

Aus dem Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und medizinische Psychologie der Technischen
Universität München

Soziodemographische Aspekte der Borderline Persönlichkeitsstörung

**Eine Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens und
der Lebenszufriedenheit von 93 Borderline Patienten in
Anbetracht der Schwere der Störung sowie des Merkmals
selbstschädigendes Verhalten**

Johanna Gertler

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zu Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.- Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.- Prof. Dr. M. von Rad (emeritiert)
2. Univ.- Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 28.11.06 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 18.04.07 angenommen.

Meinen Eltern

Inhalt

1.	Abkürzungsverzeichnis	7
2.	Einleitung	8
3.	Methode und Studiendesign	11
3.1	Fragestellung	11
3.2	Hypothesen	13
3.3	Teilnehmer und Auswahlkriterien	14
3.4	Meßverfahren	15
3.4.1	Diagnostik und Fremdrating	15
3.4.2	Fragebögen (Selbstrating)	16
3.5	Auswertung	22
3.5.1	IPDE	22
3.5.2	Fremdbeurteilung	22
3.5.3	Selbstbeurteilung	22
3.5.4	Komorbiditäten	25
4.	Ergebnisse	26
4.1	Basisdokumentation	26
4.1.1	Ausbildung und berufliche Laufbahn	26
4.1.2	Sozialer Status	26
4.1.3	Soziales Netz	28
4.1.4	Freizeitgestaltung	29
4.1.5	Wohnsituation	29
4.1.6	Familienstand und partnerschaftliche Beziehungen	30
4.1.7	Therapieerfahrung	31
4.1.8	Kontaktaufnahme	34
4.2	Selbstschädigendes Verhalten FSSV	36
4.2.1	Direkte Methoden	36
4.2.2	Häufigkeit	36
4.2.3	Motive	37
4.2.4	Indirekte Methoden	38

4.2.5	Folgen	39
4.2.6	Sonstiges	39
4.3	Lebenszufriedenheit FLZ ^M	42
4.4	Schweregrad BSL	44
4.5	Fremdbeurteilung	45
5.	Diskussion	48
5.1	BaDo	48
5.1.1	Ausbildung und berufliche Laufbahn	48
5.1.2	Sozialer Status	49
5.1.3	Soziales Netz	51
5.1.4	Freizeitgestaltung	53
5.1.5	Wohnsituation	53
5.1.6	Familienstand und partnerschaftliche Beziehungen	54
5.2	Selbstschädigendes Verhalten	56
5.2.1	Direkte und indirekte Methoden	56
5.2.2	Motive	57
5.2.3	Schmerzwahrnehmung	59
5.2.4	Suizidales/parasuizidales/selbstschädigendes Verhalten	61
5.2.5	Sexueller Mißbrauch in der Vorgeschichte und aktuelle Sexualität	63
5.2.6	SSV und Therapieerfahrung	65
5.2.7	SSV und Schweregrad	65
5.3	Lebenszufriedenheit	67
5.3.1	Allgemein	67
5.3.2	Partnerschaft und Sexualität	69
5.3.3	Berufliche LZ	70
5.3.4	Soziale LZ	71
5.3.5	Gesundheit	71
5.4	Therapie und Inanspruchnahme	73
5.4.1	Therapieerfahrungen	73
5.4.2	Inanspruchnahme verschiedener therapeutischer Einrichtungen	74
5.4.3	Aktuelle Therapiekonzepte	79
5.4.4	Berufliches und soziales Training	82

6.	Zusammenfassung	83
7.	Literaturverzeichnis	90
8.	Anhang	99
9.	Danksagung	115

Nach Art. 3 Abs. 2 des Grundgesetzes sind Frauen und Männer gleichberechtigt. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Satzung gelten daher für Männer und Frauen in gleicher Weise.

1. Abkürzungsverzeichnis

BaDo	Basisdokumentation
BKH	Bezirkskrankenhaus
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
BSL	Borderline Symptom Liste
d	Tag
DBT	Dialektisch Behaviourale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FLZ A	Fragen zur Lebenszufriedenheit, Allgemein
FLZ G	Fragen zur Lebenszufriedenheit, Gesundheit
FSSV	Fragebogen zu selbstschädigendem Verhalten
gZ	Gewichtete Zufriedenheit
h	Stunde
ICD	International Classification of Diseases
IPDE	International Personality Disorder Examination
Lj.	Lebensjahr
LQ	Quality of Life
LZ	Lebenszufriedenheit
M	Mean (Mittelwert)
MRI	Klinikum Rechts der Isar, München
N	Number (Anzahl)
SSV	Selbstschädigendes Verhalten
TFP	Transference Focussed Psychoherapy (Übertragungsfokussierte Psychotherapie)

2. Einleitung

In den letzten 25 Jahren hat das Interesse, die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) zu erforschen, stark zugenommen. Die wachsende Anzahl der Studien über BPS kann bis zu der Einführung der Diagnose in die amerikanische Nomenklatur psychiatrischer Erkrankungen (DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) im Jahre 1980 zurückverfolgt werden.

Die neuere Version, DSM-IV, legt neun verschiedene Kriterien der BPS fest, von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen. Die ersten beiden befassen sich mit dem zwischenmenschlichen Bereich. So zeichnen sich die Patienten dadurch aus, daß sie verzweifelt vermeiden, von ihnen nahestehenden Personen verlassen zu werden. Zweitens zeigen sie „ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist“. Außerdem wird häufig eine gestörte Selbstwahrnehmung sowie affektive Instabilität beobachtet. Ein Merkmal mit oft weitreichenden Folgen ist die Impulsivität, die häufig dazu führt, daß die Patienten sich selbst schaden (z.B. Geldausgeben, Promiskuität, Substanzmißbrauch etc.). Weiterhin kommen sowohl chronische Gefühle von Leere als auch dissoziative Symptome vor. Diese sind häufig Auslöser für die Merkmale selbstverletzendes und suizidales Verhalten. Schließlich werden oft der Situation unangemessene Wutanfälle beobachtet, teilweise in Verbindung mit körperlichen Auseinandersetzungen. Auf klinischer Ebene werden nach Bohus et al. (2002) fünf Problembereiche unterschieden: Affektregulation, Selbstbild, psychosoziale Integration, kognitive Funktionsfähigkeit, Verhaltensebene. Darüber hinaus zeigt ein hoher Prozentsatz der Patienten Komorbiditäten, vor allem Eßstörungen, affektive Erkrankungen, Substanzmißbrauch und Angststörungen. Einige Risikofaktoren, wie weibliches Geschlecht und die Erfahrung von körperlicher oder sexueller Gewalt, die zu der Entwicklung einer BPS führen, sind bereits empirisch gesichert. Auch genetische Einflüsse scheinen eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen (Torgersen 2000).

Heute ist die BPS unter allen Persönlichkeitsstörungen diejenige, die am meisten beforscht und in klinischen Settings am häufigsten diagnostiziert wird. So liegt die Prävalenzrate in der Bevölkerung bei etwa 1,6%. BPS Patienten machen 8-11% aller

ambulant (Widiger und Weißmann 1991) und 9-40% aller stationär behandelten psychisch kranken Patienten aus (Comtois et al. 2003). Aus diesem Grund werden sie auch als sogenannte „high-users“ des Gesundheitssystems bezeichnet. Sie verursachen vor allem durch zahlreiche stationäre Aufenthalte extrem hohe Kosten. Dennoch ist der chronische Krankheitsverlauf zumeist ungünstig. Die Mortalitätsrate beträgt aufgrund der hohen Suizidalität rund 10% (Lieb et al. 2004). Erst ab dem 40. Lebensjahr wird eine Abnahme der Symptomatik beobachtet (Paris 1993, Perry 1993).

Swigar et al. (1991) stellten fest, daß ambulante Einrichtungen oft hauptsächlich auf Schizophrenie oder bipolare Störungen eingestellt sind und BPS-Patienten nicht die benötigte Behandlung bieten können, auch um kostenintensive stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Zwar hat sich die Situation seit dieser Zeit gebessert, dennoch sind inadäquate Therapien weiterhin ein Problem. Schließlich liegt die Abbruchrate im ambulanten Bereich bei etwa 47% (Jerschke et al. 1998). Bateman und Fonagy (1999) beobachteten im stationären eine Abbruchrate von ca. 25% und im teilstationären Bereich von etwa 15%. In diesem Zusammenhang scheint der oft problematischen Psychodynamik zwischen Arzt und Patient eine große Bedeutung zuzukommen, da sie vermutlich einer der Gründe für die hohe Abbruchquote ist. Die Therapiemotivation und die Beziehungsgestaltung der Patienten können auch im Kontakt mit dem Therapeuten von einem Extrem zum anderen schwanken. Die Patienten oszillieren häufig zwischen Idealisierung und Entwertung ihres Gegenübers. Auch durch die häufigen Suizid- und Selbstverletzungsdrohungen, die sich mit starkem Überlebenswillen abwechseln, ist die emotionale Belastung und Irritation der Therapeuten extrem hoch.

