei globalen Maße wurden keine Werte für die interne Konsistenz berichtet.

Die Retest-Reliabilität der neun Dimensionsskalen weist Werte zwischen 0,68 für Somatisierung und 0,91 für phobische Angst auf. Die Werte der drei Globalmaße

liegen zwischen 0,87 (PSDI) und 0,90 (GSI) (Derogatis, 1993).

5.3.5. Dissociative Experiences Scale (DES-II; Bernstein-Carlson & Putnam, 1986)

Die DES-II ist ein einfaches und leicht durchführbares Screening-Instrument, das zur quantitativen Erfassung von dissoziativen Phänomenen verwendet wird (Spitzer, Stieglitz & Freyberger, 2005). In dieser Untersuchung wurde der Fragebogen nur jenen Patienten zur Bearbeitung vorgelegt, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten, da dissoziative Symptome häufig gemeinsam mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten.

Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen kann zur dimensional Diagnostik dissoziativer Störungen, aber auch zur Erfassung der dissoziativen Symptomatik bei anderen Störungen wie zum Beispiel Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung usw. eingesetzt werden.

Die DES-II besteht aus 28 Items, von denen jedes einzelne hinsichtlich des Zutreffens auf einem Spektrum von 0 bis 100 bewertet werden soll. Zur Auswertung werden die angekreuzten Prozentwerte addiert und durch die Anzahl der beantworteten Fragen dividiert.

5.3.5.1. Itembeispiele

Um den Patienten die Bearbeitung dieses Fragebogenteils zu erläutern, erhielten sie folgende Instruktion:

Sie finden nachstehend Erfahrungen, die Sie möglicherweise in Ihrem Alltag erleben. Wir fragen danach, wie oft Sie solche Erfahrungen machen. Wichtig ist dabei, wie oft dies der Fall ist, ohne dass Sie unter dem Einfluss von Alkohol oder

Drogen sind. Um die Fragen zu beantworten, entscheiden Sie bitte, inwieweit eine Frage auf Sie zutrifft und machen Sie einen Kreis um die Zahl, um zu zeigen, in wieviel Prozent Ihrer Zeit Sie diese Erfahrung machen.

1. Manche Menschen erleben ein Gefühl, wie wenn ihr Körper nicht zu ihnen zu gehören scheint.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Manche Menschen sitzen manchmal nur da und starren in die Luft, ohne dass sie an irgendetwas denken oder bemerken wie die Zeit vergeht.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Manche Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren Sachen, die von ihnen stammen müssten. Sie erinnern sich aber nicht mehr, sie angefertigt zu haben.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5.3.5.2. Gütekriterien

Für die interne Konsistenz (Cronbach's α) wurde für den Gesamttest ein Wert von 0,94 berichtet. Für die verschiedenen Subskalen wurden Werte zwischen 0,77 und 0,82 angegeben.

Für den Gesamttest liegt die Retest-Reliabilität nach einem Intervall von zwei Wochen bei einem Wert von 0,82. Für die einzelnen Subskalen liegen die Werte zwischen 0,58 und 0,83 (Spitzer et al., 2005).

5.3.6. Borderline-Symptom-Liste (BSL-23; Bohus et al., 2009)

Die BSL-23 ist eine Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste-95 (Bohus et al., 2001), mit der die aktuelle psychische Befindlichkeit von Borderline-Patienten in der letzten Woche erfasst werden soll. Die Kurzform wurde entwickelt, um die

Belastung der Patienten zu reduzieren sowie die Auswertungszeit zu verkürzen (Wolf et al., 2009). Dieser Fragebogen wurde nur jenen Patienten vorgelegt, die die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hatten. Das Selbstbeurteilungsverfahren besteht aus 23 Items, einer visuellen Analogskala und 11 Zusatzfragen, die das Ausmaß aktueller dysfunktionaler Verhaltensweisen erfassen. Die Items können anhand einer vier-stufigen Skala bewertet werden, wobei 0 für überhaupt nicht und 4 für sehr stark steht.

5.3.6.1. Itembeispiele

Vor den 23 Hauptfragen erhielten die Patienten folgende Instruktion, die die Bearbeitungsweise erläutern sollte:

*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.*

Während der letzten Woche ...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
erlebte ich mich als hilflos	☐	☐	☐	☐	☐
traute ich anderen Menschen nicht	☐	☐	☐	☐	☐
hatte ich das Bedürfnis mich selbst zu bestrafen	☐	☐	☐	☐	☐
hatte ich Angst die Kontrolle zu verlieren	☐	☐	☐	☐	☐
war ich wie weit entfernt von mir selbst	☐	☐	☐	☐	☐

Im Anschluss an die Hauptfragen sollten die Patienten ihre Befindlichkeit auf einer visuellen Analogskala beschreiben:

*Bitte schätzen Sie Ihre Befindlichkeit während der letzten Woche auf einer Skala von 0–100% **insgesamt** ein. **0% bedeutet:** ich war völlig auf dem **Nullpunkt**; **100% bedeutet:** ich fühle 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										

Am Ende des Fragebogens wurden noch Zusatzfragen hinsichtlich des selbstschädigenden Verhaltens erhoben:

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	ein Mal	zwei Mal	täglich	mehrmals täglich
verletzte ich mich durch schneiden, brennen, würgen etc. selbst	☐	☐	☐	☐	☐
hatte ich Brechanfälle	☐	☐	☐	☐	☐
war ich betrunken	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.6.2. Gütekriterien

Für die interne Konsistenz (Cronbach's α) liegen Werte zwischen 0,935 und 0,969 vor. Die BSL-23 unterscheidet klar zwischen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Patientengruppen, hier lagen die durchschnittlichen Effektstärken zwischen 1,13 und 0,96 (Bohus et al., 2009).

5.3.7. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989)

Beim ZUF-8 handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die Zufriedenheit der Patienten mit einer stationären Behandlung als auch die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus an sich erhoben werden soll. Der ZUF-8 ist die deutschsprachige Adaptation des Client Satisfaction Questionnaires (CSQ-8) von Attkisson und Zwick (1982, zitiert nach Schmidt & Nübling, 2002).

Das Verfahren besteht aus insgesamt acht Items, die auf einer vierstufigen Skala beurteilt werden sollen. Die Skala beinhaltet keine neutrale Position, und es gibt kein einheitliches Antwortformat, sondern die zur Wahl stehenden Antworten sind jeweils zwischen den Polen gut und schlecht angesiedelt. Es handelt sich um ein sehr ökonomisches Verfahren, da die Beantwortung der acht Fragen nur wenig Zeit in Anspruch nimmt. In unserer Untersuchung wurde der ZUF-8 nur den Personen der Versuchsgruppe vorgegeben, da nur diese eine Behandlung erhalten hatten.

5.3.7.1. Itembeispiele

Um die Art der Bearbeitung zu erläutern, erhielten die Patienten folgende Anleitung:

Sie finden nachstehend einige Aussagen bezüglich der Zufriedenheit mit Ihrer Behandlung. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage jene Aussage an, welche Ihrer Meinung nach am ehesten die Qualität Ihrer Behandlung beschreibt.

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

☐	☐	☐	☐
ausgezeichnet	gut	weniger gut	schlecht

2. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?

☐	☐	☐	☐
eindeutig nicht	eigentlich nicht	im allgemeinen ja	eindeutig ja

3. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

☐	☐	☐	☐
eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja

4. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?

☐	☐	☐	☐
eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja

5.3.7.2. Gütekriterien

Hinsichtlich der Objektivität kann eine standardisierte Durchführung als auch Auswertung gewährleistet werden. Bezüglich der Reliabilität werden für die interne Konsistenz (Cronbach's α) Werte im Bereich zwischen 0,87 und 0,93 angegeben. Auch für die Split-half-Reliabilität als auch die Parallel-Test-Reliabilität konnten

Werte in etwa diesem Bereich beobachtet werden (Schmidt & Nübling, 2002). Weiters wird von den Autoren angegeben, dass eine linksschiefe Verteilung zu beobachten ist, was bedeutet, dass höhere Zufriedenheitsscores deutlich häufiger auftreten als niedrige Werte.

5.3.8. Visuelle Analogskalen (VAS)

Mit Hilfe von visuellen Analogskalen wurde jeder Patient der Versuchsgruppe am Beginn der Therapie als auch bei der Entlassung vom behandelnden Therapeuten hinsichtlich folgender Dimensionen eingeschätzt:

1. Selbstwert
2. Beziehungsfähigkeit
3. soziale Kompetenz
4. Symptomintensität
5. Alltagsbewältigungsfähigkeit
6. aktive Freizeitgestaltung
7. Affektregulation
8. Somatisierungstendenz
9. Krankheitsverständnis
10. Therapiemotivation

Diese verschiedenen Bereiche sollten auf einem Kontinuum zwischen 0 und 100 sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung der Patienten eingeschätzt werden. Die Einschätzung auf der visuellen Analogskala zum Entlassungszeitpunkt diente dazu, um die Veränderung der Patienten während des Aufenthalts hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen zu erfassen.

5.4. Fragestellungen

Mit dieser Evaluationsstudie sollte die Wirksamkeit des Behandlungsangebots am

Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik untersucht werden. Dafür wurde eine Kontrollgruppe mit einer Versuchsgruppe hinsichtlich Veränderungen über den Behandlungszeitraum verglichen.

Modellvorstellung:

- ✧ in der Kontrollgruppe (KG) zeigt sich im Vergleich Prä- und Post-Testung keine Veränderung
- ✧ in der Versuchsgruppe (VG) zeigt sich im Vergleich Prä- und Post-Testung eine Veränderung in positive Richtung als Effekt der Behandlung

Diese Modellvorstellung wurde für folgende Bereiche angenommen:

- ✧ gesundheitsbezogene Lebensqualität
- ✧ Depressionen
- ✧ Alexithymie
- ✧ subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome
- ✧ Borderline-Persönlichkeitsstörung
- ✧ Dissoziation

5.5. Statistische Verfahren

5.5.1. Signifikanzprüfung

Um zu überprüfen, ob sich die Versuchs- und Kontrollgruppe in ihrer Zusammensetzung signifikant voneinander unterscheiden, wurde eine Signifikanzprüfung mittels Chi²-Test bei qualitativen Daten sowie mittels t-Test für unabhängige Stichproben bei quantitativen Daten durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha < 0,05$ festgelegt.

5.5.2. Hypothesenprüfung

Zur Auswertung der Fragestellungen wurden je nachdem, ob die gewünschten Voraussetzungen erfüllt werden konnten oder nicht, das allgemeine lineare Modell für Messwiederholungen (ALM) oder – im Falle einer Nichterfüllung der Voraussetzungen des ALM – der t-Test für unabhängige Stichproben beziehungsweise abhängige Stichproben verwendet.

Das ALM stellt eine Erweiterung des t-Tests für abhängige Stichproben dar (Leonhart, 2010). Es handelt sich dabei um eine Varianzanalyse mit Messwiederholung, da in der Stichprobe mehrmals ein bestimmtes Merkmal bei denselben Personen erfasst wird und mit dieser Methode überprüft werden soll, ob sich die Mittelwerte dieser Personen signifikant voneinander unterscheiden (Field, 2009).

Mithilfe dieses Verfahrens können folgende drei Effekte überprüft werden, die immer gemeinsam betrachtet werden müssen:

- H_{0a} : Es gibt keinen Zeiteffekt
- H_{0b} : Es gibt keinen Gruppeneffekt
- H_{0c} : Es gibt keine Wechselwirkung

- H_{1a} : Es gibt einen Zeiteffekt
- H_{1b} : Es gibt einen Gruppeneffekt
- H_{1c} : Es gibt eine Wechselwirkung

Der Vorteil des ALM besteht darin, dass die Unterschiede durch einen zufälligen Personenfaktor erklärt werden können, wodurch es zu einer Reduktion der Fehlervarianz kommt (Leonhart, 2010).

Voraussetzungen:

- ✦ metrische Daten (Intervallskala)

- ✧ Normalverteilung
- ✧ Homogenität der Varianzen
- ✧ Homogenität der Kovarianz-Matrix

Wenn diese Voraussetzungen des ALM nicht erfüllt werden können, muss auf die parametrischen Verfahren des t-Tests für unabhängige Stichproben, um einen möglichen Gruppeneffekt zu überprüfen, beziehungsweise des t-Tests für abhängige Stichproben, um einen möglichen Zeiteffekt zu überprüfen, zurückgegriffen werden.

6. Ergebnisse

6.1. Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der soziodemographischen Variablen

Die Stichprobe bestand aus insgesamt 88 Patienten, die entweder eine Therapie auf der Psychotherapiestation oder der Tagesklinik erhalten haben, sowie jenen Patienten der Kontrollgruppe, die keine Therapie erhielten. Die Kontrollgruppe umfasste 28 Patienten, darunter waren 15 Frauen und 13 Männer. In der Versuchsgruppe befanden sich am Ende unserer Untersuchung insgesamt 60 Personen, unter diesen waren 39 Frauen und 21 Männer. Insgesamt ergab sich in der vorliegenden Studie eine Geschlechterverteilung von 61,4% Frauen und 38,6% Männer. Eine graphische Darstellung der Geschlechterverteilung findet sich in Abbildung 8. Mittels Chi²-Test wurde die Verteilung auf ihre Signifikanz überprüft. Es hat sich gezeigt, dass sich die Gruppen bezüglich der Geschlechterverteilung nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2 (1, N = 88) = 1,052, p = 0,305$).

Das durchschnittliche Alter der Versuchsgruppe lag bei 32,57 Jahren ($SD = 10,31$), während es in der Kontrollgruppe bei 39,41 Jahren ($SD = 11,01$) lag.

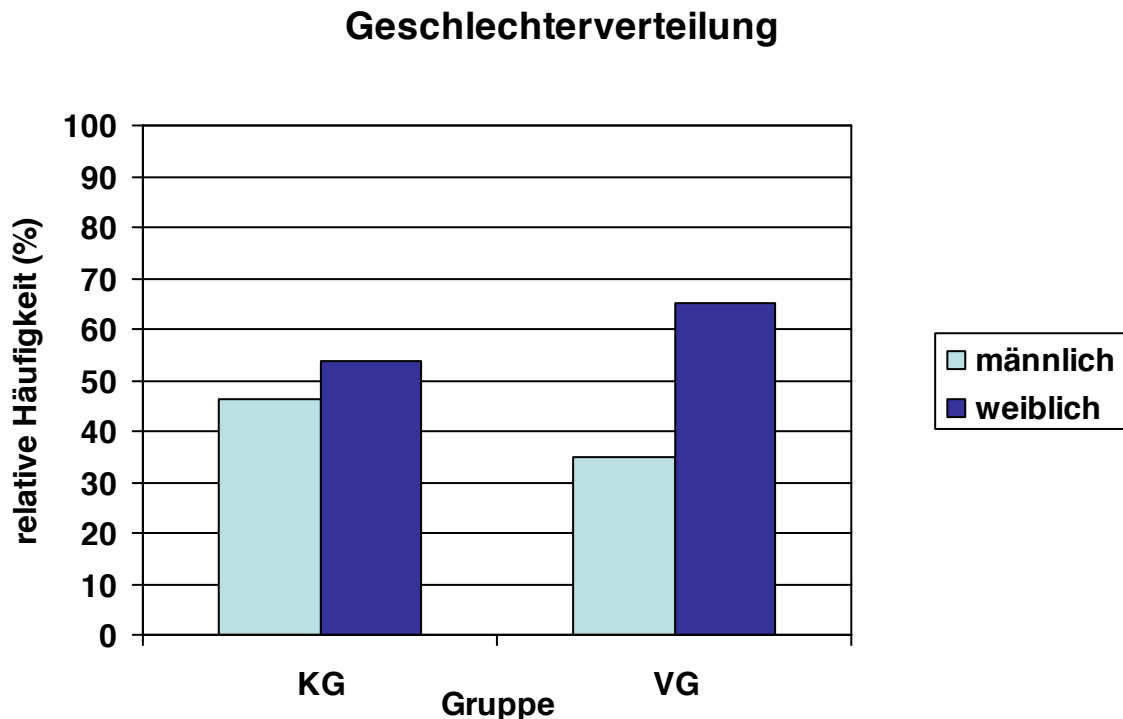


Abbildung 8: Verteilung der Geschlechter in Versuchs- und Kontrollgruppe.

In der Versuchsgruppe waren viele der Versuchspersonen zwischen 21 und 30 Jahre alt, während sich in der Kontrollgruppe vorwiegend Personen im Alter zwischen 41 und 50 befanden (siehe Abbildung 9). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Altersverteilung zwischen den Gruppen ($t(67) = -2,511$, $p = 0,014$).

Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung gaben die meisten Personen sowohl in der Versuchs- als auch Kontrollgruppe an, einen Hauptschulabschluss (36,8% bzw. 34,8%) zu haben, gefolgt von einem Lehrabschluss (VG: 21,0%; KG: 30,4%) und Matura (VG: 26,4%; KG: 13,1%). Die verschiedenen Gruppen wurden mittels Chi²-Test auf Signifikanz überprüft und unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($\chi^2(5, N = 88) = 3,287$, $p = 0,656$).

Die meisten unserer Untersuchungsteilnehmer, nämlich 67,4% in der Versuchsgruppe und 66,7% in der Kontrollgruppe, gingen zum Befragungszeitpunkt keiner Arbeit nach. Auch diese beiden Antwortkategorien wurden mittels Chi²-Test auf Signifikanz überprüft und unterschieden sich in ihrer Zusammensetzung nicht signifikant voneinander ($\chi^2(1, N = 70) = 0,004$, $p =$

0,951).