Gegenstand dieser Querschnittsstudie ist zu einem großen Teil eine epidemiologische Bestandsaufnahme, wobei Daten zur Partner- und Wohnsituation, der finanziellen Versorgung, des sozialen Umfelds und der Familie sowie der Freizeitgestaltung erhoben wurden. Womöglich können mit diesen Ergebnissen Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS identifiziert werden, außerdem geht es um einen Vergleich bzw. die Erweiterung der Daten, die bisherige Untersuchungen zu den hier behandelten Schwerpunkten (Basisinformationen, Inanspruchnahme, Schweregrad und Lebenszufriedenheit) hervorbrachten.

Außerdem sollte das Inanspruchnahmeverhalten der BPS-Patienten anhand unterschiedlicher Einrichtungen untersucht werden, wobei letztendlich drei verschiedene Patientengruppen und damit 93 Teilnehmer zugelassen werden konnten. Eine Gruppe bestand aus Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Rechts der Isar in München (MRI), eine andere setzte sich aus ambulanten Patienten der Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und medizinische Psychologie (MRI) und des Atriumhauses, zusammen. Die Patienten der dritten Gruppe wurden aus den sogenannten elektiv stationären Abteilungen im Städtischen Krankenhaus München Harlaching, der Schlemmer Klinik Bad Wiessee sowie dem Borderline Haus des BKH Haar rekrutiert. Hier handelt es sich um psychosomatische Kliniken, bei denen eine Voranmeldung notwendig ist und die Patienten sich meist auf eine mehrwöchige Wartezeit einstellen müssen.

Es sollte das Befinden bzw. der Schweregrad der Betroffenen auch abhängig von der besuchten Einrichtung bzw. der aktuellen Therapie eingeschätzt werden. Wie sinnvoll ist welche Therapie in Anbetracht der gegebenen Umstände? Welche Einrichtung weist die zu diesem Zeitpunkt am schwersten betroffenen Patienten auf? Andererseits sollten Faktoren identifiziert werden, die die Inanspruchnahme beeinflussen. Hier befaßte sich die Untersuchung schwerpunktmäßig a) mit der Ausübung selbstschädigenden Verhaltens (Ursachen, Gründe, Methoden etc.), das in 70-80% der Fälle vorliegt und b) mit der Lebenszufriedenheit in allgemeiner aber speziell auch in gesundheitlicher Hinsicht. Die gesamte Studie beinhaltet noch drei weitere Fragebögen, die über die obengenannten Schwerpunkte weit hinausgehen. Sie werden der Übersicht halber in einer weiteren Arbeit behandelt, welche sich mit psychologischen Fragen zu den Merkmalen Kontrollüberzeugungen, Selbstaufmerksamkeit und irrationalen Einstellungen beschäftigt.

Weiterführend besteht hier die Möglichkeit, eine sogenannte outcome-Phase anzuschließen. Dabei könnten Therapieerfolge gegeneinander abgewogen werden und eventuelle Kosteneinsparungen geklärt werden.

3. Methode und Studiendesign

3.1 Fragestellungen

In dieser Studie werden an einem Patientenkollektiv (n=93) diverse demographische Merkmale untersucht. Es werden drei Gruppen unterschiedlicher therapeutischer Einrichtungen unterschieden. Das Inanspruchnahmeverhalten wird dann unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung und der Lebenszufriedenheit untersucht. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Merkmal selbstschädigendes Verhalten.

Zu diesen Aspekten wurden folgende Fragen formuliert:

1. Demographie:

- Auf welche Lebensbereiche hat die Erkrankung besonders starke Auswirkungen und inwiefern beeinflussen umgekehrt bestimmte Lebensumstände die Symptomatik (beruflich, sozial, Partnerschaft)?

2. Selbstschädigendes Verhalten (SSV):

- Was sind die Motive für SSV?
- Welche (ätiologischen) Faktoren sind prädisponierend für die Anwendung von SSV?
- Was sind Kovariablen für herabgesetzte bzw. normale Schmerzwahrnehmung bei BPS-Patienten (z.B. sexueller/körperlicher Mißbrauch, Motivation, Dissoziative Zustände)?

3. Lebenszufriedenheit (LZ):

- Gibt es eine Korrelation zwischen LZ und Inanspruchnahmeverhalten sowie Schwere der Erkrankung?

4. Therapie und Inanspruchnahme:

- Wo liegen die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bezüglich Schweregrad, LZ und SSV?
- Gibt es Vor- und Nachteile ambulanter bzw. stationärer Therapie?
- Worin bestehen die Vor- und Nachteile der verschiedenen Therapiekonzepte?
- In welcher Einrichtung sind die Patienten am schwersten betroffen?
- Welche Faktoren beeinflussen das Inanspruchnahmeverhalten?

3.2 Hypothesen

zu 1:

- BPS-Patienten haben im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ein niedrigeres Ausbildungsniveau und infolgedessen schlechtere berufliche Möglichkeiten. Die Krankheit erschwert es, ein dichtes soziales Netz sowie eine intakte Partnerschaft aufzubauen.

zu 2:

- Sexueller Mißbrauch korreliert positiv mit der Schwere der Erkrankung.
- Die Häufigkeit der Anwendung von SSV korreliert positiv mit der Schwere der Erkrankung.

zu 3:

- Niedrige LZ erhöht das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten.

zu 4:

- Anhand der Inanspruchnahme kann keine Aussage bezüglich des Schweregrades gemacht werden.
- Es können konzeptspezifische Schwächen der unterschiedlichen Therapieangebote in den untersuchten Einrichtungen identifiziert werden.

3.3 Teilnehmer und Auswahlkriterien

Diese Untersuchung ist Teil einer Studie zum Inanspruchnahmeverhalten von Borderlinepatienten. Es handelt sich um eine Querschnittstudie, die im Zeitraum von Herbst 2003 bis Frühjahr 2005 durchgeführt wurde und die in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen in München und Umgebung stattfand. Es wurden 93 Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zum Zeitpunkt einer bestimmten Inanspruchnahme befragt.

Dabei konnten fünf verschiedene Gruppen unterschieden werden: 14 Patienten befanden sich in ambulanter Behandlung in der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (MRI) sowie dem Atriumhaus in München. Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des MRI nahmen 23 Patienten teil, die dort akut stationär aufgenommen worden waren. 56 Patienten besuchten sogenannte elektiv stationäre Einrichtungen, wobei es sich um psychosomatische Kliniken handelt, bei denen eine Voranmeldung mit konsekutiver Wartezeit notwendig ist. Darüber hinaus gab es 4 Studienteilnehmer aus verschiedenen therapeutischen Wohngemeinschaften in München und 8 (ausschließlich männliche) Patienten aus der forensischen Abteilung im BKH Haar. Die Teilnehmer der beiden letztgenannten Einrichtungen konnten allerdings in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt werden, da sie im Gruppenvergleich keine repräsentative Größe erreichten. Sie werden hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

So betrug die untersuchte Fallzahl $n=93$, das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug 10:83. Das Durchschnittsalter lag bei 26 Jahren, wobei die jüngste Patientin 18 und die älteste Patientin 43 Jahre alt war.

Um die Diagnose BPS objektivieren zu können, wurde ein standardisiertes Interview (IPDE, s. Kap. 3.4) durchgeführt. Teilnehmer, welche die IPDE-Kriterien nicht erfüllten, konnten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden.

Die Patienten nahmen unentgeltlich und freiwillig an der Studie teil, wobei das Ausfüllen des Fragebogens für sie einen Zeitaufwand von ca. zwei Stunden bedeutete. Das diagnostische Interview dauerte etwa 20 Minuten.

Eine schriftliche Einwilligungserklärung seitens der Patienten war Voraussetzung zur Teilnahme. Darin wurde festgehalten, dass die Teilnehmer über Ziele und Inhalte der Erhebung aufgeklärt worden sind, und dass die Untersucher verpflichtet sind, die

Daten entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes vertraulich zu behandeln. Die Auswertung der Daten erfolgte ohne Angabe von Namen.

Der Fragebogen wurde während der ersten Woche nach Aufnahme bzw. Erstkontakt ausgefüllt.

26 Patienten schieden aus der Studie aus, da sie entweder vorzeitig entlassen wurden oder die Fragebögen nicht zurückgaben bzw. die Einverständniserklärung des Betreffenden nicht vorlag.

3.4 Meßverfahren (Instrumente):

Fremdrating **Fremdbeurteilung**

IPDE emotional instabiler bzw. Borderline Typus

Selbstrating **Basisdokumentation**

FSSV Fragebogen Selbstschädigendes Verhalten

FLZ^M Fragen zur Lebenszufriedenheit

BSL Borderline Symptom Liste

SCL-90-R Symptom Checkliste

IPDE Screening Fragebogen

IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

SAM Fragebogen zur Erfassung dispositionaler
Selbstaufmerksamkeit

FIE Fragebogen irrationaler Einstellungen

Tabelle 3.1

3.4.1. Diagnostik und Fremdrating

Das Fremdrating bestand einerseits in der Diagnosestellung nach ICD-10 (International Classification of Diseases) durch den zuständigen Arzt unter Berücksichtigung von Komorbiditäten. Hierbei wurde gegebenenfalls die aktuelle Medikation des Patienten angegeben. Außerdem gab der Arzt den Gesundheitszustand sowie die Notwendigkeit der Inanspruchnahme aus seiner Sicht

an. Zusätzlich wurde die Diagnose durch den Untersucher nach IPDE (International Personality Disorder Examination) überprüft, hier wurden allerdings nur die Items für den Borderline Typus und den impulsiven Typus der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung berücksichtigt (s. Tabelle 2.1).