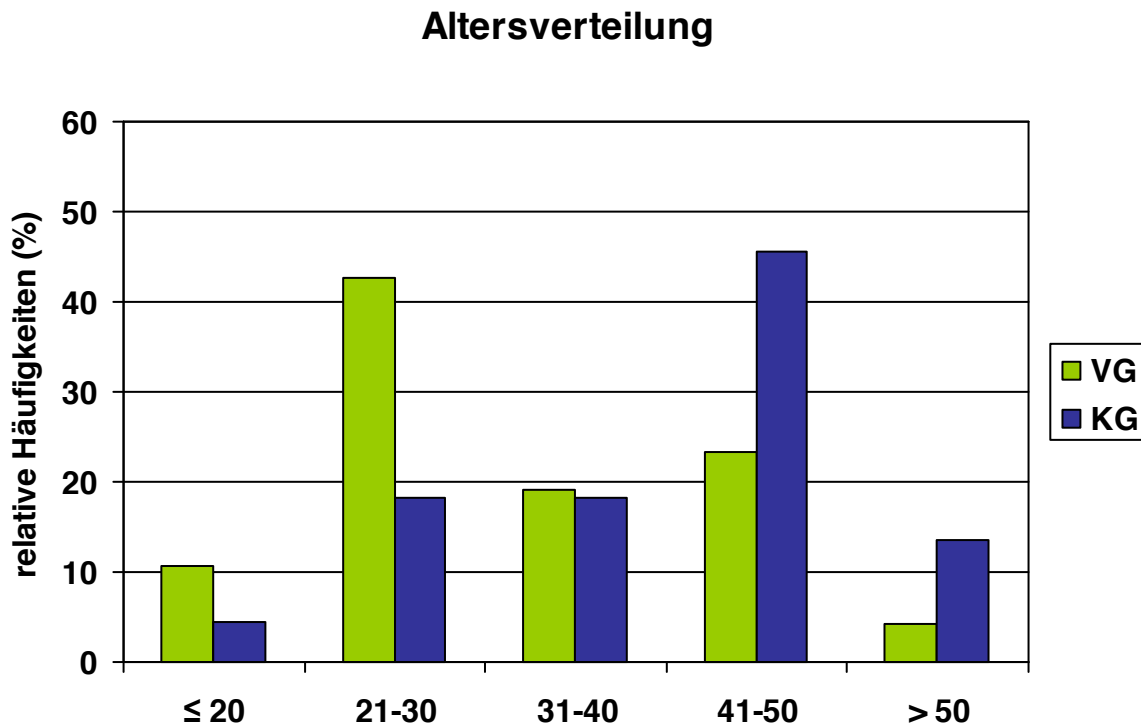


Abbildung 9: Altersverteilung im Vergleich der Kontroll- und Versuchsgruppe.

Bezüglich der Frage nach ihrem derzeitigen Einkommen (Mehrfachangaben möglich) gaben die meisten der Personen (23,9%) an, Krankengeld zu beziehen. Weitere 20,5% gaben „sonstige Einkommensquellen“ an, unter die zum Beispiel Kindergeld oder ein Stipendium fallen. Bei 19,3% der Personen bestand das derzeitige Einkommen aus der Mindestsicherung. Jeweils 17% der Befragten bezogen Notstandshilfe oder erhielten Unterstützung durch die Eltern oder den Partner. Von unserer Stichprobe gaben insgesamt 63,8% der Personen an, keine Schulden zu haben, während 36,2% mit Schulden zu kämpfen haben. Die beiden Gruppen wurden mittels Chi²-Test auf Signifikanz überprüft und unterschieden sich nicht signifikant ($\chi^2(1, N = 80) = 1,635, p = 0,201$) in ihrer Zusammensetzung. Auf die Frage, wo sie derzeit wohnen, gaben die meisten der Patienten an, in einer Mietwohnung zu leben (67%). Nur ungefähr ein Drittel (33,7%) unserer Patienten befand sich zum Befragungszeitpunkt in einer Partnerschaft, während 66,3% alleine lebten. Auch hier zeigte sich bei der Signifikanzprüfung mittels Chi²-

Test kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($\chi^2 (1, N = 86) = 1,229, p = 0,268$). 74,1% der Patienten gaben an, regelmäßigen Kontakt mit ihrer Familie zu pflegen, während 25,9% keinen Kontakt mit ihrer Familie hatten. In den beiden Gruppen zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Chi²-Test ($\chi^2 (1, N = 85) = 1,489, p = 0,222$) hinsichtlich der Zusammensetzung.

22,1% unserer Untersuchungsteilnehmer gaben an, dass sie Kinder haben, um die sie sich kümmern müssen, während 77,9% der Befragten keine versorgungsbedürftigen oder gar keine Kinder hatten. Der Großteil (63,5%) der Befragten konnte auch den Kontakt mit Freunden und Bekannten aufrecht erhalten. Hier gaben 36,5% der Patienten an, keinen regelmäßigen Kontakt mit Freunden zu haben. Bei der Überprüfung mittels Chi²-Test unterschied sich die Zusammensetzung der beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ($\chi^2 (1, N = 85) = 0,190, p = 0,663$).

Alle relevanten Kennwerte sind in Tabelle 1 in übersichtlicher Form zusammengefasst.

Die Aufteilung unserer Stichprobe hinsichtlich der Diagnosen erfolgte anhand von vier Merkmalen:

- ✧ Personen mit der Diagnose **Borderline-Persönlichkeitsstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung** (Versuchsgruppe 1)
- ✧ Personen mit der Diagnose **Posttraumatische Belastungsstörung** (Versuchsgruppe 2)
- ✧ Personen mit der Diagnose **Borderline-Persönlichkeitsstörung** (Versuchsgruppe 3)
- ✧ Personen mit der Diagnose **andere** (nicht Borderline und nicht Posttraumatische Belastungsstörung – Versuchsgruppe 4)

Der Großteil (51,1%) unserer Patienten wurde jener Gruppe mit der Diagnose „andere“ zugeteilt, worunter vor allem depressive Patienten als auch Personen mit Angst- oder anderen Persönlichkeitsstörungen zu finden waren. Die zweitgrößte Gruppe war jene mit der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 47,7%.

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Patientenstichprobe

Variable	n	Relative Häufigkeit (%)			MW	SD
		Gesamt	VG	KG		
<u>Alter</u>						
Versuchsgruppe	47				32,5	10,31
Kontrollgruppe	22				39,4	11,01
<u>Geschlecht</u>						
weiblich	54	61,4	65,0	53,6		
männlich	34	38,6	35,0	46,4		
<u>Höchste abgeschlossene Schulausbildung</u>						
keine	1	1,3	1,8	-		
Hauptschulabschluss	29	36,2	36,8	34,8		
Lehrabschluss	19	23,8	21	30,4		
Matura	18	22,5	26,4	13,1		
Hochschulabschluss	4	5,0	3,5	8,7		
andere	9	11,2	10,5	13		
<u>Arbeit</u>						
ja	23	32,9	32,6	33,3		
nein	47	67,1	67,4	66,7		
<u>Einkommen</u>						
Krankengeld	21	23,9	18,3	35,7		
Arbeitslosenunterstützung	5	5,7	6,7	3,6		
Notstandshilfe	15	17	20	10,7		
Pensionsvorschuss	3	3,4	1,7	7,1		
befristete Pension	13	14,8	8,3	28,6		
unbefristete Pension	3	3,4	5	-		
Mindestsicherung	17	19,3	21,7	14,3		
Unterstützung durch Eltern/Partner	15	17	16,7	17,9		
Sonstiges (Kindergeld, Stipendium, ...)	18	20,5	23,3	14,3		
<u>Schulden</u>						
ja	29	36,2	31,5	46,2		
nein	51	63,8	68,5	53,8		
<u>Partnerschaft</u>						
ja	29	33,7	30	42,3		
nein	57	66,3	70	57,7		

<u>Kinder</u>				
ja	19	22,1	15	38,5
nein	67	77,9	85	61,5
<u>Kontakt mit Familie</u>				
ja	63	74,1	78,0	65,4
nein	22	25,9	22,0	34,6
<u>Kontakt mit Bekannten</u>				
ja	54	63,5	65,0	60,0
nein	31	36,5	35,0	40,0

Anmerkung: n = Anzahl der Versuchspersonen; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; VG = Versuchsgruppe; KG = Kontrollgruppe

Nur wenige Personen wurden der Gruppe mit der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ zugeordnet. Von diesen Personen haben leider nur sehr wenige den spezifischen Fragebogen zur Posttraumatischen Belastungsstörung komplett bearbeitet beziehungsweise ausgefüllt, weshalb es im Endeffekt nicht möglich war, zu Ergebnissen dieser Gruppe zu kommen.

Die meisten (31,6%) unserer Patienten leben seit unter beziehungsweise fünf Jahren mit ihrer Erkrankung. Bei 21,6% sind die Probleme hinsichtlich ihrer Erkrankung zwischen sechs und zehn Jahren zum ersten Mal aufgetreten.

Der Mittelwert hinsichtlich des Erstauftretens der mit der Krankheit in Verbindung stehenden Problematik lag bei unserer Gesamtstichprobe bei 11,16 Jahren ($SD = 8,82$). Der Mittelwert der Versuchsgruppe lag bei 10,80 Jahren ($SD = 7,54$), während er in der Kontrollgruppe bei einem Wert von 11,99 Jahren ($SD = 11,36$) lag. Um die Zusammensetzung der Gruppen auf Signifikanz zu prüfen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t(80) = -0,558$, $p = 0,578$) zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Vorerfahrung der Patienten mit Psychotherapie in den letzten fünf Jahren erfragt, worauf 75,6% angaben, bereits vorher in Behandlung gewesen zu sein, während 24,4% keine frühere Erfahrung mit Psychotherapie zu haben scheinen (siehe Abbildung 10). Um die Zusammensetzung in der Versuchs- und Kontrollgruppe auf Signifikanz zu prüfen, wurde ein Chi²-Test berechnet, der keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2(1, N = 86)$)

= 1,967, $p = 0,161$) zwischen den beiden Gruppen zeigte.

Der Großteil der befragten Personen (83,8%) wurde laut eigenen Angaben regelmäßig mit psychopharmakologischen Mitteln behandelt, und nur 7% gaben an, keine Medikamente einzunehmen. Auch hier wurde ein Chi²-Test berechnet, um zu überprüfen, ob sich die Versuchs- und Kontrollgruppe signifikant voneinander unterscheiden. Dieser konnte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigen ($\chi^2 (3, N = 86) = 0,229, p = 0,973$).

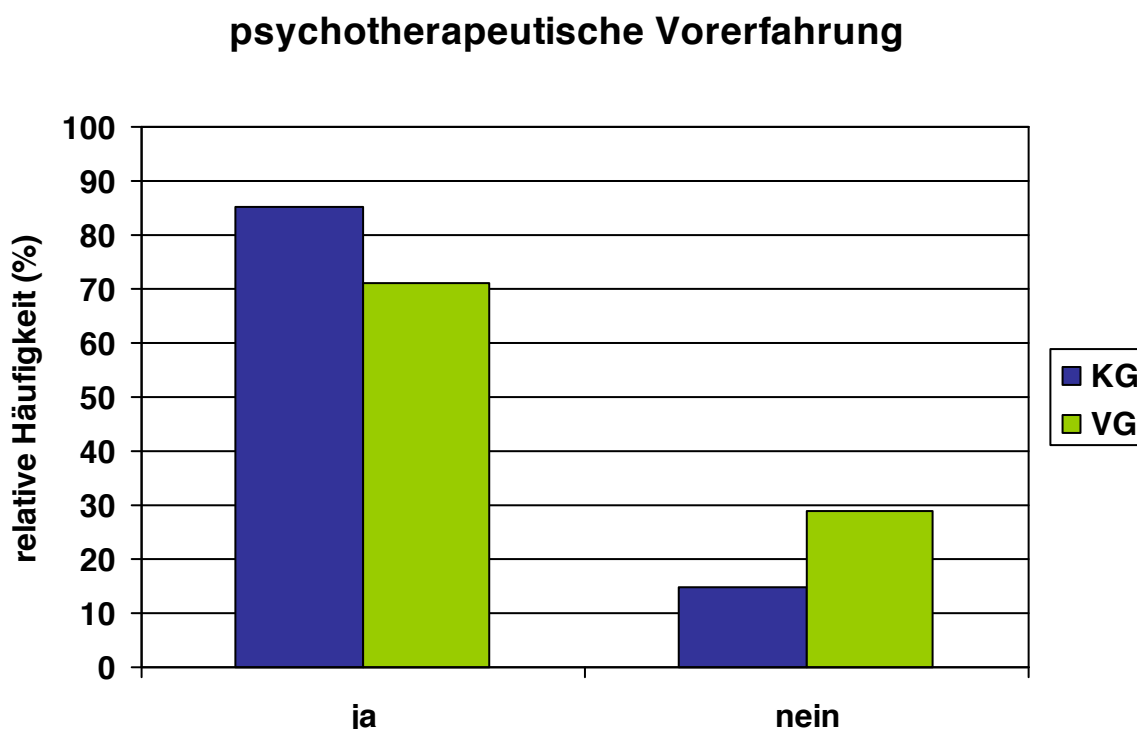


Abbildung 10: Verteilung der psychotherapeutischen Vorerfahrung im Vergleich von Versuchs- und Kontrollgruppe.

Ungefähr ein Drittel (34,1%) unserer Patienten gab an, im Vorfeld der Therapie Alkohol konsumiert zu haben, und 16,3% der Befragten gaben einen Drogenkonsum vor der Therapie zu. Auch hier wurde die Signifikanz der Zusammensetzung der beiden Gruppen mittels Chi²-Test überprüft. Es zeigte sich sowohl für die Frage bezüglich des Alkohol- ($\chi^2 (1, N = 85) = 0,772, p = 0,380$) als auch des Drogenkonsums ($\chi^2 (1, N = 86) = 0,121, p = 0,728$) kein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. Alle diesbezüglichen Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Psychopathologische Merkmale der Patientenstichprobe

Variable	n	Relative Häufigkeit (%)			MW	SD
		Gesamt	VG	KG		
<u>Diagnose</u>						
Borderline & PTBS (VG1)	9	10	15	-		
Nur PTBS (VG2)	1	1	1,7	-		
Nur Borderline (VG3)	33	38	28,3	57,1		
Andere (VG4)	45	51	55	42,9		
<u>Erstauftreten der Probleme</u>					11,16	8,82
Versuchsgruppe					10,8	7,54
Kontrollgruppe					12,0	11,36
vor ≤ 5 Jahren	28	34,1	31,6	40,0		
vor ≤ 10 Jahren	19	23,2	24,5	20,0		
vor ≤ 15 Jahren	13	15,9	15,8	16,0		
vor ≤ 20 Jahren	10	12,2	15,8	4,0		
vor mehr als 20 Jahren	12	14,6	12,3	20,0		
<u>Vorerfahrung mit Psychotherapie</u>						
ja	65	75,6	71,2	85,2		
nein	21	24,4	28,8	14,8		
<u>Alkoholkonsum</u>						
ja	29	34,1	31,0	40,7		
nein	56	65,9	69,0	59,3		
<u>Drogenkonsum</u>						
ja	14	16,3	17,2	14,3		
nein	72	83,7	82,8	85,7		
<u>Psychopharmaka</u>						
ja	72	83,8	82,8	85,7		
gelegentlich	4	4,6	5,2	3,6		
selten	4	4,6	5,2	3,6		
nein	6	7	6,8	7,1		

Anmerkung: n = Anzahl der Versuchspersonen; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; VG = Versuchsgruppe; KG = Kontrollgruppe

6.2. Krankheitsspezifische Ergebnisse

6.2.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36)

Die Auswertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die mit Hilfe der Short Form-36 erfasst wurde, erfolgte getrennt für die physische und psychische Gesundheit.

Für die Versuchsgruppe zeigte sich für den ersten Messzeitpunkt ein Mittelwert von 54,28 ($SD = 22,48$), der sich beim zweiten Messzeitpunkt deutlich steigerte ($M = 62,49$; $SD = 23,71$). In der Kontrollgruppe zeigte sich bei der ersten Erhebung ein Mittelwert von 48,83 ($SD = 23,09$), der zum zweiten Testungszeitpunkt nur minimal anstieg ($M = 49,83$; $SD = 24,56$).

Zur Auswertung der Skala der physischen Gesundheit wurde das allgemeine lineare Modell für Messwiederholungen verwendet (siehe Abbildung 11). Es zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt ($F(1, 69) = 4,616$, $p = 0,035$) im Vergleich Prä- und Posttestung. Hinsichtlich eines Gruppeneffektes ($F(1, 69) = 2,696$, $p = 0,105$) und einer Wechselwirkung ($F(1, 69) = 2,829$, $p = 0,097$) zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Mit einem t-Test für abhängige Stichproben wurde post hoc geprüft, ob der Zeiteffekt für beide oder nur für eine Gruppe signifikant ist. Für die Versuchsgruppe ergab sich ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($t(47) = -3,033$, $p = 0,004$), während der Effekt für die Kontrollgruppe nicht signifikant war ($t(22) = -0,399$, $p = 0,694$).

Die Skala der psychischen Gesundheit der SF-36 wurde mittels t-Test für unabhängige beziehungsweise abhängige Stichproben ausgewertet, da die Voraussetzungen für die Verwendung des ALM nicht gegeben waren (siehe Abbildung 12).

Um den Zeiteffekt in den Gruppen zwischen Aufnahme und Entlassung zu überprüfen, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben verwendet. Hier zeigte sich ein hoch signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Prä- ($M = 30,33$; $SD = 17,73$) und Posttestung ($M = 46,50$; $SD = 20,94$) in der Versuchsgruppe ($t(48) = -5,006$, $p < 0,001$) und kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ($M_{t0} = 28,36$; $SD_{t0} = 17,30$ bzw. $M_{t1} = 26,26$; $SD_{t1} = 11,61$) in der Kontrollgruppe ($t(23) = 0,691$, $p = 0,497$).

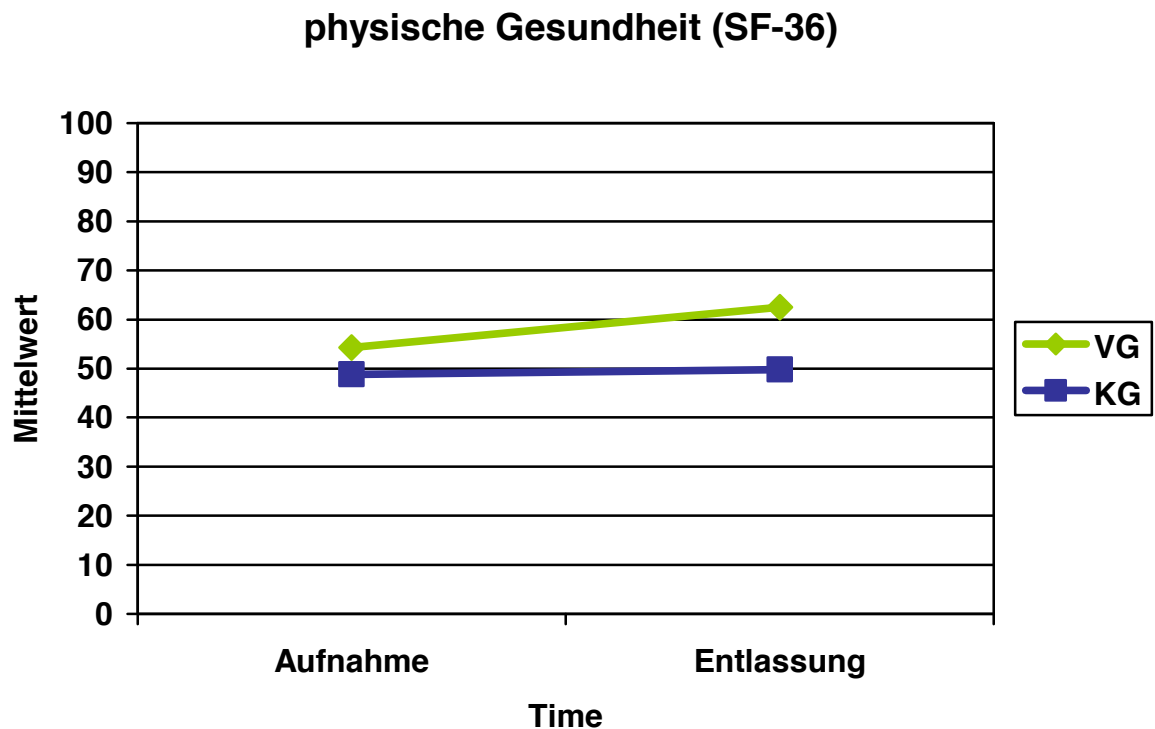


Abbildung 11: Ergebnisdarstellung zur Subskala der physischen Gesundheit der SF-36.

Um den Gruppeneffekt zu überprüfen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- ($M = 30,38$; $SD = 17,38$) und Kontrollgruppe ($M = 27,61$; $SD = 16,83$) zum ersten Testzeitpunkt ($t(76) = 0,676$, $p = 0,501$), aber ein hoch signifikanter Effekt für den zweiten Testungszeitpunkt ($M_{VG} = 48,41$; $SD_{VG} = 21,84$ und $M_{KG} = 26,58$; $SD_{KG} = 11,48$; $t(76,764) = 5,881$, $p < 0,001$).

6.2.2. Depressive Symptomatik (BDI-II)

Zum ersten Messzeitpunkt gaben 30 Personen in der Versuchsgruppe einen Punktwert zwischen 29 und 63 an, der im BDI als schwere depressive Störung klassifiziert wird. Der kleinste Wert, der von den Patienten angegeben wurde, war 2, und der größte Wert lag bei 60 Punkten. Zum zweiten Messzeitpunkt gaben nur mehr zehn Personen einen Wert zwischen 29 und 63 an.

psychische Gesundheit (SF-36)

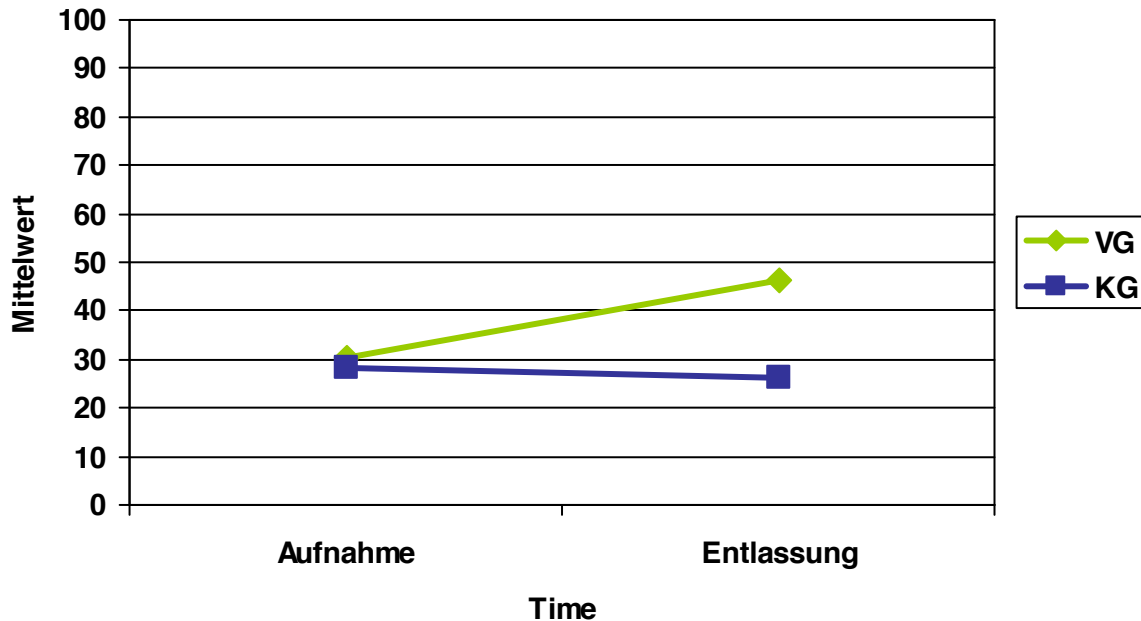


Abbildung 12: Darstellung des Gruppen- und Zeiteffekts der Subskala der psychischen Gesundheit der SF-36.

Der Minimalwert lag bei 0 Punkten und der Maximalwert bei 57. In der Kontrollgruppe gaben zum ersten Zeitpunkt 19 und zum zweiten Zeitpunkt 14 Personen einen Wert zwischen 29 und 63 an. Hier lagen die Minimalwerte bei 14 (t_0) beziehungsweise 7 (t_1) und die Maximalwerte bei 59 (t_0) beziehungsweise 60 (t_1).

Um den Gruppeneffekt beim BDI zu überprüfen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigte sich ein signifikanter Effekt sowohl für den ersten Testzeitpunkt ($M_{VG} = 28,95$, $SD_{VG} = 13,84$; $M_{KG} = 35,82$, $SD_{KG} = 13,12$, $t(86) = -2,205$, $p = 0,030$) als auch für den zweiten Testzeitpunkt ($M_{VG} = 17,66$, $SD_{VG} = 12,78$; $M_{KG} = 29,96$, $SD_{KG} = 14,50$, $t(85) = -4,017$, $p < 0,001$).

Zur Überprüfung des Zeiteffekts wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Sowohl in der Kontrollgruppe ($M_{t0} = 35,82$, $SD_{t0} = 13,12$; $M_{t1} = 29,96$, $SD_{t1} = 14,50$, $t(27) = 4,746$, $p < 0,001$) als auch in der Versuchsgruppe ($M_{t0} = 28,86$, $SD_{t0} = 13,94$; $M_{t1} = 17,66$, $SD_{t1} = 12,78$, $t(58) = 6,954$, $p < 0,001$) zeigte sich zwischen den beiden Zeitpunkten ein hoch signifikanter Effekt. Die graphische Darstellung zu diesen Ergebnissen findet sich in Abbildung 13.

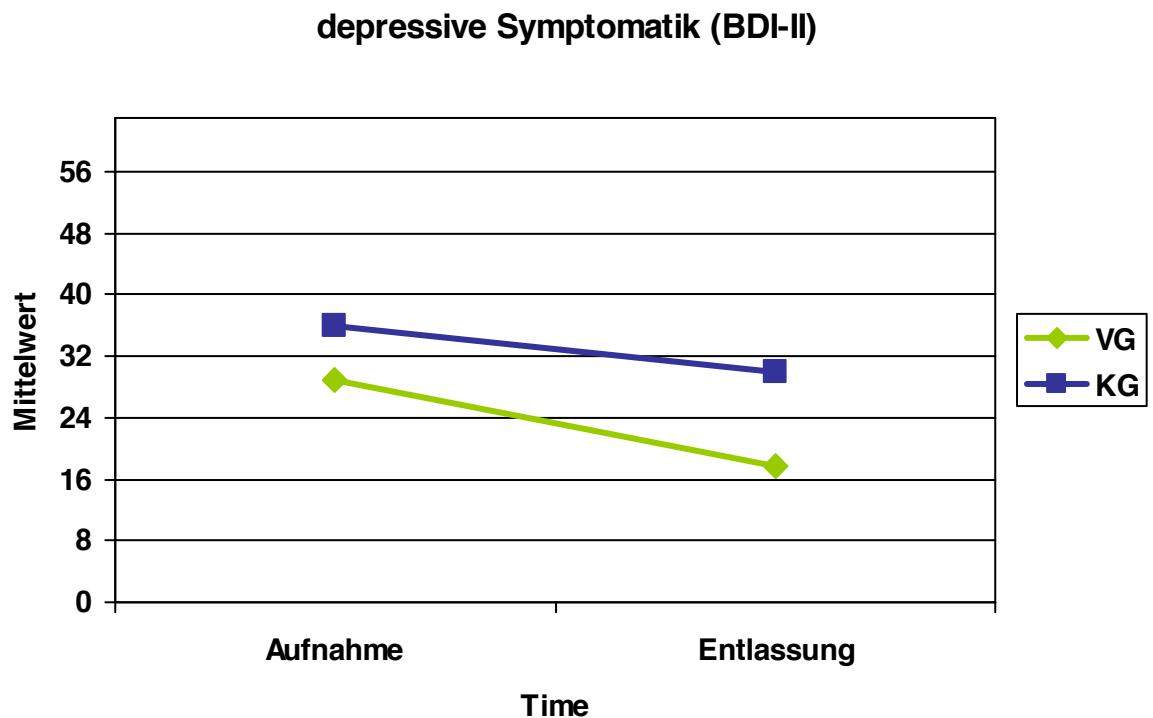


Abbildung 13: Gruppen- sowie Zeiteffekt bezüglich der depressiven Symptomatik.

6.2.3. Alexithyme Merkmale (TAS-20)

In der Versuchsgruppe gaben zum ersten 17 und zum zweiten Messzeitpunkt 18 Personen einen Alexithymie-Wert ≥ 61 an, wodurch sie in den Bereich von Patienten mit deutlichen alexithymen Merkmalen fallen. Zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt der Versuchsgruppe zeigte sich nur eine sehr geringe Veränderung im Vergleich der beiden Mittelwerte ($M_{t0} = 55,43$, $SD_{t0} = 10,38$; $M_{t1} = 53,90$, $SD_{t1} = 12,44$). In der Kontrollgruppe gaben zum ersten 16 und zum zweiten Messzeitpunkt 15 Personen einen Punktwert von ≥ 61 an. Hier zeigte sich im Vergleich der beiden Testungszeitpunkte ($M_{t0} = 61,11$, $SD_{t0} = 11,73$; $M_{t1} = 61,33$, $SD_{t1} = 13,11$) sogar ein leichter Anstieg des Mittelwerts zum zweiten Zeitpunkt.

Zur Auswertung der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) wurde das allgemeine lineare Modell für Messwiederholungen verwendet. Hier zeigte sich keine signifikante Veränderung ($F(1, 83) = 0,386$, $p = 0,536$) im Vergleich der Prä- und Posttestung, und auch die Wechselwirkung war nicht signifikant ($F(1, 83) = 0,692$,

$p = 0,408$). Es konnte ein signifikanter Gruppeneffekt ($F(1, 83) = 6,711, p = 0,011$) gefunden werden. Um zu überprüfen, ob der Gruppeneffekt für beide oder nur für eine Gruppe signifikant ist, wurde post hoc ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Es zeigte sich sowohl für den ersten ($t(86) = -2,086, p = 0,040$) als auch für den zweiten Messzeitpunkt ($t(83) = -2,523, p = 0,014$) ein signifikanter Gruppeneffekt.

Die graphische Darstellung hierzu findet sich in Abbildung 14.

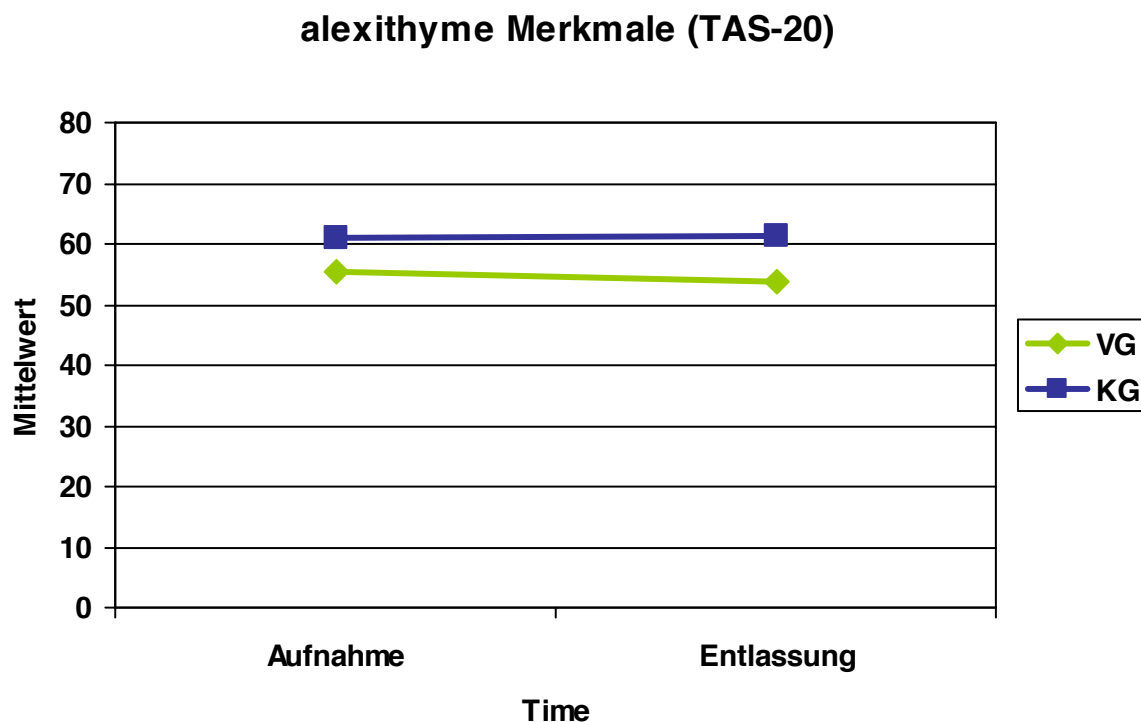


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf alexithyme Merkmale und deren Veränderung über den Behandlungszeitraum.

6.2.4. Allgemeine psychische Belastung (BSI)

Die folgenden Abbildungen wurden zu den jeweiligen Eigenschaften erstellt, die in Zusammenhang mit dieser Untersuchungsgruppe als besonders wichtig erschienen, da sie auch im Kontext der untersuchten Störungsbilder zu finden sind.

Hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung, die mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst wurde, zeigten sich auf den neun Skalen folgende

Ergebnisse:

Die Skala *Somatisierung* wurde mittels allgemeinem linearen Modell für Messwiederholungen überprüft. Es konnte ein signifikanter Zeiteffekt ($F(1, 85) = 9,351, p = 0,003$) sowie ein signifikanter Gruppeneffekt ($F(1, 85) = 6,659, p = 0,012$) gefunden werden. Hinsichtlich einer Wechselwirkung zeigte sich kein signifikanter Effekt ($F(1, 85) = 0,855, p = 0,358$). Um zu überprüfen, ob der Zeiteffekt für beide Gruppen signifikant ist, wurde post hoc ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Dieser zeigte einen signifikanten Effekt für die Versuchsgruppe ($t(59) = 3,664, p = 0,001$) und keinen signifikanten Effekt für die Kontrollgruppe ($t(26) = 1,220, p = 0,234$). Um zu überprüfen, ob sich zu beiden Messzeitpunkten ein signifikanter Gruppeneffekt zeigt, wurde post hoc ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigte sich für den ersten Testungszeitpunkt kein signifikanter Effekt ($t(86) = -1,910, p = 0,059$), während sich für den zweiten Zeitpunkt ein signifikanter Effekt ($t(85) = -2,840, p = 0,006$) feststellen ließ.

Auch die Skala *Zwanghaftigkeit* wurde mittels allgemeinem linearen Modell für Messwiederholungen auf ihre Signifikanz untersucht. Es zeigte sich eine signifikante Veränderung ($F(1, 83) = 12,373, p = 0,001$) in positive Richtung über die Zeit. Auch der Gruppeneffekt ($F(1, 83) = 6,295, p = 0,014$) sowie die Wechselwirkung ($F(1, 83) = 11,210, p = 0,001$) wurden signifikant. Um zu überprüfen, ob der Zeiteffekt für beide Gruppen signifikant ist, wurde post hoc ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Hier zeigte sich ein hoch signifikantes Ergebnis für die Versuchsgruppe ($t(57) = 5,789, p < 0,001$) und kein signifikantes Ergebnis für die Kontrollgruppe ($t(26) = 0,117, p = 0,908$). Um zu überprüfen, ob der Gruppeneffekt für beide Messzeitpunkte signifikant ist, wurde post hoc ein t-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Hier zeigte sich zum ersten Zeitpunkt kein signifikanter Effekt ($t(85) = -0,823, p = 0,413$), während der Effekt zum zweiten Zeitpunkt hoch signifikant war ($t(84) = -3,413, p = 0,001$).

Um die Skala *Unsicherheit in Sozialkontakten* zu testen, wurde wieder das allgemeine lineare Modell für Messwiederholungen eingesetzt. Es zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt ($F(1, 83) = 5,838, p = 0,018$), und auch die Wechselwirkung wurde signifikant ($F(1, 83) = 6,643, p = 0,012$). Auf dieser Skala zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt ($F(1, 83) = 2,672, p = 0,106$). Um zu überprüfen, ob sich in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt zeigte, wurde

post hoc ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Für die Versuchsgruppe zeigte sich ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($t(57) = 4,092$, $p < 0,001$), während er in der Kontrollgruppe nicht signifikant ($t(26) = -0,124$, $p = 0,903$) war. Hinsichtlich des Gruppeneffekts wurde post hoc überprüft, ob dieser für beide Messzeitpunkte oder nur für einen signifikant wird. Zum ersten Messzeitpunkt konnte kein signifikanter Effekt ($t(86) = 0,037$, $p = 0,970$) gefunden werden, während sich zum zweiten Zeitpunkt ein hoch signifikanter Effekt ($t(83) = -2,774$, $p = 0,007$) zeigte. Eine graphische Darstellung zu den Ergebnissen dieser Subskala findet sich in Abbildung 15.