Das Interview wurde nach einer gemeinsamen Schulung durch die Studienleitung zu etwa gleich großen Teilen von drei verschiedenen Untersuchern durchgeführt.

3.4.2 Fragebögen (Selbstrating)

Die obengenannte Untersuchung zum Inanspruchnahmeverhalten beinhaltete ursprünglich insgesamt neun verschiedene Fragebögen, wovon hier jedoch nur vier verwertet und behandelt werden (s. Tabelle 2.1).

3.4.2.1 Basisdokumentation

Der Patient macht eigene Angaben über seine familiäre Situation, gegebenenfalls Partnerschaft und Kinder. Außerdem beantwortet er Fragen über seine schulische und berufliche Ausbildung bzw. Abschlüsse derselben, die derzeitige finanzielle und berufliche Situation sowie sein soziales Umfeld. Ein ausführlicher Teil befaßt sich mit der Krankheitsanamnese d.h. der medizinischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Inanspruchnahme in der Vergangenheit. Schließlich geht es um die Motivation für die aktuelle Inanspruchnahme und Faktoren, welche diese beeinflusst haben. Alle Angaben werden geschlechtsunabhängig ausgewertet.

Dieser Fragebogen bietet Antwortmöglichkeiten nach folgenden Schemata:

a) Einfachantworten:

z. B.: Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

- 1) kein fester Partner
- 2) fester Partner – getrennt lebend
- 3) fester Partner – zusammen lebend
- 4) wechselnde Partner

b) Mehrfachantworten:

z.B.: Wenn Sie wirklich Hilfe und Unterstützung brauchen, auf wen können Sie sich dann verlassen?

- 1) auf niemanden
- 2) auf Ehe- oder Lebenspartner
- 3) auf Vater und Mutter
- 4) auf meine Kinder
- 5) auf andere
- 6) hängt von der Situation ab

Die Ergebnisse dieser beiden Fragentypen werden bei der Auswertung in absoluten Zahlen (Anzahl der Patienten pro Item) bzw. in Prozent global, aber auch pro Gruppe angegeben.

c) offene Fragen:

Offene Fragen kommen in dem Fragebogen vor, wenn nach einer Zahl gefragt wird, z.B. der Anzahl von Vertrauenspersonen im sozialen Umfeld oder der Aufenthaltsdauer in einer stationären Einrichtung, angegeben in Wochen.

Für die Auswertung und Beschreibung der offenen Fragen werden Mittelwerte gebildet, auch hier sowohl als Gesamtwert, als auch im Gruppenvergleich. Schließlich kann man unter den verschiedenen Gruppen mit dem Kruskal-Wallis-Test auch Rangfolgen bilden.

Auf einer Skala von 1 bis 5 gaben die Studienteilnehmer den Grad der Eigen- bzw. Fremdmotivation der Kontaktaufnahme an. Dabei lagen die größte Eigenmotivation bei 1 und die stärkste Fremdmotivation bei 5.

3.4.2.2 FLZ^M

Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module} (Henrich und Herschbach)

Dieser Fragebogen besteht aus drei Teilen:

- Allgemeine Lebenszufriedenheit
- Gesundheit
- Magen-Darmaspekte

Letzterer fand in unserer Studie jedoch keine Anwendung, da er sich speziell mit gastroenterologischen Merkmalen der Gesundheit befaßt.

Der Patient macht in fünf Antwortkategorien erstens Angaben darüber, wie wichtig ihm einzelne Aspekte seines Lebens (bzw. der Gesundheit) für sein Wohlbefinden sind, zweitens wird danach gefragt, wie zufrieden er mit diesen Merkmalen ist.

Bei dem Modul „allgemeine Lebenszufriedenheit“ werden also zuerst Wichtigkeit, dann Zufriedenheit in einer fünfstufigen Skala zu folgenden Aspekten abgefragt:

- 1) Freunde/Bekannte
- 2) Freizeitgestaltung
- 3) Gesundheit
- 4) Einkommen
- 5) Beruf/Arbeit
- 6) Wohnsituation
- 7) Familienleben/Kinder
- 8) Partnerschaft/Sexualität

In diesem Modul gibt es anschließend außerdem eine Frage zur globalen Lebenszufriedenheit.

Das zweite Modul geht nach dem gleichen Schema genauer auf den Bereich „Gesundheit“ mit Fragen zu folgenden Themen ein:

- 1) Körperliche Leistungsfähigkeit
- 2) Entspannungsfähigkeit
- 3) Energie/Lebensfreude
- 4) Fortbewegungsfähigkeit
- 5) Seh- und Hörvermögen
- 6) Angstfreiheit
- 7) Beschwerde- und Schmerzfreiheit
- 8) Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege

Die Zuordnung der Wichtigkeit erfolgte auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „nicht wichtig“ bis 5 = „extrem wichtig“, bzw. die der Zufriedenheit von 1 = „unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“.

Die FLZ^M nehmen inhaltliche Validität für sich in Anspruch, Test- und Itemkennwerte liegen vor. Darüber hinaus sind die beiden von uns genutzten Module für den Bereich BRD normiert, wobei Vergleichsdaten mit gesunden Personen vorliegen.

Für die Auswertung jedes Items können zwei Werte verwendet werden, die gewichtete Zufriedenheit (gZ) sowie die Wichtigkeit (W). Dabei ist gZ der Anteil des entsprechenden Lebens- bzw. Gesundheitsbereichs an der globalen Lebenszufriedenheit ($gZ = (W - 1) \times (2 \times Z - 5)$). Der Skalenbereich geht von -12 bis +20.

Die Wichtigkeit (W) ist ein Maß für die subjektive Bedeutung eines bestimmten Aspekts für die Lebensqualität.

3.4.2.3 FSSV

Fragebogen zu selbstschädigendem Verhalten (Reicherzer)

Hier geht es anhand von geschlossenen Fragen um die Instrumente, die Häufigkeit, die Dauer (seit wann?) und die Art des selbstschädigenden Verhaltens (aktiv/passiv, direkt/indirekt).

Auslösende Gründe und „typische“ Situationen sowie unmittelbare Folgen des selbstschädigenden Verhaltens werden identifiziert. Schließlich machen die Patienten Angaben über körperlichen bzw. sexuellen Mißbrauch in der Vergangenheit und über eventuelle Suizidversuche.

Bei diesem Fragebogen ist zu berücksichtigen, daß er noch nicht veröffentlicht und bislang weder auf Validität noch Reliabilität überprüft worden ist.

3.4.2.4 BSL

Borderline Symptom Liste (Bohus et al., 2001)

Es handelt sich um eine Selbstbeurteilungsskala zur Einschätzung des Schweregrades der intrapsychischen Belastung von Borderline Patienten. Auf einer 5-stufigen Likertskala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“ werden 95 Items zum Befinden während der letzten sieben Tage abgefragt. Folgende Faktoren

wurden auf sieben Subskalen, die 82 der 95 Items enthalten, untersucht: Selbstwahrnehmung, Affektregulation, Autoaggression, Dysphorie, soziale Isolation, Intrusionen und Feindseligkeit. Außerdem kann ein Summenwert gebildet werden, in den auch die 13 Items eingehen, welche keiner Subskala zugeordnet sind. Die Skalenwerte entstehen durch Aufsummieren der einzelnen Items, wobei wir Mittelwerte gebildet haben.

Anschließend gibt der Patient sein subjektives Befinden pauschal auf einer visuellen Analogskala von 0-100% an, außerdem werden mit Hilfe der BSL-Ergänzungsskala noch 11 weitere Fragen über bestimmte dysfunktionale Verhaltensweisen in der letzten Woche gestellt.

Die BSL wurde anhand einer Stichprobe von 308 nach DSM-IV diagnostizierten Patienten entwickelt, wobei zu berücksichtigen ist, daß es sich hier durchweg um Frauen handelt; an unserer Studie hingegen nahmen von 93 Patienten auch 6 Männer teil. Die Skalen wiesen gute bis sehr gute psychometrische Kennwerte auf, außerdem wurden sie mit guten Ergebnissen auf Validität überprüft. Für die Auswertung existieren Vergleichswerte in Form einer Prozentrangnormierung, auf die sich unsere Ergebnisse beziehen.

3.4.2.5 Weitere Fragebögen, die im Rahmen der obengenannten Studie ausgefüllt wurden:

SCL-90-R

Symptom-Checkliste (Derogatis 1995, Beltz Test, Göttingen)

Dieser Fragebogen misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von 7 Tagen.

IPDE

Screening Fragebogen, IPDE = International Personality Disorder Examination (Loranger 1996, Verlag Hans Huber, Bern)

Sein Zweck ist die Erfassung von Persönlichkeitszügen und Verhaltensweisen nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV.

IPC

Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (Krampen 1981, Hogrefe, Göttingen)

Dieser Fragebogen mißt sowohl internale und externale Kontrollüberzeugungen als auch Fatalismus.

SAM

Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (Filipp und Freudenberg 1989, Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich)

Dieser Fragebogen erfaßt private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit, d.h. Introspektionsfähigkeit und die Beschäftigung mit der Meinung anderer zur eigenen Person.

FIE

Fragebogen irrationaler Einstellungen (Klages 1989, Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich)

Er erfaßt auf der Basis der Ellis'schen irrationalen Grundüberzeugungen, die mit Streßbelastung, Ängsten, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen einhergehen, vier übergreifende irrationale Einstellungen (Negative Selbstbewertung, Abhängigkeit, Internalisierung von Mißerfolgen und Irritierbarkeit).

3.5 Auswertung

3.5.1 IPDE

Die Auswertung erfolgte manuell mit dem für das Interview vorgesehenen Bogen. Pro Frage konnten null bis zwei Punkte vergeben werden. Bei null Punkten trifft das Kriterium nicht, bei einem wahrscheinlich und bei zwei Punkten sicher zu. Die Punktzahlen wurden schließlich addiert, wobei ein Mindestpunktwert erreicht werden mußte, damit die Diagnose als sicher galt. Dies war Voraussetzung, um an der Studie teilzunehmen.

3.5.2 Fremdbeurteilung

In Kreuztabellen wurde für die einzelnen Gruppen angegeben, ob eine vorgegebene Komorbidität (Achse I Störung) vorliegt oder nicht. Ebenso wurde die Einnahme verschiedener kategorisierter Medikamentengruppen dargestellt. Eine weitere Kreuztabelle enthielt auf einer Skala von eins bis fünf den beim Patienten vorliegenden Leidensdrucks bzw. auf einer Skala von eins bis vier die Angemessenheit des Inanspruchnahmeverhaltens. Die Einschätzung erfolgte durch den behandelnden Arzt. Signifikante Gruppenunterschiede wurden durch den Chi-Square-Test identifiziert.

3.5.3 Selbstrating

Für die betreffenden Fragebögen (Basisdokumentation, BSL, FLZ, FSSV) wurde zunächst eine Übersichtsauswertung durchgeführt. Jeder Antwortmöglichkeit wurde bei der Dateneingabe eine Zahl ausgehend von der eins in aufsteigender Reihenfolge zugeordnet. Bei Mehrfachantworten wurde jedes Item einzeln eingegeben, so daß im zutreffenden Fall die eins, im unzutreffenden Fall die null eingegeben wurde.

a) BaDo

Bei der BaDo bedeutete dies für die weitere Auswertung, daß einerseits die absolute Patientenzahl und andererseits der Anteil in Prozent angegeben wurden. In Form einer Kreuztabelle galt dies auch für die einzelnen Gruppen. Mit dem Chi-Square-Test wurden signifikante Unterschiede identifiziert. Bei Fragen, die mit Zahlen beantwortet werden mußten, z.B. die Aufenthaltsdauer in einer Einrichtung betreffend, wurden sowohl global, als auch im Gruppenvergleich Mittelwerte gebildet. Durch den Kruskal-Wallis-Test entstanden so Rangfolgen im Gruppenvergleich. Eventuelle Signifikanzen wurden auch hier mit dem Chi-Square-Test überprüft.

Die obengenannte Kodierung konnte nicht für alle Auswertungen aufrechterhalten werden. So mußten einige Antwortmöglichkeiten in kleinere Gruppen zusammengefaßt werden, um sie mit anderen Fragen korrelieren zu können. Hier muß man einen Verlust der Genauigkeit der Antwortmöglichkeiten in Kauf nehmen. Z.B. gibt es in der Frage nach der aktuellen Partnersituation vier Antwortmöglichkeiten:

- 1) kein fester Partner
- 2) Fester Partner – getrennt lebend
- 3) Fester Partner – zusammen lebend
- 4) Wechselnde Partner

Die Items zwei und drei bzw. eins und vier wurden jeweils zusammengefaßt, so daß nur noch die Möglichkeiten „ja“ und „nein“ existierten. Ebenfalls war es notwendig, die Reihenfolge der Nummerierung umzukehren. Die Fragen nach der Teilnahme an diversen Freizeitaktivitäten konnten mit

- 1) häufig
- 2) manchmal
- 3) nie

beantwortet werden. Um eine aufsteigende Reihenfolge zu bekommen, wurden die Zahlen eins und drei ausgetauscht.

b)FLZ

Die Auswertung dieses Fragebogens ist standardisiert und in dem Manual für den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit nachzulesen. Allgemein werden dabei die Werte für „wichtig“ und „zufrieden“ kombiniert, um die „gewichtete Zufriedenheit“ (gZ) einschätzen zu können. Sie werden von eins bis fünf verschlüsselt, müssen aber ebenfalls rekodiert werden, um sie multiplizieren zu können. Die globale Lebenszufriedenheit wird pro Modul durch eine Addition der gZ-Werte² berechnet. Bei der Kombination mit Werten bei denen „Unzufriedenheit“ (Werte:1,2) angegeben wurde entstehen negative gZ-Werte.

So erstreckt sich der potentielle gZ-Wertebereich von -12 bis +20, der des Summenwerts von -96 bis +160.

Es existieren repräsentative Normwerte aus einer gesunden Bevölkerung, außerdem liegen kleinere störungsspezifische Vergleichsdaten vor. GZ- und Summenwerte wurden ebenfalls im Gruppenvergleich aufgeführt, Rangfolgen mit Kruskal-Wallis-Test erstellt und Signifikanzen mit dem ANOVA- bzw. Chi-Square-Test deutlich gemacht.

c)FSSV

Das Prinzip der Dateneingabe dieses bisher unveröffentlichten Fragebogens entspricht dem der Basisdokumentation. Jeder Antwortmöglichkeit wurde in aufsteigender Reihenfolge eine Zahl zugeordnet und dann der Mittelwert gebildet. So wird eine grobe Abschätzung der Antworthäufigkeiten möglich. Diese Ergebnisse werden im folgenden auch diskutiert. Dabei muß darauf hingewiesen werden, daß die Abstände z.B. zwischen den Antwortmöglichkeiten

- 1) nie
- 2) selten
- 3) gelegentlich
- 4) oft
- 5) immer

nicht immer gleich groß sind bzw. genormt werden können, was die Genauigkeit der Ergebnisse einschränkt, man kann also eher von Trends sprechen. Schließlich kamen auch hier – wie oben beschrieben – Fragen vor, die mit der Angabe von

Zahlen beantwortet werden. Auch hier wurden Rangfolgen mittels Kruskal-Wallis-Test erstellt und Signifikanzen mit ANOVA- bzw. Chi-Square-Test identifiziert.

d) BSL

Wie oben beschrieben werden die Werte in sieben Subskalen unterteilt und jeweils addiert. Außerdem wird ein Summenwert gebildet und eine durchschnittliche Angabe zum subjektiven Befinden gemacht. Die Auswertung erfolgte auch hier sowohl global für das gesamte Kollektiv, als auch aufgeteilt in die Gruppen. Die Mittelwerte der Subskalen, des Summenwertes und des subjektiven Befindens konnten nun mit Vergleichswerten einer störungsinternen Stichprobe verglichen werden. Diese wird von den Autoren des Fragebogens herausgegeben. Für den Gruppenvergleich kamen auch hier Chi-Square-, ANOVA- und Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung.

3.5.4 Korrelationen

Um Ergebnisse der verschiedenen Fragebögen miteinander korrelieren zu können, war es teilweise notwendig, für einige Merkmale neue Unterkategorien zu schaffen, in denen nur noch zwei Antwortmöglichkeiten existierten. Infolgedessen mußte in diesen Fällen die Kodierung verändert werden. Für die obengenannte Frage der Basisdokumentation zur Partnersituation bedeutete dies z.B., daß die Antwortmöglichkeiten eins (kein fester Partner) und vier (wechselnde Partner) zu dem Merkmal kein Partner und die Möglichkeiten zwei (fester Partner – getrennt lebend) und drei (fester Partner – zusammen lebend) zu dem Merkmal fester Partner zusammengefaßt wurden. Dies galt auch für diverse Fragen des FSSV.

4. Ergebnisse

4.1 Basisdokumentation

4.1.1 Ausbildung und berufliche Laufbahn

In der vorliegenden Studie wurde sowohl nach Ausbildungsstand, als auch nach Berufstätigkeit gefragt, abgesehen von den 18 Teilnehmern, welche sich noch in der Ausbildung befanden.

8 Patienten gingen noch zur Schule, 5 hatten keinen Schulabschluß. Die Patienten mit einem Schulabschluß teilten sich zu etwa gleichen Teilen auf die verschiedenen Zweige auf (Hauptschule 23, Realschule 30, Abitur 25), 2 hingegen hatten einen Sonderschulabschluß.

Von den 75 Patienten, die sich nicht in einer Ausbildung befanden, haben 39 eine Lehre erfolgreich beendet, 21 Patienten haben keine abgeschlossene Ausbildung und 7 Teilnehmer gaben an, ein Hochschul- oder Fachhochschulstudium abgeschlossen zu haben (s.Tabelle 4.1.).