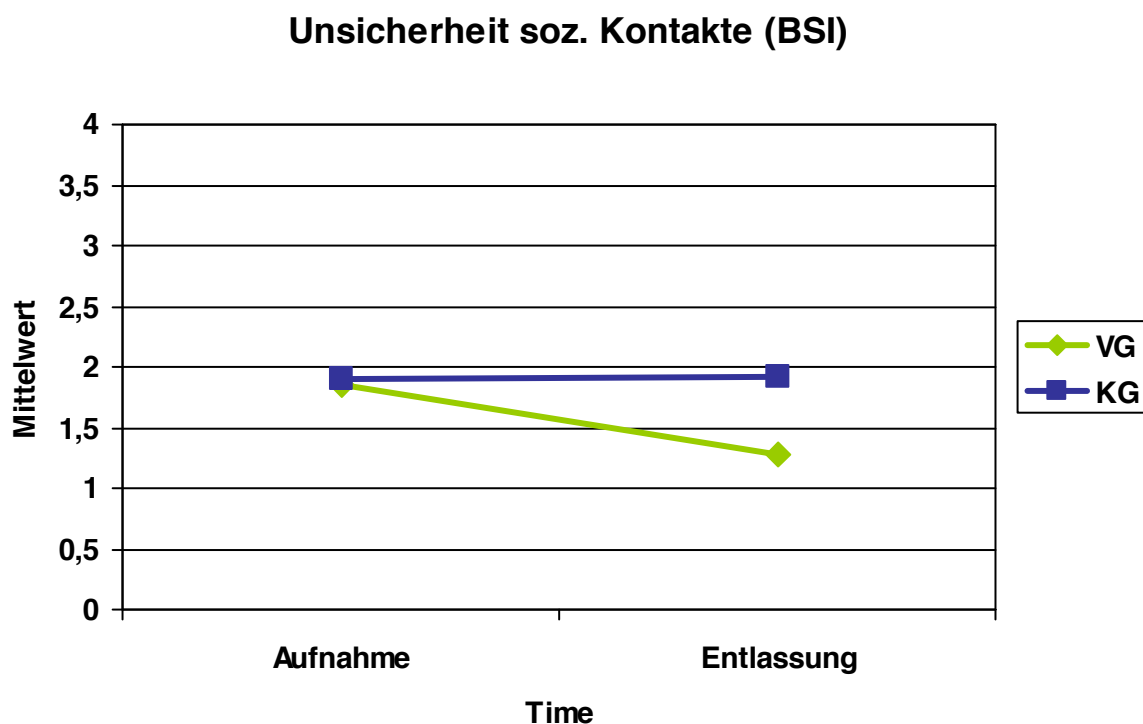


Abbildung 15: Ergebnisdarstellung der Veränderung über den Behandlungszeitraum hinsichtlich der Subskala Unsicherheit in Sozialkontakten des BSI.

Der Gruppeneffekt auf der Skala *Depressivität* wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben untersucht, da die Voraussetzungen des allgemeinen linearen Modells nicht erfüllt werden konnten. Es zeigte sich zwischen der Versuchs- ($M = 1,17$, $SD = 0,99$) und Kontrollgruppe ($M = 2,16$, $SD = 0,99$) ein hoch signifikanter Unterschied ($t(84) = -4,340$, $p < 0,001$) zum zweiten Messzeitpunkt, während sich die beiden Gruppen ($M_{VG} = 1,87$, $SD_{VG} = 1,04$; $M_{KG} =$

2,20, $SD_{KG} = 0,97$) zum ersten Zeitpunkt nicht signifikant ($t(84) = -1,429$, $p = 0,157$) voneinander unterschieden.

Zur Überprüfung des Zeiteffekts wurde ein t-Test für abhängige Stichproben verwendet, der, im Vergleich Prä- ($M = 1,84$, $SD = 1,04$) und Posttestung ($M = 1,20$, $SD = 0,99$), ein signifikantes Ergebnis für die Versuchsgruppe ($t(55) = 4,787$, $p < 0,001$) brachte. Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Kontrollgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten ($M_{t0} = 2,20$, $SD_{t0} = 0,97$; $M_{t1} = 2,16$, $SD_{t1} = 0,99$) kein signifikanter Unterschied ($t(27) = 0,456$, $p = 0,652$). Eine Grafik zu diesen Ergebnissen findet sich in Abbildung 16.

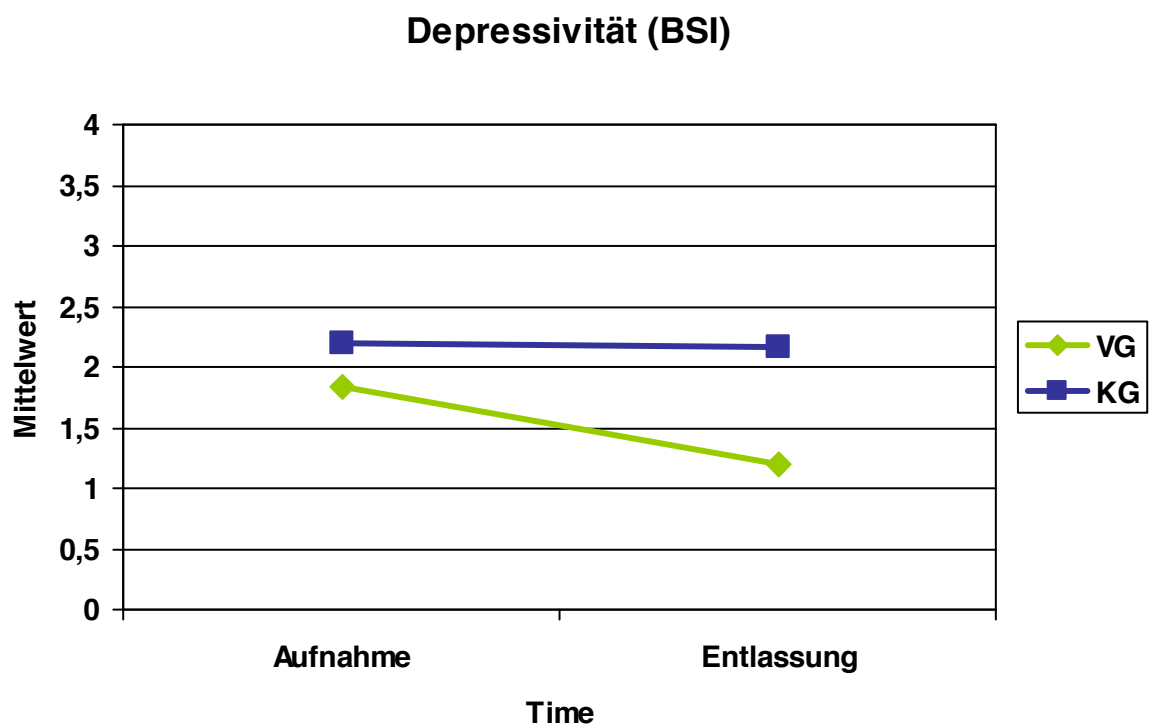


Abbildung 16: Gruppen- sowie Zeiteffekt, die mithilfe der Subskala Depressivität des BSI erfasst wurden.

Die Subskala *Ängstlichkeit* wurde mit dem allgemeinen linearen Modell ausgewertet, und es konnte ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($F(1, 84) = 12,842$, $p < 0,001$) sowie ein signifikanter Gruppeneffekt ($F(1, 84) = 5,390$, $p = 0,023$) festgestellt werden. Die Wechselwirkung war nicht signifikant ($F(1, 84) = 2,285$, $p = 0,134$). Um zu überprüfen, ob sich für beide Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt zeigt, wurde post hoc ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Dieser

zeigte einen hoch signifikanten Effekt für die Versuchsgruppe ($t(57) = 4,323, p < 0,001$), während in der Kontrollgruppe kein signifikanter Effekt ($t(27) = 1,361, p = 0,185$) gefunden werden konnte. Um zu überprüfen, ob sich zu beiden Messzeitpunkten ein signifikanter Gruppeneffekt zeigt, wurde post hoc ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Es zeigte sich kein signifikanter Effekt zum ersten Messzeitpunkt ($t(86) = -1,127, p = 0,263$), aber ein signifikanter Effekt ($t(84) = -2,811, p = 0,006$) zum zweiten Zeitpunkt.

Da die Voraussetzungen des allgemeinen linearen Modells nicht erfüllt werden konnten, wurde, um die Skala *Aggressivität* hinsichtlich eines Gruppeneffekts zu überprüfen, ein t-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Dieser zeigte einen nicht signifikanten Unterschied zwischen der Versuchs- ($M = 1,03, SD = 0,72$) und Kontrollgruppe ($M = 1,43, SD = 1,21$) für den ersten Testungszeitpunkt ($t(36,286) = -1,602, p = 0,118$). Für den zweiten Messzeitpunkt konnte ein signifikanter Unterschied ($t(32,601) = -2,403, p = 0,022$) zwischen den Gruppen ($M_{VG} = 0,78, SD_{VG} = 0,61; M_{KG} = 1,35, SD_{KG} = 1,17$) gefunden werden.

Um den Zeiteffekt für diese Subskala zu überprüfen, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet, der im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte ($M_{t0} = 1,03, SD_{t0} = 0,72; M_{t1} = 0,79, SD_{t1} = 0,61$) ein signifikantes Ergebnis ($t(58) = 2,581, p = 0,012$) für die Versuchsgruppe zeigte. Für die Kontrollgruppe zeigte sich zwischen den beiden Testungszeitpunkten ($M_{t0} = 1,48, SD_{t0} = 1,20; M_{t1} = 1,35, SD_{t1} = 1,17$) auf dieser Subskala ein nicht signifikanter ($t(26) = 0,784, p = 0,440$) Unterschied. Eine graphische Darstellung der Ergebnisse dieser Subskala findet sich in Abbildung 17.

Die Skala der *phobischen Angst* wurde mittels allgemeinem linearem Modell für Messwiederholungen überprüft und war die einzige der Subskalen, bei der sich weder ein signifikanter Zeit- noch Gruppeneffekt ($F(1, 84) = 0,330, p = 0,567; F(1, 84) = 1,356, p = 0,247$) zeigte und bei der es auch keine Wechselwirkung ($F(1, 84) = 2,698, p = 0,104$) gab.

Um eine Veränderung auf der Subskala des *paranoiden Denkens* zu überprüfen, wurde das allgemeine lineare Modell für Messwiederholungen herangezogen. Es zeigte sich sowohl ein signifikanter Zeit- als auch Gruppeneffekt ($F(1, 85) = 6,614, p = 0,012; F(1, 85) = 5,031, p = 0,027$), aber keine signifikante Wechselwirkung ($F(1, 85) = 3,022, p = 0,086$).

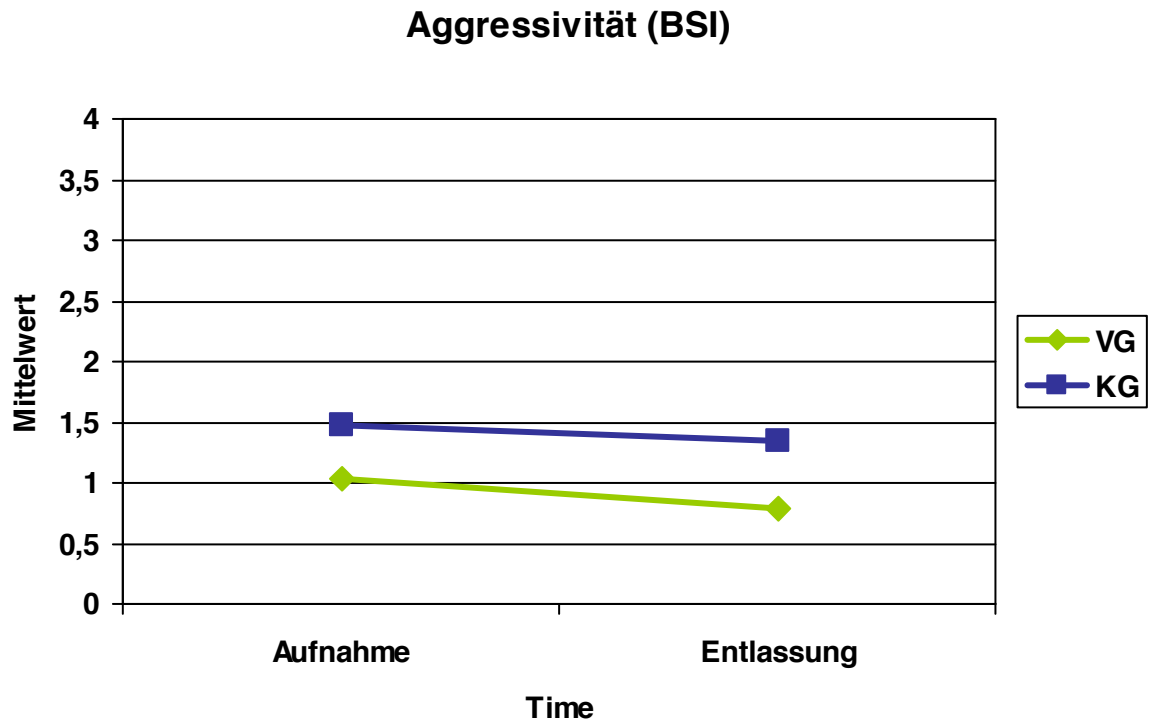


Abbildung 17: Ergebnisdarstellung für die Subskala Aggressivität, die mit dem BSI erfasst wurde.

Um zu überprüfen, ob sich in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt finden lässt, wurde post hoc ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Es zeigte sich ein hoch signifikanter Effekt ($t(58) = 3,703$, $p < 0,001$) in der Versuchsgruppe, während der Effekt in der Kontrollgruppe nicht signifikant ($t(27) = 0,537$, $p = 0,596$) wurde. Um zu überprüfen, ob sich zu beiden Messzeitpunkten ein signifikanter Gruppeneffekt zeigt, wurde post hoc ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigte sich zum ersten Zeitpunkt kein signifikantes ($t(86) = -1,306$, $p = 0,195$) und zum zweiten Zeitpunkt ein hoch signifikantes Ergebnis ($t(85) = -3,046$, $p = 0,003$).

Die Subskala *Psychotizismus* wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben, um den Gruppeneffekt zu überprüfen, und mittels t-Test für abhängige Stichproben, um einen möglichen Zeiteffekt zu testen, ausgewertet, da die Voraussetzungen des allgemeinen linearen Modells nicht erfüllt werden konnten.

Es zeigte sich kein signifikanter Gruppeneffekt zwischen der Versuchs- ($M = 1,37$, $SD = 0,86$) und Kontrollgruppe ($M = 1,43$, $SD = 0,93$) zum ersten Testungszeitpunkt ($t(86) = -0,273$, $p = 0,785$). Zum zweiten Messzeitpunkt konnte

ein signifikanter Unterschied ($t(85) = -2,554, p = 0,012$) zwischen der Versuchs- ($M = 0,90, SD = 0,80$) und Kontrollgruppe ($M = 1,40, SD = 0,96$) gefunden werden. Hinsichtlich eines Zeiteffekts zeigte sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ($M_{t0} = 1,38, SD_{t0} = 0,86; M_{t1} = 0,90, SD_{t1} = 0,80$) in der Versuchsgruppe ein signifikanter Unterschied ($t(58) = 4,926, p < 0,001$), während sich in der Kontrollgruppe kein signifikanter Effekt ($t(27) = 0,372, p = 0,713$) zwischen den beiden Messzeitpunkten ($M_{t0} = 1,43, SD_{t0} = 0,93; M_{t1} = 1,40, SD_{t1} = 0,96$) nachweisen ließ.

6.2.5. Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BSL-23)

Die Borderline-Symptomatik wurde mit der Kurzfassung der Borderline-Symptom-Liste erfasst und mit Hilfe des allgemeinen linearen Modells für Messwiederholungen ausgewertet. Dieser Teil der Fragebogenbatterie wurde in der Versuchsgruppe 23 Personen und in der Kontrollgruppe 12 Personen vorgegeben. Es konnte ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($F(1, 33) = 14,821, p = 0,001$) gefunden werden. Es konnte kein Gruppeneffekt ($F(1, 33) = 1,752, p = 0,195$) und auch keine Wechselwirkung ($F(1, 33) = 2,609, p = 0,116$) gefunden werden. Um zu überprüfen, ob der Zeiteffekt in beiden Gruppen signifikant ist, wurde post hoc ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigte sich ein hoch signifikanter Effekt ($t(22) = 4,346, p < 0,001$) in der Versuchsgruppe und kein signifikanter Effekt in der Kontrollgruppe ($t(11) = 1,655, p = 0,126$). Abbildung 18 zeigt die Ergebnisse zur Borderline-Symptomatik.

6.2.6. Dissoziative Symptomatik (DES-II)

Mit dem Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen (DES-II) wurde die dissoziative Symptomatik der Patienten erfasst. Der DES-II wurde jedoch nur jenen Patienten, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten, zur Bearbeitung vorgelegt. In der Versuchsgruppe wurde er von 19 Personen und in der Kontrollgruppe von neun Personen ausgefüllt.

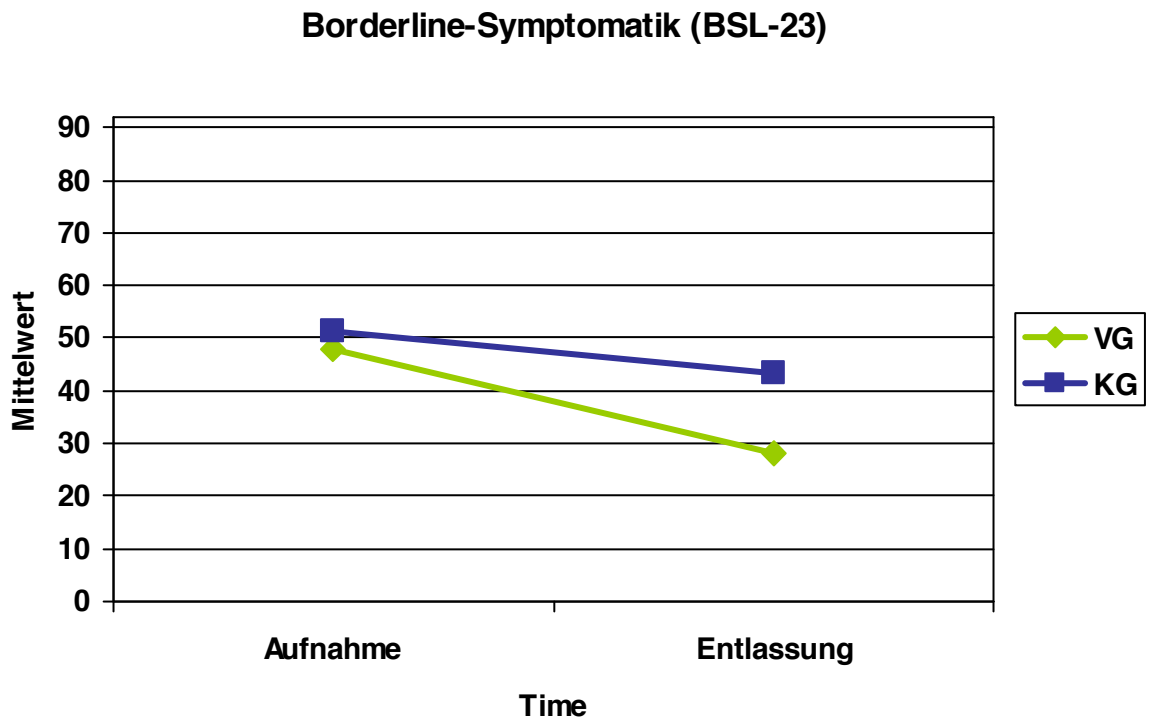


Abbildung 18: Darstellung des Gruppen- sowie Zeiteffekts in Versuchs- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Borderline-Symptomatik.

Die Auswertung erfolgte mittels allgemeinem linearen Modell. Bezüglich der dissoziativen Symptomatik zeigte sich weder ein signifikanter Zeit- ($F(1, 26) = 1,391, p = 0,249$) noch Gruppeneffekt ($F(1, 26) = 0,004, p = 0,948$) und auch keine Wechselwirkung ($F(1, 26) = 2,726, p = 0,111$). Eine graphische Darstellung zu diesen Ergebnissen findet sich in Abbildung 19.

6.2.7. Ergebnisse zur Zufriedenheit (ZUF-8)

Der Fragebogen zur Zufriedenheit (ZUF-8) wurde nur den Personen der Versuchsgruppe zur Bearbeitung vorgegeben, da nur diese eine Behandlung erhalten haben und dadurch eine subjektive Einschätzung bezüglich der Qualität der Behandlung abgeben konnten.

Die Auswertung erfolgte hier nur über die deskriptive Statistik des Mittelwerts und der Standardabweichung, die über alle Items betrachtet wurden.

dissoziative Symptomatik (DES II)

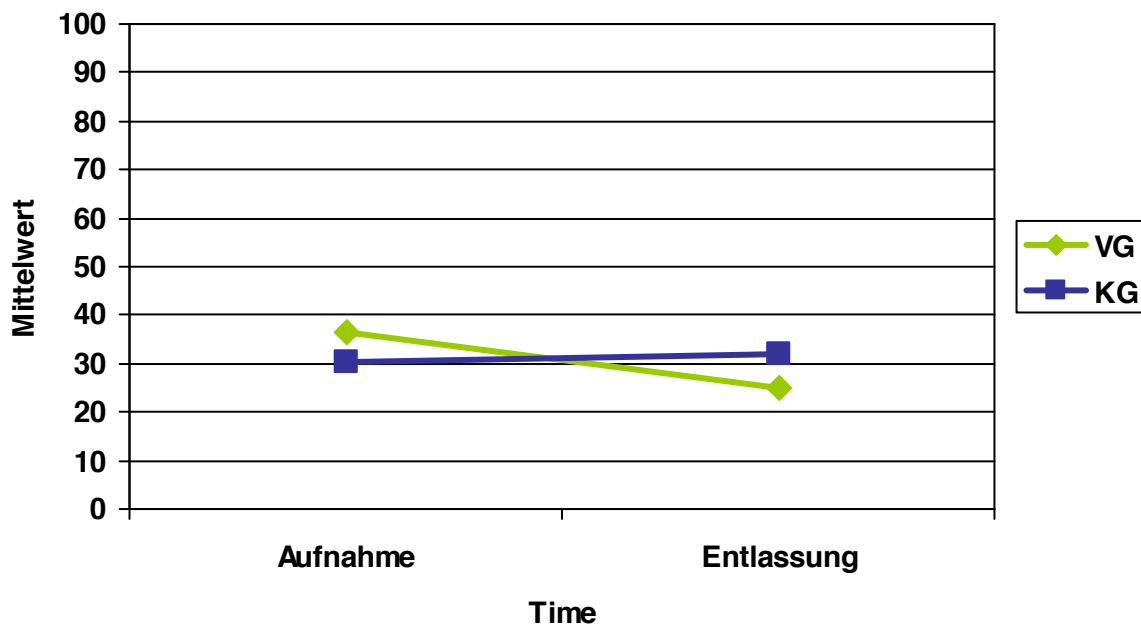


Abbildung 19: Darstellung der Veränderung der dissoziativen Symptomatik über den Behandlungszeitraum.

Es zeigte sich, dass die Patienten die Qualität der Behandlung (ZUF1) als relativ gut einschätzten ($M = 3,27$, $SD = 0,62$). Durchschnittlich schätzten auch viele Patienten die Art der Behandlung als für sie passend ein (ZUF2; $M = 3,16$, $SD = 0,68$). Auch das Ausmaß der Behandlung (ZUF5) wurde von den Patienten als ausreichend empfunden ($M = 3,30$, $SD = 0,73$). Auf die Frage, ob das Spital den individuellen Bedürfnissen entsprochen hat (ZUF3), gaben viele Personen an, dass dieses für sie zutraf ($M = 3,23$, $SD = 0,68$). Viele Patienten empfanden die Therapie als eine große Hilfe im Umgang mit ihren Problemen (ZUF6; $M = 3,39$, $SD = 0,56$). Weiters wurde von unserer Patientengruppe eine große Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF7) angegeben ($M = 3,33$, $SD = 0,69$). Besonders viele Personen gaben an, dass sie das Therapieangebot an diesem Spital auch ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen würden (ZUF4; $M = 3,49$, $SD = 0,66$) und dass sie sich auch selbst noch ein weiteres Mal hier behandeln lassen würden (ZUF8; $M = 3,43$, $SD = 0,66$). Eine graphische Darstellung zu den Zufriedenheitsergebnissen findet sich in Abbildung 20.

6.2.8. Objektive Einschätzung durch die Therapeuten (VAS)

Die objektive Einschätzung erfolgte mittels visueller Analogskalen, die nur für die Patienten der Versuchsgruppe sowohl für den Aufnahme- als auch den Entlassungszeitpunkt von den betreuenden Therapeuten ausgefüllt wurden. Um eine mögliche Veränderung über die Zeit feststellen zu können, wurde für jede Skala ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt.

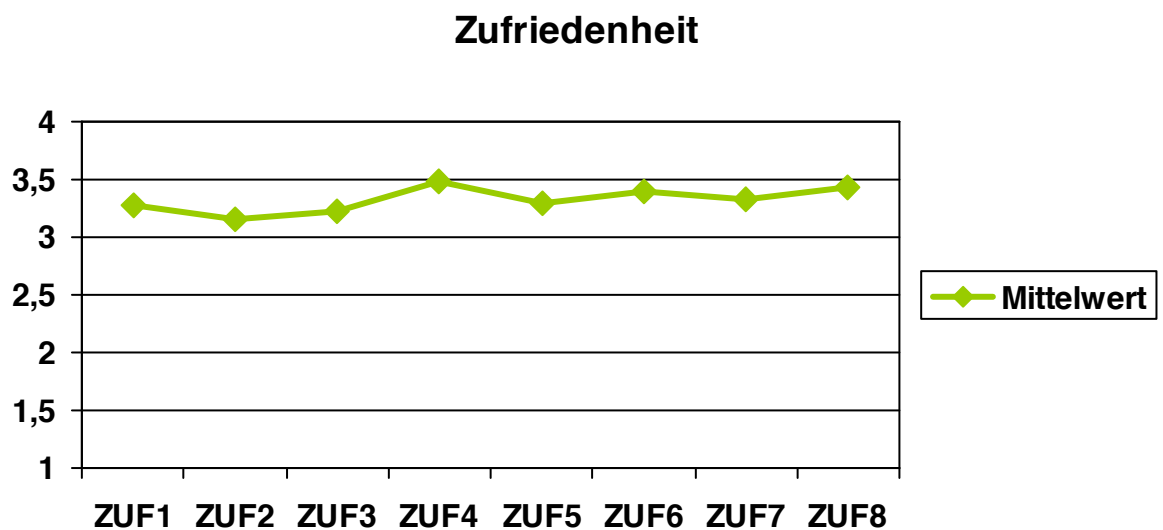


Abbildung 20: Einschätzung der Zufriedenheit der Patienten mit dem Behandlungsangebot.

Für die Skala *Selbstwert (SW)* ergab sich im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte ($M_{t0} = 19,40$, $SD_{t0} = 15,82$; $M_{t1} = 47,12$, $SD_{t1} = 21,14$) ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($t(57) = -10,072$, $p < 0,001$). Ebenso zeigte sich für die Skala *Beziehungsfähigkeit (BF)* ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($t(57) = -8,879$, $p < 0,001$) zwischen den beiden Messzeitpunkten ($M_{t0} = 35,64$, $SD_{t0} = 19,98$; $M_{t1} = 53,48$, $SD_{t1} = 22,33$). Auch für die Skala, mit der die *soziale Kompetenz (SK)* der Patienten erhoben werden sollte, zeigte sich im Vergleich der beiden Messzeitpunkte ($M_{t0} = 35,31$, $SD_{t1} = 19,74$; $M_{t1} = 52,28$, $SD_{t1} = 20,24$) eine hoch signifikante Veränderung über den Behandlungszeitraum ($t(57) = -7,760$, $p < 0,001$).

Die Skala, auf der die *Symptomintensität (SI)* eingeschätzt wurde, zeigte ebenso

einen hoch signifikanten Unterschied ($t(57) = 8,193, p < 0,001$) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ($M_{t0} = 69,59, SD_{t0} = 17,82; M_{t1} = 46,50, SD_{t1} = 21,73$). Auch hinsichtlich der *Alltagsbewältigungsfähigkeit (ABF)* zeigte sich eine hoch signifikante Veränderung über den Behandlungszeitraum ($M_{t0} = 39,47, SD_{t0} = 23,59; M_{t1} = 59,07, SD_{t1} = 21,00; t(57) = -7,685, p < 0,001$) ebenso wie in der *aktiven Freizeitgestaltung (AFG)* der Patienten ($M_{t0} = 32,41, SD_{t0} = 21,98; M_{t1} = 52,17, SD_{t1} = 22,63; t(57) = -8,640, p < 0,001$). Hinsichtlich der Skala *Affektregulation (AR)* konnte ein hoch signifikantes Ergebnis im Vergleich der beiden Messzeitpunkte ($M_{t0} = 26,19, SD_{t0} = 17,71; M_{t1} = 49,59, SD_{t1} = 19,91$) erzielt werden ($t(57) = -9,331, p < 0,001$).

Auch für die Skala der *Somatisierungstendenz (ST)* ergab sich eine hoch signifikante Veränderung über den Behandlungszeitraum ($M_{t0} = 48,24, SD_{t0} = 29,57; M_{t1} = 34,12, SD_{t1} = 23,38; t(57) = 5,424, p < 0,001$) ebenso wie für die Skala, mit der das Krankheitsverständnis (KV) der Patienten beurteilt werden sollte ($M_{t0} = 33,98, SD_{t0} = 22,62; M_{t1} = 62,10, SD_{t1} = 18,95; t(57) = -8,743, p < 0,001$). Für die Skala, auf der die *Therapiemotivation (TM)* der Patienten zu den beiden Beurteilungszeitpunkten ($M_{t0} = 67,95, SD_{t0} = 15,66; M_{t1} = 72,83, SD_{t1} = 17,85$) erfasst werden sollte, ergab sich ein signifikantes Ergebnis ($t(57) = -2,490, p = 0,016$). Die Ergebnisse sind in Abbildung 21 dargestellt.

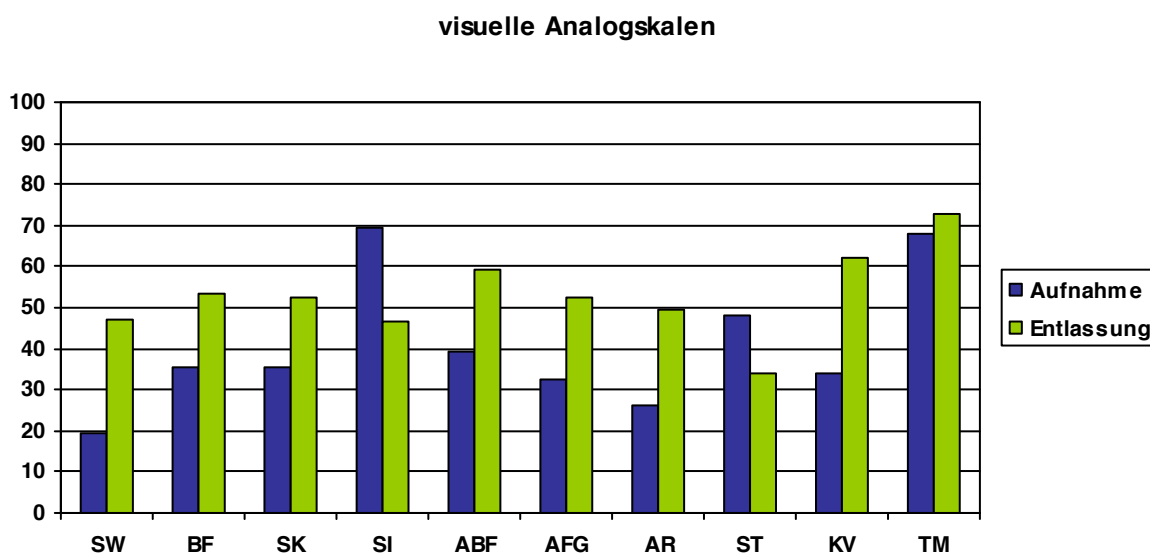


Abbildung 21: Objektive Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeuten.

7. Diskussion

Mit Hilfe dieser Evaluationsstudie sollte das Behandlungsangebot am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik des Otto-Wagner-Spitals hinsichtlich seiner Wirksamkeit für eine klinische Stichprobe in unterschiedlichen Krankheitsbereichen untersucht werden. Dazu wurde jenen Patienten, die sich in einem gewissen Zeitraum an der Psychotherapiestation sowie der Tagesklinik um einen Therapieplatz beworben haben, eine Fragebogenbatterie sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung vorgelegt, um durch einen Vergleich der beiden Zeitpunkte einen möglichen Therapieerfolg hinsichtlich der verschiedenen Bereiche aufzeigen zu können.

In unserer Patientenstichprobe zeigte sich ein breites Spektrum an psychischen, psychosomatischen als auch somatischen Krankheitsbildern, die häufig komorbid auftraten. Jedes Störungsbild für sich wirkt sich negativ auf die Einschätzung in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus, da wohl alle Erkrankungen, unabhängig davon, ob sie Körper oder Seele betreffen, mit erheblichen Beeinträchtigungen bezüglich des Wohlbefindens als auch der körperlichen, psychischen sowie sozialen Funktionsfähigkeit im Alltag einhergehen. In einer Studie von Saarni und Kollegen (2007) konnte gezeigt werden, dass es durch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zu einer deutlich geringeren Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kommt als beim Vorliegen einer somatischen Erkrankung. In anderen Studien kam man zu dem Ergebnis, dass es vor allem durch das komorbide Auftreten einer Depression gemeinsam mit einer somatischen Erkrankung zu einer großen Beeinträchtigung hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kommen kann (Jacobi et al., 2004; Pieper et al., 2008; Sareen et al., 2006). In einer Untersuchung von Baune und Kollegen (2007) zeigte sich, dass das gleichzeitige Vorliegen einer Depression bei somatischen Erkrankungen zu einer signifikanten Abnahme der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt.

Eines der Hauptergebnisse der aktuellen Studie bestand darin, dass es durch das Behandlungsangebot des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik zu einer signifikanten Verbesserung hinsichtlich der physischen wie auch der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei den Patienten der Versuchsgruppe kam. Wobei sich die Verbesserung im psychischen Bereich

deutlicher zeigte, was darauf zurückzuführen ist, dass es sich bei der Therapie vor allem um eine psychotherapeutische Behandlung handelte, bei der das Hauptaugenmerk natürlich auf psychische Beeinträchtigungen gelegt wurde. In der Kontrollgruppe zeigte sich in keinem der beiden Bereiche eine signifikante Verbesserung.

Wie bereits in einigen Studien (vgl. DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; DeRubeis et al., 2005; Gibbons et al., 2010; Hollon et al., 2005; Pampallona et al., 2004) gezeigt werden konnte, kann es durch eine psychotherapeutische Behandlung zu einer deutlichen Verbesserung der Depressivität kommen. Auch in der aktuellen Studie konnte eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der depressiven Merkmale, als Effekt der Behandlung, in der Versuchsgruppe erzielt werden. Diese Verbesserung zeigte sich jedoch sowohl in der Versuchs- als auch der Kontrollgruppe, wobei der Effekt in der Versuchsgruppe deutlicher war. Die Verbesserung in der Kontrollgruppe kann darauf zurückgeführt werden, dass die Patienten durch die Hoffnung auf einen möglichen Therapieplatz eine kurzfristige Verbesserung der depressiven Symptomatik zeigten.

Vergleichsweise kann die Subskala der Depressivität des BSI herangezogen werden, in der es ebenso zu einer deutlichen Verbesserung der depressiven Symptomatik kam. Hier zeigte sich jedoch nur für die Versuchsgruppe, die auch tatsächlich eine Behandlung erhalten hatte, eine signifikante Veränderung über den Behandlungszeitraum.

In der Literatur hat sich gezeigt, dass es bei Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen deutlich häufiger zum Auftreten einer Alexithymie kommt (Leweke & Bausch, 2009). Dies konnte auch in der vorliegenden Stichprobe festgestellt werden.