Schulabschluß	N=93	%	Berufsabschluß	N=93	%
Gehe noch zur Schule	8	8,6	Noch in Ausbildung/Schule	18	19,4
Kein Abschluß	5	5,4	Abgeschlossene Lehre/Fachschule	39	41,9
Sonderschule	2	2,2	Meister	3	3,2
Hauptschule	23	24,7	Abgeschlossenes (Fach)hochschulstudium	7	7,5
Realschule	30	32,3	Ohne Abschluß	21	22,6
Abitur/Fachabitur	25	26,9	Sonstiger Abschluß/unklar	5	5,4

Tabelle 4.1. Schul- und Berufsabschluß von 93 BPS Patienten

4.1.2 Sozialer Status

16 Personen waren Arbeiter und 42 Patienten befanden sich in einem Angestelltenverhältnis, wobei auch Arbeitlose ihre zuletzt durchgeführte Tätigkeit angaben. Bisher noch nie erwerbstätig gewesen sind 23 Teilnehmer (s. Abb. 4.1, Tabelle 4.2)

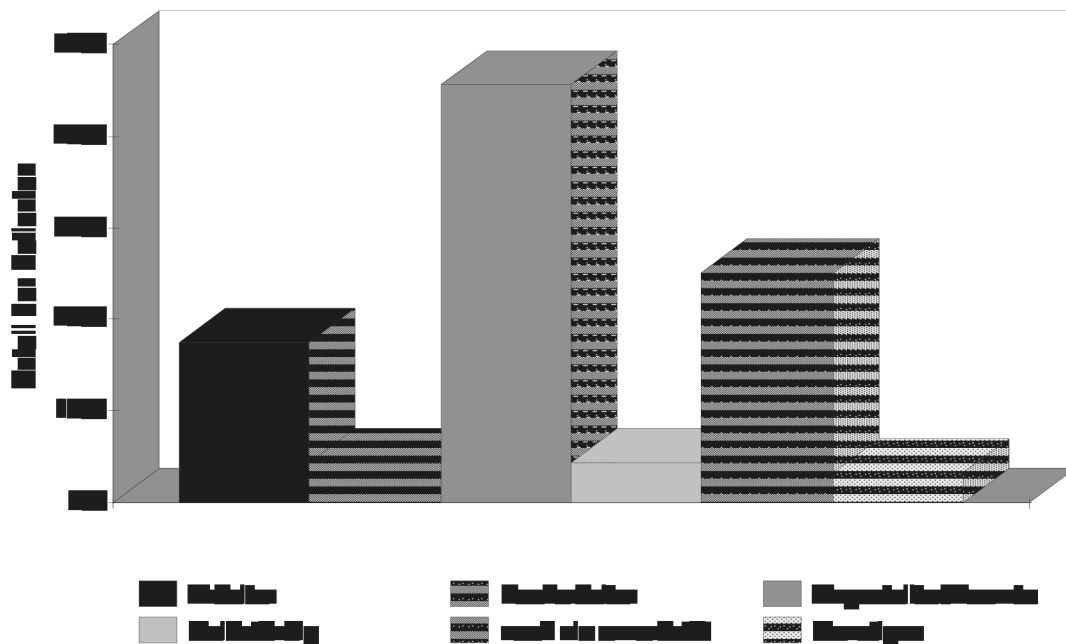


Abbildung 4.1 Berufstätigkeit von 92 BPS Patienten in Prozent

Aktuelle Berufstätigkeit	N=92	%
Arbeiter	16	17,4
Facharbeiter	4	4,3
Angestellter/Beamter	42	45,7
Selbständig	4	4,3
Noch nie erwerbstätig	23	25
Sonstiges	3	3,3

Tabelle 4.2 Berufstätigkeit von 92 BPS Patienten

23 Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos gemeldet, 22 befanden sich in Ausbildung oder Umschulung und 17 Patienten gingen einer Erwerbstätigkeit in Voll- bzw. 3 in Teilzeit nach. 8 Patienten waren berufs unfähig oder frühberentet. Eine regelmäßige Erwerbstätigkeit korrelierte positiv mit dem Item

Beruf/Arbeit allgemeiner LZ ($p=0,005$) und annähernd auch mit dem Summenwert der allgemeinen LZ ($p=0,050$).

Insgesamt 51 Personen haben ihre Stelle schon einmal (12), bzw. mehrfach (39) gewechselt. Im Mittel hat jeder Patient zweimal die Stelle gewechselt.

Bei der Frage nach der Haupteinkommensquelle der 93 Teilnehmer wurde von 23 Personen die Arbeit bzw. Rente angegeben, 23 leben von der Unterstützung durch die Eltern. Zu etwa gleichen Teilen wurden Arbeitslosengeld (13), Sozialhilfe (10) und Krankengeld (13) als größte Einkommensquelle angegeben. Das mittlere Nettoeinkommen der Patienten betrug etwa 714 Euro, wovon ihnen im Durchschnitt nach Abzug der Miete und der gesetzlichen Versicherungen sowie Sozialabgaben noch 312 Euro übrig blieben.

4.1.3 Soziales Netz

In der vorliegenden Untersuchung galt auch dem sozialen Netz der Patienten ein großes Interesse. Bei der Frage nach Personen im sozialen Umfeld, denen sich die Patienten eng verbunden fühlten, wurden durchschnittlich 3 Freunde bzw. 2 Verwandte angegeben. Die Anzahl der Freunde korrelierte positiv mit dem Item Freunde/Bekannte des allgemeinen Moduls des FLZ ($p=0,000$). Mit der Anzahl der Verwandten korrelierte der Summenwert der ALZ positiv ($p=0,040$) (Tabelle 4.3).

15 der 93 Patienten erklärten, niemanden zu haben, auf den sie sich verlassen könnten, was dementsprechend negativ mit dem Item Freunde/Bekannte der allgemeinen LZ korrelierte ($p=0,001$). Anführend bei den Bezugspersonen waren Freunde (bei 36 Patienten), Eltern (32) und Ehe-/Lebenspartner (17). 30 Patienten hielten die Frage nach Menschen, auf die sie sich verlassen können, für situationsabhängig. Das Vorhandensein von Freunden korrelierte positiv sowohl mit dem Item Freunde/Bekannte ($p=0,000$) als auch mit dem Summenwert allgemeiner LZ ($p=0,006$) (s. Tabelle 4.4).

Vertrauenspersonen	Mittelwert	FLZ A Summe	FLZ A Freunde
Anzahl der Freunde	3		$p=0,000$
Anzahl d. Verwandten	2	$p=0,40$	

Tabelle 4.3 Mittlere Anzahl der Freunde und Verwandten

Vertrauenspersonen	N=93	%	FLZ A Summe	FLZ A Freunde
Niemand	15	16		p=0,001
Ehepartner	17	18		
Freunde	36	39	p=0,006	p=0,000
Eltern	32	34		
Kinder	1	1		
Andere	11	12		
Situationsabhängig	30	32		

Tabelle 4.4 Vertrauenspersonen der 93 BPS Patienten im sozialen Umfeld

4.1.4 Freizeitgestaltung

Schließlich wurde gefragt, ob die Patienten Freizeitaktivitäten unternehmen und wenn ja, welche. Je genannter Aktivität gaben zwischen 80 und 90% der Patienten an, nie an einer solchen teilzunehmen. Am ehesten wurden kirchliche oder karitative Einrichtungen besucht, so erklärten 16 manchmal und 4 Patienten häufig einen derartigen Verein zu besuchen. Auch Sportvereine und andere sportliche Gruppen wurden manchmal (12 bzw. 13 Patienten) oder häufig (beide 5) besucht. Vereinzelt wurden auch diverse Hobby-Clubs (Gesangs-, Kegel-, Schützenverein), berufliche und politische Organisationen, Selbsthilfe- und andere Gruppen angegeben. Von diesen Freizeitbeschäftigungen korrelierte nur der Besuch von sportlichen Gruppen (Wander- Alpen-, Tanzverein) positiv mit der Lebenszufriedenheit ($p=0,012$).

4.1.5 Wohnsituation

In den Bereich des sozialen Hintergrunds gehört auch die Wohnsituation, welche bei den untersuchten Personen folgendermaßen aussah: 35 Personen lebten allein, 17 wurden durch die Eltern mitversorgt und 15 lebten zusammen mit ihrem Partner. Zu etwa gleichen Anteilen teilten sich die Patienten entweder mit Eltern bzw. Schwiegereltern (7), einer betreuten (6) oder einer unbetreuten (6) Wohngemeinschaft den Haushalt. Hier zeigte sich bezüglich des Items Wohnsituation der allgemeinen LZ, daß die Patienten besonders zufrieden waren,

wenn sie allein lebten, gefolgt von einem Haushalt mit dem Partner und dem Leben in einer unbetreuten Wohngemeinschaft. Sehr unzufrieden waren die Patienten im Haushalt ihrer Schwiegereltern aber auch in dem ihrer Eltern bzw. in einer betreuten Wohngemeinschaft (s. Abb.4.2).



Abbildung 4.2 Zufriedenheit der Patienten in Abhängigkeit von der Wohnsituation

4.1.6 Familienstand und partnerschaftliche Beziehungen

Die vorliegende Erhebung fragte nach der derzeitigen Familien und Partnersituation, wobei 85% der Patienten ledig waren. 48 Patienten gaben an, derzeit keinen Partner zu haben, 41 Patienten befanden sich in einer Beziehung, davon lebten fast zwei Drittel nicht mit ihrem Partner zusammen. 22 Teilnehmer hatten seit 4 Jahren und länger keinen festen Partner. Die partnerlose Zeit korrelierte signifikant negativ mit dem Summenwert allgemeiner LZ ($p=0,048$) aber auch mit dem untergeordneten Item Partnerschaft/Sexualität ($p=0,001$). Wenn ein Partner vorhanden war, korrelierte dies positiv mit dem Merkmal Partnerschaft/Sexualität ($p=0,000$) (s. Tabelle 4.5, Abb.4.3).

Es gaben 79 Patienten an, keine Kinder zu haben, von den übrigen 14 Teilnehmern haben 8 ein Kind und 6 zwei Kinder.

Familienstand	N=93	%	Partnersituation	N=93	%	Kein P	N=93	%
Ledig	79	85	Kein Partner	48	52	Seit 1 J.	15	16
Verheiratet	4	4	Fester Partner – getr. lebend	26	28	Seit 2 J.	5	5
Getrennt	2	2	Fester Partner – zus. lebend	15	16	Seit 3 J.	4	4
Geschieden	8	9	Wechselnde P.	4	4	Seit 4 J.	22	24

Tabelle 4.5 Familienstand und Partnersituation



Abbildung 4.3 Familienstand

4.1.7 Therapieerfahrungen

Schließlich ging es darum, Therapieerfahrungen sowie die Krankheitsanamnese zu untersuchen. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer seit dem Einsetzen der letzten Krankheitsepisode etwa 10 Wochen krankgeschrieben. Bei den Patienten aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie konnte mit einer Dauer von durchschnittlich 19 Wochen ein signifikanter Unterschied beobachtet werden ($p=0,003$). Die ambulanten Patienten waren im Mittel 4 Wochen lang krankgeschrieben.

Die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate betrug durchschnittlich etwa 10 Wochen. Auch hier zeigten die Teilnehmer aus der Klinik für Psychiatrie mit 16 Wochen eine längere, die ambulanten Patienten mit 4 Wochen eine kürzere Dauer. Der Zeitraum zwischen dem Auftreten der Erstsymptomatik und dem Zeitpunkt der Befragung dauerte im Durchschnitt bei allen untersuchten Gruppen 85 Monate. 55% der Patienten finden direkt an ihrem Wohnort professionelle Hilfe, die sie mit ihren Beschwerden in Anspruch nehmen konnten. Die 42 weiteren Personen fanden diese Hilfe nicht vor. Hier ergab sich ein signifikanter Unterschied: so gaben 78% der Psychiatriepatienten an, einen Ansprechpartner zu haben ($p=0,032$). Bei der Frage nach stationären psychotherapeutischen Erfahrungen gaben 41 von 93 Patienten an, bisher keine gemacht zu haben. 15 Teilnehmer haben bereits einen, 16 zwei und 11 Patienten drei vorherige stationäre Aufenthalte hinter sich. 10 Patienten gaben zwischen vier und zehn Aufenthalten in stationären psychotherapeutischen Einrichtungen an. Damit lag die durchschnittliche Zahl der Aufenthalte bei etwa 1,5 (s. Tabelle 4.6, Abb. 4.4).

Anzahl psychotherap. Aufenthalte	Elektiv N=56	Psychiatr. N=23	Ambulanz N=14	Total N=94	%
Kein Aufenthalt	22	13	6	41	44
Ein Aufenthalt	8	2	5	15	16
2 Aufenthalte	11	3	2	16	17
3 Aufenthalte	8	3		11	12
4 Aufenthalte	2		1	3	3
5 Aufenthalte	3	1		4	4
7 Aufenthalte	1	1		2	2
10 Aufenthalte	1			1	1

Tabelle 4.6 Anzahl der psychotherapeutischen stationären Aufenthalte bei Patienten aus unterschiedlichen Einrichtungen

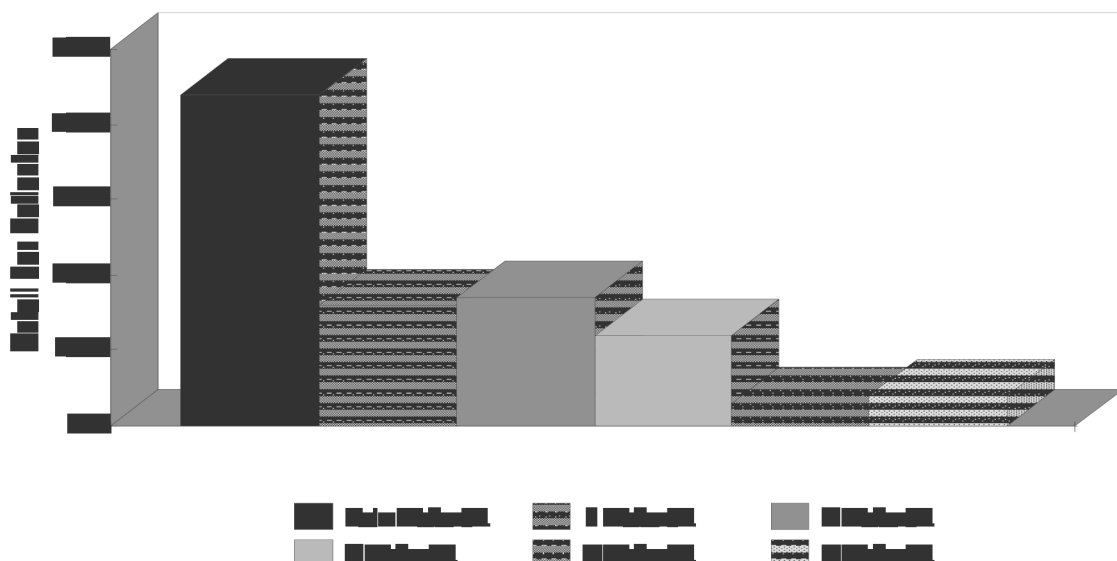


Abbildung 4.4 Anzahl der Aufenthalte in psychotherapeutischen Einrichtungen bei 93 BPS Patienten

Die durchschnittliche Dauer der psychotherapeutischen stationären Aufenthalte in den letzten 5 Jahren lag bei 5 Wochen, wobei die psychiatrischen Patienten im Durchschnitt eine Dauer von 10 Wochen aufwiesen. Bei den Patienten aus dem elektiv stationären Bereich liegt dieser bei 4 Wochen, bei den ambulanten Patienten nur bei 1,43 (s. Tabelle 4.7).

Bezüglich der Anzahl der bisherigen psychiatrischen stationären Vorbehandlungen lag der Mittelwert aller Patienten bei 3,5. Diese Anzahl korreliert negativ mit der LZ des Moduls Gesundheit ($p=0,036$). Eine Korrelation der Anzahl und Länge der verschiedenen Vorbehandlungen mit der allgemeinen LZ lag nicht vor.

Die durchschnittliche Dauer der gesamten psychiatrischen Aufenthalte lag bei den Patienten aus dem elektiv stationären sowie den psychiatrischen Patienten zwischen 5 und 5,5 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre. Die ambulanten Patienten gaben im Mittel nur 1,7 Monate an (s. Tabelle 4.7).

	Elektiv stat.	Ambulanz	Psychiatrie	Total
Stat. psychotherap. Behandlungen	1,6	0,9	1,3	1,5
Gesamtdauer aller psychotherap. Behandlungen	4 Wo.	1,4 Wo.	10 Wo.	5 Wo.
Stat. psychiatr. Behandlungen	3,6	2,1	3,5	3,4
Gesamtdauer aller psychiatr. Behandlungen	5,1 Mon.	1,7 Mon.	5,5 Mon.	4,7 Mon.

Tabelle 4.7 Dauer und Anzahl stationärer Vorbehandlungen bei Patienten aus diversen Einrichtungen

13 Patienten geben an, niemals ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben. 48 Patienten haben früher einmal an einer ambulanten Therapie teilgenommen und 32 befinden sich zur Zeit in Behandlung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Von diesen 80 Patienten hatten 24 bisher zwischen 161-300 Stunden, 23 Teilnehmer hatten 26-160 Stunden und 15 von ihnen hatten durchschnittlich 6-25 Stunden ambulante Psychotherapie. 12 Patienten gaben an, über 300 Stunden ambulanter Hilfe in Anspruch genommen zu haben (s. Tabelle 4.8).

Anzahl d. h	Keine	Bis 5h	6-25h	26-160h	161-300h	> 300h
N=93	13	6	15	23	24	12
%	14	7	16	25	26	13

Tabelle 4.8 Anzahl der Stunden ambulanter Psychotherapie

4.1.8 Kontaktaufnahme

Schließlich galt es herauszufinden, über welchen Weg die Patienten mit der entsprechenden Einrichtung Kontakt aufgenommen haben.