Verschiedene Studien (Ogrudniczuk et al., 2011; Sifneos, 1973; Taylor & Bagby, 2004, zitiert nach Rufer & Grabe, 2009) zeigten, dass das Vorhandensein einer Alexithymie einen negativen Einfluss auf den Erfolg einer Psychotherapie haben kann. Die Gründe dafür werden vor allem in der Unfähigkeit der Patienten, ihre Gefühle zu kommunizieren und zu differenzieren, gesehen, wodurch es diesen schwer fällt, sich auf eine Psychotherapie einzulassen, da genau das in einer Therapie umgesetzt werden soll (Ogrudniczuk et al., 2011; Vanheule et al., 2011). Hinsichtlich der alexithymen Merkmale zeigte sich in der untersuchten Patientengruppe keine signifikante Veränderung aufgrund der Therapie, wodurch

die Annahme, dass es sich bei einer Alexithymie um eine stabile Persönlichkeitseigenschaft handelt (vgl. Swiller, 1988; Taylor & Bagby, 2004; Tolmunen et al., 2011), unterstützt wird. Um eine signifikante Verbesserung in diesem Bereich erlangen zu können, wäre eine längere Therapiespanne sowie ein speziell auf die Bedürfnisse von alexithymen Personen ausgerichtetes Therapieangebot (z.B. alternative Angebote zur Gesprächstherapie) notwendig, was im Hinblick auf die Auftretenshäufigkeit in unserer Stichprobe am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik berücksichtigt werden sollte.

Hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung konnte auf fast allen Subskalen – ausgenommen jener der phobischen Angst – eine signifikante Verbesserung in der Versuchsgruppe festgestellt werden. Vor allem auf der Subskala „Unsicherheit in Sozialkontakten“ zeigte sich bei den Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptomatik. Dies ist ein wichtiger Fortschritt für die Patienten, da es bei vielen Krankheitsbildern zu einer Beeinträchtigung in diesem Bereich kommt.

Die Kernsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung bestehen vor allem in einer gestörten Affektregulation, Identitätsproblemen als auch Problemen im zwischenmenschlichen Bereich (Bohus & Schmahl, 2006). Im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung kam man in vielen Studien (vgl. Barnow et al., 2011; Kleindienst et al., 2011; Korzekwa et al., 2009) auch zu dem Ergebnis, dass dissoziative Symptome sehr häufig mit dieser Erkrankung in Verbindung stehen. Deshalb wurde die dissoziative Symptomatik in der vorliegenden Untersuchung nur in Zusammenhang mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhoben. Die dissoziative Symptomatik ist multifaktoriell bedingt (Korzekwa et al., 2009) und wird in Verbindung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein Symptom der gestörten Affektregulation gesehen (Bohus & Schmahl, 2006).

Derzeit werden vor allem psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt (vgl. Bohus & Kröger, 2011; Lieb et al., 2004). Meist wird ein multimodaler Ansatz verfolgt, bei dem verschiedene therapeutische Methoden (z.B. Einzel-/Gruppentherapie, pharmakologische Therapie, Krisenintervention) zum Einsatz kommen (Bohus & Kröger, 2011). Im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde vor allem die dialektisch behaviorale Therapie hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im stationären als auch ambulanten Bereich überprüft (Bohus & Schmahl, 2006; Kliem et al., 2010).

In verschiedenen Studien (Bohus et al., 2000, 2004; Kröger et al., 2006; Roepke et al., 2011) konnte die Wirksamkeit des Therapieprogramms hinsichtlich verschiedener Bereiche (Reduzierung von Depression, Angst sowie selbstschädigendem Verhalten) demonstriert werden.

Hinsichtlich der allgemeinen Borderline-Symptomatik zeigte sich durch die multimodale Behandlung des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik im Vergleich zwischen Aufnahme und Entlassung eine signifikante Verbesserung in der Versuchsgruppe. Auch auf der Subskala „Aggressivität“ des BSI konnte eine signifikante Verbesserung erzielt werden. Vor allem in Hinblick auf das selbstschädigende Verhalten sowie die Aggressionsausbrüche der Borderline-Patienten, die mit einer gestörten Affektregulation in Verbindung stehen, stellt dies ein bedeutendes Ergebnis dar. Bezüglich einer dissoziativen Symptomatik zeigte sich in der aktuellen Versuchsgruppe jedoch keine signifikante Verbesserung nach Abschluss der Behandlung.

Hinsichtlich der Beurteilung der Qualität der Behandlung durch die Patienten zeigte sich eine deutliche Zufriedenheit mit dem Behandlungsangebot und der Klinik.

7.1. Kritik und Ausblick

Auch unsere Studie weist natürlich einige Einschränkungen auf, die man bei zukünftigen derartigen Studien bereits vor der Durchführung in die Planung miteinbeziehen sollte. Erst durch die Vorgabe unserer Fragebogenbatterie hat sich gezeigt, dass einige für uns gut verständliche Fragen für unsere Patienten nicht so eindeutig verständlich waren. Vor allem im Bereich der soziodemographischen Daten war es vielen Patienten nicht möglich, ohne nachzufragen einige Punkte zu beantworten. Hier bedarf es einer Überarbeitung beziehungsweise einer Umformulierung einiger Fragen. Auch eine Kürzung dieses Fragenbereichs könnte in Erwägung gezogen werden, da manche Punkte sich erst im Nachhinein als unbedeutend für die Untersuchung erwiesen haben. Auch könnte dadurch die Bearbeitung für die Patienten ökonomischer gestaltet werden, da viele bereits nach der Beantwortung der soziodemographischen Daten erschöpft waren.

Weiters könnte man sich überlegen, ob eine zusätzliche Vorgabe von

Fremdbeurteilungsskalen an die Therapeuten aussagekräftiger wäre beziehungsweise könnte man dadurch einen Vergleich zwischen der subjektiven Sichtweise der Patienten und jener der Therapeuten anstellen. Ebenso könnte man die visuellen Analogskalen, die in der aktuellen Studie nur von den Therapeuten ausgefüllt wurden, auch den Patienten vorgeben, wodurch man auch einen Vergleich der beiden Sichtweisen anstellen könnte.

Auch die Rekrutierung von Personen für die Kontrollgruppe hat sich schwieriger gestaltet als angenommen, wodurch eine nicht so große Anzahl an Kontrollpersonen erreicht werden konnte, als wir im Vorhinein veranschlagt hatten. Hier wäre eine bessere Information beziehungsweise generell ein anderes Vorgehen notwendig, da die Zusendung der Fragebogenbatterie per Post für die Patienten anscheinend nicht sehr ansprechend war. Möglicherweise wäre ein Sammeltermin, an dem man die Patienten direkt ins Haus einlädt und sie dadurch auch vor Ort bei der Beantwortung unterstützen kann, effektiver.

Obwohl unsere Studie auch einige Kritikpunkte aufweist, konnte zumindest für diese klinische Stichprobe gezeigt werden, dass das vielfältige Therapieangebot der Psychotherapiestation sowie der Tagesklinik von den Patienten gut angenommen wird und dadurch auch sehr große Erfolge bei der Behandlung verschiedener Störungsbilder sowie im Bereich der Bewältigung alltäglicher Probleme verzeichnet werden können.

7.2. Abstract

Mit Hilfe dieser Evaluationsstudie sollte das multimodale Behandlungsangebot am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik des Otto-Wagner-Spitals auf seine Wirksamkeit hinsichtlich verschiedener Bereiche überprüft werden. Dafür wurde einer klinischen Patientenstichprobe, die aus einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe bestand, eine Fragebogenbatterie sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung zur Bearbeitung vorgelegt, wobei die Kontrollgruppe keine Behandlung erhielt und den Fragebogen per Post zugesandt bekam. Die Ergebnisse zu beiden Zeitpunkten wurden miteinander verglichen, um den Effekt der Behandlung zu überprüfen.

Insgesamt bestand die Stichprobe aus 88 Patienten, von denen sich 60 in Behandlung am Otto-Wagner-Spital (Wien) befanden und 28 Personen, die sich um einen Behandlungsplatz bewarben, aber keine direkte Behandlung erhielten. Für die Hypothesenprüfung wurde das allgemeine lineare Modell für Messwiederholungen verwendet. Im Falle einer Verletzung der Voraussetzungen dieses Modells wurde auf den t-Test für abhängige (Zeiteffekt) beziehungsweise unabhängige Stichproben (Gruppeneffekt) zurückgegriffen.

Die Hauptergebnisse bestanden in einer deutlichen Verbesserung sowohl der psychischen als auch der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Versuchsgruppe, ebenso zeigte sich in der Versuchsgruppe eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik und der für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung typischen Symptome über den Behandlungszeitraum. In Bezug auf alexithyme Merkmale zeigte sich in der Patientenstichprobe keine Veränderung über den Behandlungszeitraum.

Das Behandlungsangebot des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik erwies sich als besonders gewinnbringend für die getesteten Patienten. Es zeigte sich eine deutliche Verbesserung verschiedenster krankheitsbedingter Symptome über den Behandlungszeitraum. In Hinblick auf das Ausmaß der vielen Patienten, die typische Merkmale einer Alexithymie zeigten, sollte das Behandlungsangebot noch stärker auf die speziellen Bedürfnisse dieser Patientengruppe ausgerichtet werden.

8. Literaturverzeichnis

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Anderson, I.M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders*, 58 (1), 19-36.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., v. Bijl, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (1), 3-21.

Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V. & Klein, D.N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 115, 112-121.

Atria, M., Reimann, R. & Spiel, C. (2006). Qualitätssicherung durch Evaluation. Die Bedeutung von Zielexplication und evaluativer Haltung. In Ch. Steinebach (Hrsg.), *Handbuch Psychologische Beratung* (S. 574-586). Stuttgart: Klett-Cotta.

Attkisson, C.C. & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5 (3), 233-237.

Bach, M., Bach, D., De Zwaan, M., Serim, M. & Böhmer, F. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 23-28.

Bagby, R.M., Parker, J.D. & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Atkinson, L. (1988). Alexithymia: A comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.

Balzer, L., Frey, A. & Nenniger, P. (1999). Was ist und wie funktioniert Evaluation? *Empirische Pädagogik*, 13 (4), 393-413.

Barnow, S., Limberg, A., Stopsack, M., Spitzer, C., Grabe, H.J., Freyberger, H.J. et al. (2011). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 1-12.

Baumann, U. & Perrez, M. (2006). Grundlagen der Klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 1-16). Wien: Springer.

Baune, B.T., Adrian, I. & Jacobi, F. (2007). Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 109-118.

Bebbington, P.E. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beesdo, K. & Wittchen, H.-U. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 731-762). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bernstein-Carlson, E. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.

Beutel, M.E., Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Bahrke, U., Negele, A., Haselbacher, A. et al. (2012). Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13

(117), 1-8.

Bhar, S.S., Brown, G.K. & Beck, A.T. (2008). Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22 (2), 165-177.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C. et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, Chapman, A.L. et al. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39.

Bohus, M. & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum gegenwärtigen Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 82, 16-24.

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M. et al. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.

Bohus, M., Limberger, M., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptomliste. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 201-211.

Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (49), A3345-3352.

Bohus, M., Schmahl, C. & Lieb, K. (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6, 43-50.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Brockmeyer, T., Pfeiffer, N., Grosse-Holtforth, M., Zimmermann, J., Kämmerer, A., Friederich, H.-C. et al. (2012). Mood regulation and cognitive reactivity in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 634-642.

Bullinger, M. (1995). German translation and psychometric testing of the SF-36-Health-Survey: Preliminary results from the IQOLA project. *Social Science and Medicine*, 41, 1359-1366.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health-Survey. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 43, 190-197.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36-Health-Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1, 21-36.

Butschek, C. (2006). <F3> Affektive Störungen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 175-196). Wien: Springer.

Cacioppo, J.T., Uchino, B.N., Crites, S.L., Snydersmith, M.A., Smith, G., Berntson, G.G. et al. (1992). Relationship between facial expressiveness and sympathetic activation in emotion: A critical review with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 110-128.

Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J. & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.

Cook, T.D. & Matt, G.E. (1990). Theorien der Programmevaluation – Ein kurzer Abriss. In U. Koch & W.W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen* (S. 15-38). Berlin: Springer.

Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (9), 1219–1229.

Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E. & Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.

Danese, A., Moffitt, T.E., Harrington, H.L., Milne, B.J., Polanczyk, G., Pariante, C. et al. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163 (12), 1135-1143.

Derogatis, L.R. (1975). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Derogatis, L.R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, scoring and procedures manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

DeRubeis, R.J. & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 37-52.

DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M. et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2011). *Standards für Evaluation*. Zugriff am 19.04.2013. Verfügbar unter <http://www.degeval.de/degeval-standards/standards>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI (2012). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision) – ICD-10*. Zugriff am 09.11.2012. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/>

Dieris-Hirche, J., Milch, W.E., Kupfer, J.P., Leweke, F. & Gieler, U. (2012). Alexithymie bei Neurodermitis. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 62 erwachsenen Neurodermitikern. *Psychotherapeut*, 57, 42-49.

Drost, J., Van der Does, A.J.W., Antypa, N., Zitman, F.G., Van Dyck, R. & Spinhoven, Ph. (2012). General, specific and unique cognitive factors involved in anxiety and depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 621-633.

Eaton, N.R., Krueger, R.F., Keyes, K.M., Skodol, A.E., Markon, K.E., Grant, B.F. et al. (2011). Borderline personality disorder comorbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41 (5), 1041-1050.

Ebner-Priemer, U.W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M.Z. et al. (2009). Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 34 (3), 214-222.

Eckert, J., Dulz, B. & Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271-285.

Engels, F. (2002). *Die Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen nach Otto Kernberg*. Zugriff am 04.07.2013. Verfügbar unter http://www.psychiatriegespraech.de/ressourcen/textsammlung/f_engels_klassifikation_persoeneichkeitsstoerungen_kernberg

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd edition). London: Sage.

Fleischhaker, C. & Schulz, E. (2011). *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg: Springer.

Franz, M., Popp, K., Schäfer, R., Sitte, W., Schneider, C. & Hardt, J. (2008). Alexithymia in the german general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (1), 54-62.

Franz, M., Schneider, C., Schäfer, R., Schmitz, N. & Zweyer, K. (2001). Faktorenstruktur und Testgütekriterien der deutschen Version der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) bei psychosomatischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 48-55.

Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381.

Gibbons, C.J., Fournier, J.C., Wiltsey Stirman, S., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Beck, A.T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125 (1-3), 169–176.

Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J. et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160 (11), 2018-2024.

Grabe, H.J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G.H. et al. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194.

Grabe, H.J. & Rufer, M. (2009). Neurobiologie und Genetik der Alexithymie. In H.J.

Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 69-82). Bern: Huber.

Grabe, H.J. & Scheidt, C.E. (2009). Einführung: Das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung. In H.J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 19-40). Bern: Huber.

Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D. et al. (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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 533-545.

Grilo, C.M., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Stout, R.L. et al. (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 767-775.

Gunderson, J.G. & Ridolfi, M.E. (2001). Borderline personality disorder: Suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Science*, 932, 61-73.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, Ch. (2009). *BDI-II – Beck Depressions-Inventar Revision* (2. Aufl.). Frankfurt/Main: Pearson.

Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (2003). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen* (S. 215-257). Göttingen: Hogrefe.

Herpertz, S.C. (2011). Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 82, 9-15.

Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N., Buchheim, P. et al. (2010). Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und*

Psychotherapie, 56, 136-149.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P. et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.

Homepage des Sozialmedizinischen Zentrums-Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital. Verfügbar unter:
http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?ID=911 Zugriff am:
26.05.2012.

Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3-9.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1-15.

Johnson, D.P., Whisman, M.A., Corley, R.P., Hewitt, J.K. & Rhee, S.H. (2012). Association between depressive symptoms and negative dependent life events from late childhood to adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40 (8), 1385-1400.

Jørgensen, M.M., Zachariae, R., Skytthe, A. & Kyrik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapie and Psychosomatics*, 76, 369-375.

Kardorff, E.v. (2007). Qualitative Evaluationsforschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 238-250). Reinbek/Hamburg: Rowohlt.

Keller, M.B. (2003). Past, present and future directions for defining optimal

treatment outcome in depression: remission and beyond. *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3152-3160.

Kelman, N. (1952). Clinical aspects of externalized living. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 15-23.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O. & Prescott, C.A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.

Kendler, K.S., Karkowski, L.M. & Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.

Kendler, K.S., Thornton, L.M. & Gardner, C.O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 582-586.

Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R. et al. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Kleindienst, N., Limberger, M.F., Ebner-Priemer, U., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger et al. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of*

Personality Disorders, 25 (4), 432-447.

Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T. et al. (2010). Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 55, 247-263.

Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (6), 936-951.

König, H.-H., Lupp, M. & Riedel-Heller, S. (2010). Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 213-215.

Korzekwa, M.I., Dell, P.F. & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: An update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11, 82-88.

Kröger, C. & Kosfelder, J. (2007). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (1), 11-17.

Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K.G., Schunert, T. et al. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.

Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 105-131.

Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt*, 78, 651-656.

Kuo, J.R. & Linehan, M.M. (2009). Disentangling emotion process in borderline

personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 188, 531-544.

Lang, S., Stopsack, M., Kotchoubey, B., Frick, C., Grabe, H.J., Spitzer, C. et al. (2011). Cortical inhibition in alexithymic patients with borderline personality disorder. *Biological Psychology*, 88, 227-232.

Laux, G. (2003). Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung. In H.-J. Möller & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 1159-1210). Berlin: Springer.

Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024

Lazarus, R.S., Averil, J.R. & Opton, E.M. (1971). Towards a cognitive theory of emotion. In L. Levi (Hrsg.), *Society, stress and disease. Bd 1: The psychosocial environment and psychosomatic disease: Proceedings of an International Interdisciplinary Symposium held in Stockholm, April 1970* (S. 190-205). Oxford: University Press.

Leonhart, R. (2010). *Datenanalyse mit SPSS*. Göttingen: Hogrefe.

Leweke, F. & Bausch, S. (2009). Alexithymie und Krankheit – Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. In H.J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 127-148). Bern: Huber.

Leweke, F., Bausch, S., Leichsenring, F., Walter, B. & Stingl, M. (2009). Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 19 (3), 323-331.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.