12 Patienten kannten die Einrichtung von einer früheren Kontaktaufnahme, 4 Teilnehmer entschieden sich für die betreffende Einrichtung, da diese dem Wohnort am nächsten lag, und 12 Patienten hatten bereits früher gute Erfahrungen mit bestimmten Therapeuten bzw. der Einrichtung gemacht. Viele Patienten nahmen aufgrund einer Empfehlung durch unterschiedliche Personen den Kontakt auf. So folgten 41 Personen der Empfehlung eines Arztes, 34 der eines Psychotherapeuten und 11 Teilnehmer hörten auf den Rat von Freunden. Einzelne Patienten gaben an, in absteigender Häufigkeit über Beratungsstellen, die Familie, Mitpatienten, Medien oder andere Kontakte zu der entsprechenden Einrichtung gelangt zu sein.

Patienten aus der Ambulanz wiesen bei den angegebenen Möglichkeiten das breiteste Spektrum auf. Sie wurden signifikant häufiger durch Mitpatienten ($p=0,000$), Beratungsstellen ($p=0,16$) und Medien ($p=0,005$) auf das entsprechende Therapieangebot aufmerksam gemacht (s. Tabelle 4.9).

Die Initiative der Kontaktaufnahme konnte auf einer Skala von eins (größte Eigenmotivation) bis fünf (größte Fremdmotivation) angegeben werden und lag im Durchschnitt bei 2,7.

Bei den Personen, die für die Fremdmotivation verantwortlich waren, führten die Psychiater bei 39 Patienten, gefolgt von anderen psychotherapeutischen Kliniken und Krisenzentren (27) sowie Psychotherapeuten (23). Auch spielten Freunde (22), Familien (20) und Hausärzte (10) eine größere Rolle. Einigen Patienten, den psychiatrischen signifikant häufiger, wurde auch von Einrichtungen aus der Notfallversorgung ($p=0,009$) die Inanspruchnahme psychischer Hilfe nahegelegt (Notärzte (7), Rettungsdienst (3), Chirurgie und Toxikologie (9)). Bei 4 Patienten veranlaßte der Arbeitsplatz eine Kontaktaufnahme.

Kontaktaufnahme	Elekt. stationär N=56	Ambulanz N=14	Psychiatrie N=23	Total N=93
Arzt/Therapeut ist bekannt	9	1	2	12
Wohnortnähe	3		1	4
Gute Erfahrung mit Arzt/Therapeut/Klinik	9	1	2	12
Empfehlung von Freunden	6	2	3	11
Empfehlung von Arzt	27	6	8	41
Empfehlung von Psychotherapeut	23	4	7	34
Empfehlung von Familie	1	1	2	4
Empfehlung von Mitpatient		3		3
Empfehlung von Beratungsstelle	5	4		9
Empfehlung von Medien		2		2
Andere	1		2	3

Tabelle 4.9 Vermittlung der Kontaktaufnahme bei BPS Patienten aus verschiedenen Einrichtungen (häufigste Vermittlungsstelle ist fettgedruckt)

4.2 FSSV

4.2.1 Direkte Methoden

Zunächst wurde die häufigste Methode der Selbstschädigung untersucht, wobei die gedankliche Schädigung mit Abstand eine führende Position einnimmt, gefolgt von Rasierklinge und Kratzen und schließlich Verhinderung der Wundheilung (s. 4.2.4).

4.2.2 Häufigkeit

Außerdem ging es um die Häufigkeit selbstschädigenden Verhaltens zu drei verschiedenen Zeitpunkten. 12% aller Patienten gaben an, sich nicht zu verletzen. In den letzten vier Wochen verletzten sich 30% der Patienten kein Mal und ebenfalls etwa 30% verletzten sich einmal die Woche. Je etwa 15% wandte das selbstschädigende Verhalten einmal am Tag bzw. einmal im Monat an. Ca. 9% taten dies sogar mehrmals pro Tag, in Krisenzeiten waren es 32%. Im Gruppenvergleich war das selbstschädigende Verhalten mehrmals am Tag im Chi-Square-Test annähernd signifikant häufiger bei den elektiv stationären Patienten ($p=0.069$).

Ebenfalls in Krisenzeiten verletzten sich durchschnittlich 24% einmal am Tag, 22% einmal pro Woche, 10% einmal im Monat und 13% gar nicht.

In ruhigen Zeiten verletzten sich 27% der Patienten nicht, 46% einmal im Monat, 19% einmal in der Woche und 8% einmal am Tag. 1%, d.h. ein Patient verletzte sich auch in ruhigen Zeiten mehrmals täglich.

Zu allen Zeiten korrelierte die Häufigkeit positiv mit dem Schweregrad (BSL-Summenwert). In den letzten vier Wochen und in Krisenzeiten war $p=0,000$, in ruhigen Zeiten: $p=0,010$ (s. Tabelle 4.10).

N=92	Kein Mal	1×/Mon.	1×/Wo	1/d	Mehrmals/d	BSL
Letzter Monat	28	14	27	15	8	p=0,000
Krisenzeiten	12	9	20	22	29	p=0,000
Ruhige Zeiten	25	42	17	7	1	p=0,010

Tabelle 4.10 Häufigkeit des SSV zu verschiedenen Zeitpunkten

4.2.3 Motive

Im dritten Abschnitt wurden Absichten der Selbstschädigung identifiziert. An erster Stelle der Begründungen stand hier die Spannungsreduktion gefolgt von Bestrafung aus Selbsthaß sowie dem Wunsch, sich wieder spüren zu können. Drittens war Impulsivität ein Auslöser, der als nicht steuerbar beschrieben wurde. Im Gruppenvergleich wurde das Item Selbsthaß von den elektiv stationären Patienten signifikant häufiger angegeben, als von den anderen beiden Gruppen, das Item „Veränderung des ängstlichen Zustands“ wurde signifikant häufiger von den ambulanten Patienten genannt (s. Tabelle 4.11, Abb. 4.5).

	Total M: 1-5	Elektiv M: 1-5	Psychiat .M: 1-5	Ambul. M: 1-5	Sig. Anova
Spannungsreduktion	3,84	4,13	3,67	4,21	
Um s. zu spüren	3,30	3,61	3,38	3,07	
Selbsthaß	3,30	3,79	2,67	3,00	p=0,01
Impulsiv	2,78	3,09	2,29	3,07	
Veränderung d. depr. Zustands	2,72	2,87	2,62	3,29	
Hilferuf	2,48	2,38	2,86	2,64	
Beenden v. flashbacks	2,37	2,61	2,24	2,43	
Veränderung d. ängstl. Zustands	2,30	2,34	2,05	3,36	p=0,03
Zeichen f. d. Umwelt	2,29	2,29	2,48	2,43	
Ende d. Störung d. Einheitsgefühls	2,21	2,36	2,19	2,36	
Um entrückten Zustand zu erleben	2,19	2,16	2,33	2,71	
Ende eines tranceartigen Zustands	1,91	1,87	2,33	1,86	
Gewohnheit/Ritual	1,90	1,95	1,81	2,00	

Tabelle 4.11 Motive für SSV in absteigender Häufigkeit

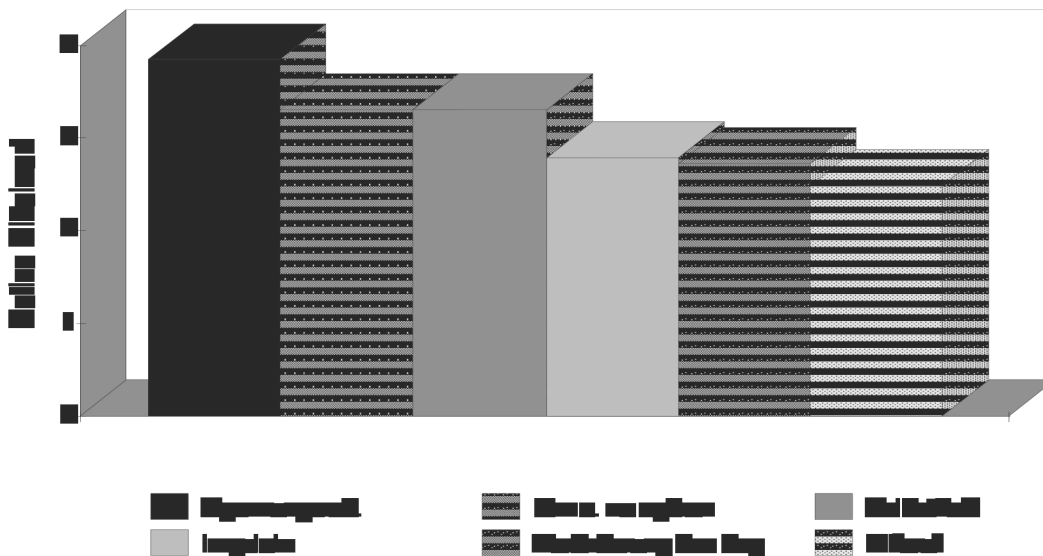


Abbildung 4.5 Motive für SSV

4.2.4 Indirekte Methoden

Bei den indirekten Methoden führte ebenfalls ein kognitiver Aspekt (s. selbst schlecht reden) die Liste an, gefolgt von gestörten Eßverhaltensweisen (Freßanfälle und Hungern). Überhöhter Alkoholkonsum wurde als häufige indirekte Methode angegeben (s. Tabelle 4.12).