Links, P.S., Steiner, M., Offord, D.R. & Eppel, A. (1988). Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 336-340.

Livesley, W.J., Jang, K.L. & Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.

Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F. & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 147-152.

Ludaescher, 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.

Lumley, M.A., Stettner, L. & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 501-508.

Martin, J.B. & Pihl, R. (1986). Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress response in normal individuals. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 66-77.

Marty, P. & de M'Uzan, M. (1963). La „pensée opératoire“. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, 1345-1356.

McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C. et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II und II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256-264.

Möller, H.J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Duale Reihe (3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 19-37.

Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E. & Joyce, A.S. (2011). Der Einfluss von Alexithymie auf Behandlungsverlauf und -ergebnis von Psychotherapie: Eine programmatische Überprüfung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47, 94-110.

Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L. et al. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.

Patry, J.-L. & Perrez, M. (2000). Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 19-40). Bern: Huber.

Paykel, E.S. (2006). Depression: major problem for public health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15 (1), 4-10.

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T. & Wittchen, H.-U. (2008). Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51, 411-421.

Purucker, M. (2008). Klinische Psychotherapie: Qualitative Bedeutung und Umsetzung integrativer Behandlungskonzepte in Akutkliniken für Psychiatrie,

Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapie*, 13 (1), 70-77.

Rießland-Seifert, A., Rohrhofer, M., Weipert, S., Kalusch-Klug, I., Miksch, H., Jaksch, A. et al. (2010). *Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik. 3-5 Jahres Strategie*. Unveröffentlichtes Manuskript, Wien, S. 13-25.

Roedema, T.M. & Simons, R.F. (1999). Emotion-processing deficit in alexithymia. *Psychophysiology*, 36, 379-387.

Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A. et al. (2011). Dialectical behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 148-158.

Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1993). *Evaluation. A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Rost, J. (2000). Allgemeine Standards für Evaluationsforschung. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 129-140). Bern: Huber.

Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.

Rufer, M. & Grabe, H.J. (2009). Alexithymie und Psychotherapie – Forschungsstand und Konsequenzen für die Praxis. In H.J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 183-200). Bern: Huber.

Saarni, S.I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. et al. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, 326-332.

Salminen, J.K., Saarijarvi, S., Aärelä, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B.J., Belik, S.-L., Clara, I. & Stein, M.B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2109-2116.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

Schäfer, R. & Franz, M. (2009). Ätiologische Aspekte – Psychophysiologie und Informationsverarbeitung. In H.J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 83-104). Bern: Huber.

Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.D., Di Salle, F., Greffrath, W. et al. (2006). Neural correlates in antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 659-667.

Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 39, 248-255.

Schmidt, J. & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 392-396). Göttingen: Hogrefe.

Scriven, N. (1980). *The logic of evaluation*. California: Edg-Press.

Shea, M.T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L.C., Grilo, G.M., McGlashan, T. et al. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2036-2041.

Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M. & Lohr, N.E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.

Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B. & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1027-1033.

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.

Sowislo, J.F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 213-240.

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J. & Grabe, H.J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5, 82-86.

Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. (2005). *FDS – Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.

Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F. & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173-180.

Stockmann, R. (2000). *Evaluationsforschung*. Opladen: Leske & Budrich.

Swiller, H.I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 47-61.

Taylor, G.J. (1976). Alexithymia and the counter-transference. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 141-147.

Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., Parker, J.D.A., Doody, K.F. & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.

Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S.M., Hintikka, J., Honkalampi, K. & Kauhanen, J. (2011). Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 536-541.

Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J. et al. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425.

Trull, T., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P.K. & Sher, K.J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24 (4), 412-426.

Üstün, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.

Vanheule, S., Verhaeghe, P. & Desmet, M. (2011). In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 84-97.

Veith (1965). *Hysteria. The history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press.

Walter, M., Dammann, G., Selinger, J. & Frommer, J. (2008). Identität und Identitätsstörung bei Persönlichkeitsstörungen: Definition, Konzeptionen und Perspektiven aus psychodynamischer Sicht. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159, 304-312.

Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B. & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.

Wingenfeld, K. & Wolf, O.T. (2011). HPA axis alterations in mental disorders: impact on memory and its relevance for therapeutic interventions. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17, 714-722.

Winograd, G., Cohen, P. & Henian, C. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.

Wolf, M., Limberger, M.F., Kleindienst, N., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Philipsen, A. et al. (2009). Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23): Entwicklung und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59 (8), 321-324.

Wottawa, H. (1986). Evaluation. In B. Weidenmann, A. Krapp, M. Hofer, G.L. Haber & H. Mandl (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 703-733). München: Urban & Schwarzenberg.

Wottawa, H. & Thierau, M. (1998). *Lehrbuch Evaluation* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J.G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 177-184.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Vujanovic, A.A., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2004). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 416-420.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O. & Frankenburg, F.R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.

Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F. et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Marino, M.F. et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among

borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 381-387

Zimmermann, M. & Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

Zimmermann, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.

9. Tabellen und Abbildungen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Patientenstichprobe.....94

Tabelle 2: Psychopathologische Merkmale der Patientenstichprobe.....97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des Evaluationsprozesses.....17

Abbildung 2: Verlauf depressiver Störungen.....33

Abbildung 3: Lernpsychologisch-verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell nach Lewinsohn.....37

Abbildung 4: Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata.....38

Abbildung 5: Modell der erlernten Hilflosigkeit.....39

Abbildung 6: Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....51

Abbildung 7: Graphische Darstellung des Studiendesigns.....69

Abbildung 8: Verteilung der Geschlechter in Versuchs- und Kontrollgruppe.....91

Abbildung 9: Altersverteilung im Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe.....92

Abbildung 10: Verteilung der psychotherapeutischen Vorerfahrung im Vergleich von Versuchs- und Kontrollgruppe.....96

<i>Abbildung 11:</i> Ergebnisdarstellung zur Subskala der physischen Gesundheit der SF-36.....	99
<i>Abbildung 12:</i> Darstellung des Gruppen- und Zeiteffekts der Subskala der psychischen Gesundheit der SF-36.....	100
<i>Abbildung 13:</i> Gruppen- sowie Zeiteffekt bezüglich der depressiven Symptomatik.....	101
<i>Abbildung 14:</i> Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf alexithyme Merkmale und deren Veränderung über den Behandlungszeitraum.....	102
<i>Abbildung 15:</i> Ergebnisdarstellung der Veränderung über den Behandlungszeitraum hinsichtlich der Subskala Unsicherheit in Sozialkontakten des BSI.....	104
<i>Abbildung 16:</i> Gruppen- sowie Zeiteffekt, die mithilfe der Subskala Depressivität des BSI erfasst wurden.....	105
<i>Abbildung 17:</i> Ergebnisdarstellung für die Subskala Aggressivität, die mit dem BSI erfasst wurde.....	107
<i>Abbildung 18:</i> Darstellung des Gruppen- sowie Zeiteffekts in Versuchs- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Borderline-Symptomatik.....	109
<i>Abbildung 19:</i> Darstellung der Veränderung der dissoziativen Symptomatik über den Behandlungszeitraum.....	110
<i>Abbildung 20:</i> Einschätzung der Zufriedenheit der Patienten mit dem Behandlungsangebot.....	111
<i>Abbildung 21:</i> Objektive Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeuten.....	112

10. Anhang

10.1. Einverständniserklärung

Evaluationsstudie 1. Psych. Abteilung OWS ZSTP 2012

PatientInneninformation¹ und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

**Studie zur Evaluierung der Behandlung am Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie
und Psychosomatik (Pavillon 2 und Pavillon 20/3), 1. Psychiatrische Abteilung,
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital**
(Vollständiger Titel der Studie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch mit dem Leitungsteam der Studie.

Ihre Teilnahme an dieser Evaluierungsstudie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.

Studien dieser Art sind notwendig, um verlässliche neue Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit dem Leitungsteam der Studie sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur,

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen, und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Patient an dieser Studie im Klaren sind.

Zu dieser Studie sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist zu überprüfen, inwieweit die Behandlung am Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik für die Patienten zu prüfbar Veränderungen führt, d.h. inwieweit die Behandlung zu einer Verbesserung der Stimmung und der Lebensqualität sowie zu einer Reduktion der Symptome der Patienten beiträgt.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text zum Teil auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Personenbegriffe verzichtet. Gemeint und angesprochen sind – sofern zutreffend – immer beide Geschlechter.

2. Wie läuft die Studie ab?

Diese Studie wird am Pavillon 2 und am Pavillon 20/3 des OWS durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 100 Personen daran teilnehmen. Ihre Teilnahme an dieser Studie wird über die Gesamtdauer Ihrer Behandlung gehen, also durchschnittlich 12 Wochen dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Vorgabe einer Fragebogenbatterie bei Anmeldung, bei Aufnahme zur stationären Behandlung auf Pavillon 2 oder Pavillon 20/3 und bei Entlassung von Pavillon 2 oder Pavillon 20/3. Sollten Sie nach einem Aufenthalt auf Pavillon 2, am Pavillon 20/3 weiterbehandelt werden, nochmalige Vorgabe vor der Entlassung aus der Tagesklinik.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Es ist möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser Studie keinen direkten Nutzen für Ihre Gesundheit ziehen.

Durch die Teilnahme an der Studie tragen Sie zu einer objektiven Überprüfung der Behandlung bei und unter Umständen zu einer Verbesserung der Qualität des Behandlungsangebots des Zentrums für Spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik, sodass künftigen Patienten weiterhin ein wirksames und den Anforderungen einer notwendigen Qualitätskontrolle entsprechendes Behandlungsangebot zur Verfügung steht.

8. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

9. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Studienleiter und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der **Schweigepflicht**.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu **statistischen Zwecken**, und Sie werden **ausnahmslos darin nicht namentlich genannt**. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie werden Sie **nicht namentlich genannt**.

10. Entstehen für die Patienten Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Weiters erhalten Sie bei Ihrer Teilnahme an dieser Studie keinerlei Kostenersatz oder Vergütung.

11. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen Ihnen der Studienleiter und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Pav. 2

Mag. Dr. Isabella Kalusch-Klug.....

Ständig erreichbar unter:

01/91060/20220 (zw. 8:00-14:00 Uhr).....

Name der Kontaktperson: Pav. 2

DPGKS Waltraud Doppelhofer.....

Ständig erreichbar unter:

01/91060/20220...(zw. 8:00-14 Uhr).....

Name der Kontaktperson: Pav. 20/3

OÄ Dr. Maria-Theresia Rohrhofer.....

Ständig erreichbar unter:

01/91060/22030.....(zw. 8:00-13 Uhr).....

13. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie zur Evaluierung der Behandlung am Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik (Station Pavillon 2 und Tagesklinik Pavillon 20/3), 1. Psychiatrische Abteilung, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital teilzunehmen.

Ich bin von der Vertretung der Studienleitung ausführlich und verständlich über Wesen und Bedeutung der Studie sowie sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 4 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von der Studienleitung verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte des Auftraggebers und der zuständigen Behörden bei der Studienleitung Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienleiter.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Studienleiters)

(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Studienleiters.)

Nr.	FB.	P2	TAK
-----	-----	----	-----

INSTRUKTION – Bitte sorgfältig durchlesen:

VIELEN DANK, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der folgenden Studie zur Evaluierung der Behandlung am Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik teilzunehmen!

Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen bewusst Zeit und lesen Sie sich die Antworten und Fragen genau durch.

Bei dieser Befragung gibt es **keine richtigen oder falschen Antworten**.

Wichtig ist, dass Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit ankreuzen. Lesen Sie darum alles genau durch und beantworten Sie die Fragen langsam der Reihe nach.

Beantworten Sie bitte alle Fragen auf allen Seiten. Für die wissenschaftliche Auswertung ist es erforderlich, dass keine Frage versehentlich ausgelassen wird.

Wir sichern Ihnen zu, dass die in dieser Evaluationsstudie erhobenen Daten lediglich für Forschungszwecke **anonymisiert** verwendet und **streng vertraulich behandelt** werden

Jede Frage hat mehrere Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit an (s. Beispiel):

Beispiel:

Ich fühle mich müde.	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
	☐	☒	☐	☐	☐

Nach Beendigung des Fragebogens bitten wir Sie, nochmals zu kontrollieren, ob Sie alle Seiten ausgefüllt haben.

WIR BEDANKEN UNS NOCH EINMAL GANZ HERZLICH FÜR IHRE TEILNAHME!



INSTRUKTION: Im folgenden bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer derzeitigen Lebenssituation zu machen.
Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Angabe an beziehungsweise machen Sie entsprechende Angaben auf der dafür vorgesehenen Linie.

1. Höchste abgeschlossene Schulausbildung

Hauptschulabschluss	☐
Lehrabschluss	☐
Matura/Fachmatura	☐
Hochschulabschluss	☐

Andere abgeschlossene Schulausbildung: _____

2. Arbeit

	Ja	Nein
Keine Berufsausbildung	☐	☐
Ich gehe einer Arbeit oder Tätigkeit nach	☐	☐
Wenn JA, welcher? _____		
Ich bin in einem Beschäftigungsprojekt tätig	☐	☐
Ich nehme an AMS-Maßnahmen teil	☐	☐
Wenn NEIN, wann haben Sie zuletzt gearbeitet? _____		

3. Einkommen

Welcher Art ist ihr Einkommen?
Mehrfachantwort ist möglich!

Krankengeld bei aufrechtem Arbeitsverhältnis	☐
Arbeitslosenunterstützung	☐
Notstandshilfe	☐
Pensionsvorschuss	☐
Befristete Pension	☐
Wenn JA, seit _____ bis _____	
Unbefristete Pension	☐
Mindestsicherung	☐
Unterstützung durch Eltern/ Partner	☐
Sonstiges (Kindergeld, Stipendium, Mieteinnahmen, etc.)	☐

Sind Schulden vorhanden?	Ja ☐	Nein ☐
--------------------------	--------------------------	----------------------------

4. Wohnen

Wo wohnen Sie zur Zeit?

Wohnheim	☐
Betreutes Einzelwohnen	☐
Eigentumswohnung	☐
Mietwohnung	☐
Therapeutische Wohngemeinschaft	☐
Andere Wohneinrichtungen	☐
Wenn JA, welche? _____	
Obdachlos/ keine Wohnung	☐

Wie lange wohnen Sie schon dort? _____ Jahre/ _____ Monate	Ist diese Wohnmöglichkeit zeitlich begrenzt? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Ja ☐</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nein ☐</td> </tr> </table>	Ja ☐	Nein ☐
Ja ☐	Nein ☐		

5. Familie/LebenspartnerIn	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> </tr> <tr> <td>Haben Sie eine/n Lebenspartner/in?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Ihrer Familie?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Werden Sie von Ihrer Familie/ LebenspartnerIn unterstützt?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie Kinder, die Sie versorgen müssen?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Freunden/ Bekannten?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Ja	Nein	Haben Sie eine/n Lebenspartner/in?	☐	☐	Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Ihrer Familie?	☐	☐	Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat			Werden Sie von Ihrer Familie/ LebenspartnerIn unterstützt?	☐	☐	Haben Sie Kinder, die Sie versorgen müssen?	☐	☐	Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Freunden/ Bekannten?	☐	☐	Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat		
	Ja	Nein																							
Haben Sie eine/n Lebenspartner/in?	☐	☐																							
Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Ihrer Familie?	☐	☐																							
Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat																									
Werden Sie von Ihrer Familie/ LebenspartnerIn unterstützt?	☐	☐																							
Haben Sie Kinder, die Sie versorgen müssen?	☐	☐																							
Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Freunden/ Bekannten?	☐	☐																							
Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat																									

6. Körperliche und psychische Erkrankungen	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Waren Sie im letzten Jahr wegen körperlicher oder psychischer Erkrankungen im Krankenhaus oder einer Kurklinik?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ja ☐</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Nein ☐</td> </tr> </table>	Waren Sie im letzten Jahr wegen körperlicher oder psychischer Erkrankungen im Krankenhaus oder einer Kurklinik?	Ja ☐	Nein ☐
Waren Sie im letzten Jahr wegen körperlicher oder psychischer Erkrankungen im Krankenhaus oder einer Kurklinik?	Ja ☐	Nein ☐		

Wenn JA, <u>wie viele Tage</u> insgesamt in stationärer Behandlung? _____ Tage Wenn JA, wegen welcher Erkrankung? _____ Wenn JA, wie viele Tage waren Sie auf einer psychiatrischen Akutstation? _____ Tage Diagnose _____	Wie häufig waren Sie <u>in den letzten 3 Monaten</u> bei einem Arzt/ Hausarzt? (z.B. 2x, 5x, etc..) _____ Wie häufig waren Sie <u>in den letzten 3 Monaten</u> bei einem Psychiater/Psychologen? (z.B. 2x, 4x, etc..) _____ Gibt es psychotherapeutische Vorerfahrungen <u>in den letzten fünf Jahren</u>? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 50px; text-align: center;">Ja ☐</td><td style="width: 50px; text-align: center;">Nein ☐</td></tr></table> Wie lange waren Sie im <u>letzten Jahr</u> krank geschrieben? _____ Wochen	Ja ☐	Nein ☐
Ja ☐	Nein ☐		

7. Erstaufritt der Probleme

Seit wann etwa haben Sie psychische Probleme? (Bitte geben Sie den betreffenden Zeitraum in Jahren an, z.B. 3 Jahre, 0,6 Jahre,....etc)

_____ Jahre

8. Alkoholkonsum/Drogenkonsum

Haben Sie im Vorfeld zur Aufnahme Alkohol konsumiert?

Ja

Nein

Wenn JA, wie oft? (z.B. 1x Monat, 1x Woche, mehrmals pro Woche, etc.)

Was trinken Sie in der Regel?

In welcher Mengenordnung? (z.B. 1-2 Getränke/ Woche, 5 Getränke/ Woche, etc....)

Haben Sie im Vorfeld zur Aufnahme Drogen konsumiert?

Ja

Nein

Wenn JA, welche Substanzen?

Wie oft? (z. B. 1-2 x Monat, öfter, etc)

9. Medikamenteneinnahme

Haben Sie in der Zeit vor der Aufnahme Medikamente/ Psychopharmaka eingenommen?

Ja

Selten

Gelegentlich

Nie

		Haben Sie in der Zeit vor der Aufnahme rezeptfreie Medikamente (Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmittel, pflanzliche Mittel, Homöopathische Arzneien) eingenommen?				
		Ja	Selten	Gelegentlich	Nie	
		☐	☐	☐	☐	

10. Sportliche Aktivitäten

Betreiben Sie Sport?	Ja	Nein
	☐	☐

Wenn JA, wie häufig? _____
(z.B. 1x Monat, 1x Woche, etc....)

Wie viele Stunden treiben Sie dann jeweils Sport? _____

Wenn JA, welche Sportart betreiben Sie? _____

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend Fragen die es ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ausgezeichnet	☐
Sehr gut	☐
Gut	☐
Weniger gut	☐
Schlecht	☐

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Derzeit viel besser als vor einem Jahr	☐
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr	☐
Etwa so wie vor einem Jahr	☐
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	☐
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	☐

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.
Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt?
Wenn ja, wie stark?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kugeln, Golf spielen	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
Mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐
Einen Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
Sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
Mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
Sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	☐	☐

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐	☐

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?
Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	☐
Etwas	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?
Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ich hatte keine Schmerzen	☐
Sehr leicht	☐
Leicht	☐
Mäßig	☐
Stark	☐
Sehr stark	☐

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	☐
Ein bisschen	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen -	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
So niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheuern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Müde?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt?
Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Immer	☐
Meistens	☐
Manchmal	☐
Selten	☐
Nie	☐

11. Inwiefern trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin genau so gesund wie alle anderen, die ich kenne	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erfreue mich ausgezeichnete Gesundheit	☐	☐	☐	☐	☐

Befinden (EMI-10)

INSTRUKTION: Überlegen Sie sich, wie Sie sich **in der letzten Woche vorwiegend gefühlt haben** und streichen Sie dann das zutreffende Feld an. Lesen Sie zunächst die beiden entgegengesetzten Gefühle pro Zeile und entscheiden Sie dann, welche Richtung für Sie eher zutrifft.

Während der letzten Woche fühlte ich mich vorwiegend									
1.	träge	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	energievoll	
2.	froh	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	bedrückt	
3.	ausgeglichen	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	nervös	
4.	lebensmüde	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	lebensbejahend	
5.	Herzjagen	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	Herzruhe	
6.	fröhlich	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	traurig	

7.	hoffnungsvoll	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	resignierend
8.	freudig	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	weinerlich
9.	zufrieden	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	unzufrieden
10.	hilflos	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Deutlich 5	Sehr 6	souverän

Toronto-Alexithymia-Scale (TAS-20)

INSTRUKTION: Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden zwanzig Aussagen auf Sie zutreffen.

	überhaupt nicht	selten	teilweise, teilweise nicht	oft	immer
1. Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Es fällt mir leicht meine Gefühle zu beschreiben.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade so passiert sind.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sich mit Gefühlen zu beschäftigen, finde ich sehr wichtig.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin.	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	selten	teilweise, teilweise nicht	oft	immer
15. Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gerne über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an	☐	☐	☐	☐	☐
17. Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich kann mich jemanden sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich finde, dass das Mir-Klarwerden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken.	☐	☐	☐	☐	☐

Beck Depressions-Inventar (BDI II)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehen 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie sie sich in **den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Bitte achten Sie darauf, dass Sie in jeder Gruppe nur eine Aussage ankreuzen.

1. Traurigkeit 0 Ich bin nicht traurig 1 Ich bin oft traurig 2 Ich bin ständig traurig 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte	12. Interessensverlust 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren
2. Pessimismus 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird	13. Entschlussunfähigkeit 0 Ich bin so entscheidungsfreudig wie immer 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen 2 Es fällt mir sehr sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen 3 Ich habe Mühe überhaupt Entscheidungen zu treffen
3. Versagensgefühle 0 Ich fühle mich nicht als Versager 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein	14. Wertlosigkeit 0 Ich fühle mich nicht wertlos 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst 2 Vergleichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert 3 Ich fühle mich völlig wertlos

4. Verlust von Freude 0 Ich kann die Dinge genau so gut genießen wie früher 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen	15. Energieverlust 0 Ich habe so viel Energie wie immer 1 Ich habe weniger Energie als sonst 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffen kann 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun
5. Schuldgefühle 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle 3 Ich habe ständig Schuldgefühle	16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst 2a Ich schlafe viel mehr als sonst 2b Ich schlafe viel weniger als sonst 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen
6. Bestrafungsgefühle 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden 2 Ich erwarte, bestraft zu werden 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein	17. Reizbarkeit 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst 1 Ich bin reizbarer als sonst 2 Ich bin viel reizbarer als sonst 3 Ich fühle mich dauernd gereizt
7. Selbstablehnung 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren 2 Ich bin von mir enttäuscht 3 Ich lehne mich völlig ab	18. Veränderungen des Appetits 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit 3b Ich habe ständig Heißhunger

8. Selbstvorwürfe 0 Ich kritisiere oder tadele mich nicht mehr als sonst 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme was passiert ist	19. Konzentrationsschwierigkeiten 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren
9. Selbstmordgedanken 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte	20. Ermüdung oder Erschöpfung 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst 1 Ich werde schneller müder oder erschöpfter als sonst 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann
10. Weinen 0 Ich weine nicht öfter als früher 1 Ich weine jetzt mehr als früher 2 Ich weine beim geringsten Anlass 3 Ich möchte gerne weinen, aber ich kann nicht	21. Verlust an sexuellem Interesse 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren
11. Unruhe 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst 1 Ich bin unruhiger als sonst 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss	

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Brief Symptom Inventory (BSI)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem in den letzten 7 Tagen belastet hat.

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	☐	☐	☐	☐	☐
4. dem Gefühl, dass Andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	☐	☐	☐	☐	☐
5. Gedächtnisschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
7. Herz- oder Brustschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	☐	☐	☐	☐	☐
9. Gedanken sich das Leben zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	☐	☐	☐	☐	☐
11. schlechtem Appetit	☐	☐	☐	☐	☐
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	☐	☐	☐	☐	☐
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos sind	☐	☐	☐	☐	☐
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	☐	☐	☐	☐	☐

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Einsamkeitsgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
17. Schwermut	☐	☐	☐	☐	☐
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	☐	☐	☐	☐	☐
19. Furchtsamkeit	☐	☐	☐	☐	☐
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	☐	☐	☐	☐	☐
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	☐	☐	☐	☐	☐
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber Anderen	☐	☐	☐	☐	☐
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	☐	☐	☐	☐	☐
24. dem Gefühl, dass Andere Sie beobachten oder über Sie reden	☐	☐	☐	☐	☐
25. Einschlafschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	☐	☐	☐	☐	☐
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	☐	☐	☐	☐	☐
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn , Zug	☐	☐	☐	☐	☐
29. Schwierigkeiten beim Atmen	☐	☐	☐	☐	☐
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	☐	☐	☐	☐	☐
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	☐	☐	☐	☐	☐

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
32. Leere im Kopf	☐	☐	☐	☐	☐
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	☐	☐	☐	☐	☐
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
36. Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	☐	☐	☐	☐	☐
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	☐	☐	☐	☐	☐
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	☐	☐	☐	☐	☐
42. starker Befangenheit im Umgang mit Anderen	☐	☐	☐	☐	☐
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	☐	☐	☐	☐	☐
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
45. Schreck- oder Panikanfällen	☐	☐	☐	☐	☐
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	☐	☐	☐	☐	☐
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	☐	☐	☐	☐	☐
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch Andere	☐	☐	☐	☐	☐

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	☐	☐	☐	☐	☐
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
51. dem Gefühl, dass die Leuten Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	☐	☐	☐	☐	☐
52. Schuldgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Impact of Event Skala (IES-R)

INSTRUKTION: Im folgenden sind Aussagen angeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte Beantworten Sie diese Fragen im Bezug auf **ihr belastendes Ereignis**.

Lesen sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie häufig die Aussage **innerhalb der letzten sieben Tage** zutrif. Wenn ein solcher Vorfall während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte „überhaupt nicht“ an.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	☐	☐	☐	☐
2. Ich hatte Schwierigkeiten nachts durchzuschlafen.	☐	☐	☐	☐
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgert	☐	☐	☐	☐
5. Ich versuchte mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder erinnert wurde.	☐	☐	☐	☐
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	☐	☐	☐	☐
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	☐	☐	☐	☐
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
10. Ich war leicht reizbar oder schreckhaft.	☐	☐	☐	☐
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	☐	☐	☐	☐
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	☐	☐	☐	☐
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit des Ereignisses zurückversetzt sei.	☐	☐	☐	☐
15. Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir sah.	☐	☐	☐	☐
16. Es kam mir vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	☐	☐	☐	☐
17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen.	☐	☐	☐	☐
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	☐	☐	☐	☐
20. Ich träumte davon.	☐	☐	☐	☐
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	☐	☐	☐	☐
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	☐	☐	☐	☐

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Borderline Symptom Liste (BSL-23)

INSTRUKTION: 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.

WÄHREND DER LETZTEN WOCHEN.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. konnte ich mich schlecht konzentrieren	☐	☐	☐	☐	☐
2. erlebte ich mich als hilflos	☐	☐	☐	☐	☐
3. war ich geistig abwesend und erinnerte mich nicht, was ich genau tat	☐	☐	☐	☐	☐
4. litt ich unter Ekelgefühl	☐	☐	☐	☐	☐
5. dachte ich an Selbstverletzungen	☐	☐	☐	☐	☐
6. traute ich anderen Menschen nicht	☐	☐	☐	☐	☐
7. glaubte ich keine Lebensberechtigung zu haben	☐	☐	☐	☐	☐
8. fühlte ich mich einsam	☐	☐	☐	☐	☐
9. stand ich innerlich unter Hochspannung	☐	☐	☐	☐	☐
10. tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten	☐	☐	☐	☐	☐
11. hasste ich mich selbst	☐	☐	☐	☐	☐
12. hatte ich das Bedürfnis mich selbst zu bestrafen	☐	☐	☐	☐	☐
13. litt ich unter Schamgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
14. wechselten meine Stimmungen in kurzen Abständen zwischen Angst, Ärger und Depression	☐	☐	☐	☐	☐



universität
wien

WÄHREND DER LETZTEN WOCHE.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
15. litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen von innen und/oder von außen	☐	☐	☐	☐	☐
16. erlebte ich Kritik als vernichtend	☐	☐	☐	☐	☐
17. war ich leicht verletztbar	☐	☐	☐	☐	☐
18. übte die Vorstellung vom Tod eine gewisse Faszination auf mich aus	☐	☐	☐	☐	☐
19. kam mir alles sinnlos vor	☐	☐	☐	☐	☐
20. hatte ich Angst, die Kontrolle zu verlieren	☐	☐	☐	☐	☐
21. fand ich mich widerlich	☐	☐	☐	☐	☐
22. war ich wie weit entfernt von mir selbst	☐	☐	☐	☐	☐
23. hielt ich mich für wertlos	☐	☐	☐	☐	☐

INSTRUKTION: Bitte schätzen Sie Ihre Befindlichkeit während der letzten Woche auf einer Skala von 0 – 100 % insgesamt ein. 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)

INSTRUKTION: 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 WOCHEN....

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

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend Erfahrungen, die Sie möglicherweise in Ihrem Alltag erleben. Wir fragen danach wie oft Sie solche Erfahrungen machen. Wichtig ist dabei wie oft dies der Fall ist, ohne dass Sie unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen sind. Um die Fragen zu beantworten, entscheiden Sie bitte, inwieweit eine Frage auf Sie zutrifft und machen Sie einen Kreis um die Zahl, um zu zeigen in viel Prozent Ihrer Zeit Sie diese Erfahrung machen.

1. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass sie in einem Auto fahren und plötzlich merken, dass sie nicht mehr wissen, was während eines Teils oder der ganzen Fahrt passierte.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
2. Manche Menschen hören manchmal jemandem zu und bemerken plötzlich, dass sie alles oder Teile dessen was gesagt wurde nicht gehört haben.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
3. Manche Menschen machen die Erfahrung, sich plötzlich an einem Ort zu befinden, ohne dass sie wissen, wie sie dahin gekommen sind.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
4. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass sie sich in Kleidung vorfinden von der sie sich nicht erinnern, sie angezogen zu haben.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
5. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass sie neue Gegenstände unter ihren Sachen finden, von denen sie nicht wissen wo sie herkommen.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
6. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass ihnen unbekannte Leute auf sie zukommen, sie manchmal mit einem anderen Namen ansprechen oder behaupten sie zu kennen.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

7. Manche Menschen haben manchmal das Gefühl neben sich selber zu stehen oder sich selbst bei etwas zuzuschauen. Manchmal haben sie dabei auch den Eindruck, einer fremden Person zuzuschauen.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
8. Manchen Menschen wird gesagt, dass sie Freunde oder Familienmitglieder nicht wiedererkannt haben.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
9. Manche Menschen erinnern sich an wichtige Ereignisse in ihrem Leben nicht (zum Beispiel: Hochzeit oder Schulabschluss).										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
10. Manchen Menschen wird vorgeworfen, dass sie lügen, obwohl sie sicher sind, nicht gelogen zu haben.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
11. Manche Menschen schauen in den Spiegel und erkennen sich nicht.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
12. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass sie andere Leute, Gegenstände und die Welt um sich herum nicht als wirklich empfinden.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
13. Manche Menschen erleben ein Gefühl, wie wenn ihr Körper nicht zu ihnen zu gehören scheint.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
14. Manche Menschen erinnern sich manchmal an frühere Erlebnisse so intensiv, als ob sie das Ereignis noch einmal erleben würden.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
15. Manche Menschen wissen manchmal nicht, ob sie Dinge, an die sie sich erinnern wirklich erlebt haben oder ob sie sie geträumt haben.										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

16. Manche Menschen fühlen sich manchmal an einem Ort der ihnen vertraut ist, fremd und unvertraut.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
17. Manche Menschen machen die Erfahrung, wenn sie einen Film sehen, dass sie so mitgehen, dass sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht bemerken.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
18. Manche Menschen erleben manche Phantasien oder Tagträume so intensiv, dass sie sie als wirklich empfinden.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
19. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass sie fähig sind, Schmerzen manchmal nicht mehr zu empfinden.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
20. Manche Menschen sitzen manchmal nur da und starren in die Luft, ohne dass sie an irgend etwas denken oder bemerken wie die Zeit vergeht.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
21. Manche Menschen sprechen laut mit sich selber wenn sie alleine sind.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
22. Manche Menschen finden, dass sie in einer Situation so verschieden von anderen Situationen handeln können, dass sie sich fast erleben als ob sie zwei Personen wären.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
23. Manche Menschen machen die Erfahrung, dass sie in bestimmten Situationen Dinge mit Leichtigkeit und Spontaneität tun können, die ihnen sonst schwer fallen (zum Beispiel: Sport, Arbeit oder soziale Situationen).	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

24. Manche Menschen können sich manchmal nicht erinnern, ob sie etwas getan haben oder nur daran gedacht haben etwas zu tun (zum Beispiel: einen Brief einwerfen oder nur daran denken es zu tun)											
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	
25. Manche Menschen finden Dinge bei sich, die darauf hinweisen, dass sie etwas getan haben. An das Tun selbst aber haben sie keine Erinnerung.											
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	
26. Manche Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren Sachen, die von ihnen stammen müssten. Sie erinnern sich aber nicht mehr, sie angefertigt zu haben.											
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	
27. Manche Menschen hören manchmal Stimmen in ihrem Kopf, die ihnen Dinge sagen, die sie tun sollen oder Kommentare über etwas machen, was sie gerade tun.											
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	
28. Manche Menschen fühlen sich manchmal so, als ob sie die Welt durch einen Nebel wahrnehmen würden, so dass Menschen und Gegenstände weit weg oder unklar erscheinen.											
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend einige Aussagen bezüglich der Zufriedenheit mit Ihrer Behandlung. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage jene Aussage an, welche Ihrer Meinung nach am ehesten die Qualität Ihrer Behandlung beschreibt.

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	☐ ausgezeichnet	☐ gut	☐ weniger gut	☐ schlecht
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	☐ eindeutig nicht	☐ eigentlich nicht	☐ im Allgemeinen ja	☐ eindeutig ja
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	☐ Sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen	☐ Sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen	☐ Sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen	☐ Sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen
4. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigten würde?	☐ eindeutig nicht	☐ ich glaube nicht	☐ ich glaube ja	☐ eindeutig ja
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	☐ ziemlich unzufrieden	☐ leidlich oder leicht unzufrieden	☐ weitgehend zufrieden	☐ sehr zufrieden
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	☐ ja, sie half eine ganze Menge	☐ ja, sie half etwas	☐ nein, sie half eigentlich nicht	☐ nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

☐	☐	☐	☐
sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	leidlich oder leicht unzufrieden	ziemlich unzufrieden

8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

☐	☐	☐	☐
eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name, Vorname: Fitz, Manuela
Geburtsdatum: 14.08.1985
Geburtsort: Wien
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: Österreich
E-Mail: fitz.manuela@gmail.com



praktische Erfahrung

April – Dez. 2012 Praktikum im Rahmen der Diplomarbeit am Otto-Wagner-Spital auf der ersten psychiatrischen Abteilung auf Pavillon 2 (Psychotherapiestation) und 20/3 (Tagesklinik)

Jan. 2012 Schnupperwoche bei der Essstörungenberatungsstelle „SoWhat“

Okt. - Dez. 2011 Praktikum beim Verein Dialog in der Integrativen Suchtberatung Wassermannngasse

Studium

seit April 2012 Diplomarbeit im Fachbereich Klinische Psychologie zum Thema Evaluierung des Behandlungskonzepts am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital

seit Okt. 2003 Diplomstudium im Fachbereich **Psychologie** an der Universität Wien

Berufserfahrung

seit Jan. 2012	Teilzeitangestellte bei Time Media Marketing GmbH
2005 - 2011	freier Dienstnehmer bei Time Media Marketing GmbH
2001 – 2004	Ferialpraktikum bei A. Weiner GmbH

Schulbildung

Sep. 1995 – Juni 2003	Allgemeinbildende höhere Schule Schulschiff Bertha von Suttner, Wien
Sep. 1991 – Juni 1995	Volksschule Langenzersdorf

Sprachkenntnisse

Englisch:	gute Kenntnisse
Französisch:	gute Kenntnisse
Spanisch:	Grundkenntnisse
Latein:	4 Jahre Schulkenntnis