Direkte Methoden	Mean 1-5	Indirekte Methoden	Mean 1-5
Gedanken	3,33	S. selbst schlecht reden	3,42
Rasierklinge	2,70	Freßanfälle	2,66
Kratzen	2,38	Hungern	2,56
Verhinderung d. Wundheilung	2,33	Alkoholrausch	2,55
Faustschlag	2,03	Erbrechen	2,19
Messer, Schere	2,02	Zuviel Arbeiten	2,14
Aufschlagen d. Kopfes	1,77	Medikamente	2,05
Glasscherbe	1,58	Schlafentzug	1,90
S. Verbrennen	1,47	Drogen	1,83

Tabelle 4.12 Direkte und Indirekte Methoden des SSV in absteigender Häufigkeit

4.2.5 Folgen

Im fünften Abschnitt ging es um die Folgen, wobei die Rangliste folgendermaßen aussah: in erster Linie wurden Schuldgefühle, Scham sowie ein trauriges Gefühl angegeben, ein großer Teil erklärte hingegen, daß das selbstschädigende Verhalten die Befindlichkeit verbesserte. Hier bestand ein signifikanter Unterschied bei den psychiatrischen Patienten, sie nahmen die Verbesserung der Befindlichkeit weit weniger stark wahr ($p=0,003$).

Die ambulanten Patienten empfanden die Schmerzen später als signifikant weniger stark, verglichen mit den anderen beiden Gruppen ($p=0,041$).

4.2.6 Sonstiges

Schließlich geht es unter Punkt sechs um diverse andere Aspekte. Die Frage, ob die Patienten auf das Verhalten verzichten wollen, wurde mit viel größerer Sicherheit bejaht als die Frage nach dem verzichten können. Beide Fragen wurden von den ambulanten Patienten signifikant weniger optimistisch beantwortet. Die Motivation korrelierte sowohl das „Können“ als auch das „Wollen“ betreffend, negativ mit dem Schweregrad. Die Motivation, auf das SSV verzichten zu wollen, korrelierte mit der Dauer vorausgehender stationärer psychotherapeutischer und psychiatrischer Aufenthalte (s. Tabellen 4.13; 4.14, Abb. 4.5)

	Total <small>M.:1-5</small>	Elektiv	Psychiatr.	Amb.	Sig. <small>Anova</small>
Verzichten wollen	4,30	4,39	4,50	3,64	p=0,010
Verzichten können	3,03	2,98	3,64	2,29	p=0,001

Tabelle 4.13 Mittelwerte für die Motivation, auf SSV zu verzichten bei Patienten der verschiedenen Einrichtungen mit signifikant niedrigeren Werten der ambulanten Patienten (fettgedruckt)

Korrelationen	BSL	Dauer psychiatr. B.	Dauer psychotherap. B.
Verzichten wollen	p=0,039	p=0,015	p=0,011
Verzichten können	p=0,000		

Tabelle 4.14 Korrelation der Motivation mit Schweregrad sowie Dauer psychiatrischer bzw. psychiatrischer Behandlungen

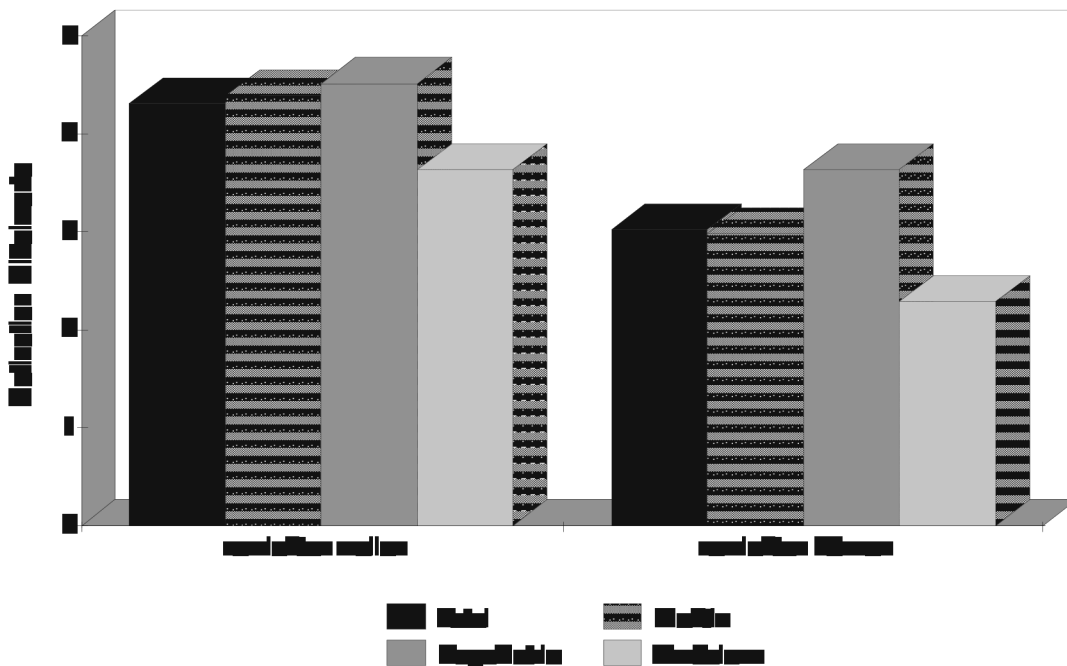


Abbildung 4.5 Mittelwerte für die Motivation, auf SSV zu verzichten

Etwa 66% der Patienten gaben an, entweder im engeren oder im weiteren Sinne sexuell und/oder körperlich mißhandelt worden zu sein, vor allem vor dem 15 Lebensjahr.

Nur der Mißbrauch nach dem 15. Lebensjahr korrelierte positiv mit der Häufigkeit des SSV in Krisen- bzw. in ruhigen Zeiten, ebenso wie mit dem Schweregrad (s. Tabelle 4.15).

Korrelationen	Häufigkeit SSV in Krisenzeiten	Häufigkeit SSV in ruhigen Zeiten	BSL
Mißbrauch n.15. Lj.	p=0,050	p=0,015	p=0,001

Tabelle 4.15 Korrelation von Mißbrauch nach dem 15. Lj. mit der Häufigkeit von SSV und BSL

Über die Mißbrauchsgeschichte ihrer Elternteile waren die Befragten weniger sicher, allerdings gaben die meisten von ihnen eine körperliche Mißhandlung der Mutter an. Am wenigsten gaben die Patienten sexuellen Mißbrauch des Vaters an.

Von den Patienten die mißhandelt wurden, berichteten 80%, daß dies mehrfach vorgekommen sei, bei 20% nur einmal.

Zum Schluß gaben die Patienten an, selbstschädigendes Verhalten im Durchschnitt seit dem 14. Lebensjahr zu kennen.

Die Anzahl durchgeführter Suizidversuche betrug im Mittel drei pro Patient. Sie korrelierte positiv sowohl mit der Anzahl ($p=0,000$) als auch der Dauer psychiatrischer Aufenthalte ($p=0,001$). Außerdem ist ein Trend dahingehend zu beobachten, daß sie auch mit der Anzahl der Stunden ambulanter Psychotherapie korreliert ($p=0,079$).

4.3 FLZ^M

Bei dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) konnte eine Rangfolge der Bereiche erstellt werden, die besonders beeinträchtigt sind. Im allgemeinen Teil zeigten sich die Patienten in absteigender Reihenfolge vor allem unzufrieden in Bezug auf Familie und Kinder, Gesundheit, Einkommen, Partnerschaft/Sexualität und schließlich den Beruf bzw. ihre Arbeit. Hier korrelierten die Items Gesundheit, Freunde/Bekannte, Freizeit/Hobbies, Familie/Kinder sowie der Summenwert in absteigender Signifikanz mit dem Schweregrad (BSL-Summenwert) (s. Tabelle 4.14).

Im Modul „Gesundheit“ haben die Patienten die größten Probleme mit dem Mangel an Angstfreiheit, Energie und Lebensfreude, Entspannungsfähigkeit sowie der Unabhängigkeit von Hilfe.

In diesem Modul korrelierten mit absteigender Signifikanz deutlich die Items Entspannungsfähigkeit, Energie/Lebensfreude, körperliche Leistungsfähigkeit außerdem Angstfreiheit, Beschwerde-/Schmerzfreiheit sowie der Summenwert negativ mit dem Schweregrad (BSL-Summenwert) (s. Tabelle 4.14).

FLZ Allgemein	BSL Korrelat.	FLZ Gesundheit	BSL Korrelat.
Gesundheit	p=0,001	Entspannungsfähigkeit	p=0,000
Freunde/Bekannte	p=0,024	Energie/Lebensfreude	p=0,000
Freizeit/Hobbies	p=0,024	Körp. Leistungsfähigkeit	p=0,000
Familie/Kinder	(p=0,052)	Angstfreiheit	p=0,001
		Beschwerdefreiheit	p=0,009
FLZ-A-Summe	p=0,008	FLZ-G-Summe	p=0,000

Tabelle 4.14 Korrelation von FLZ-A und FLZ-G mit dem Schweregrad

Im Gruppenvergleich erreichten die ambulanten Patienten im allgemeinen Teil, abgesehen von der Wohnsituation die niedrigsten und die psychiatrischen Patienten die höchsten Punktzahlen. Zwar ergaben sich hier keine signifikanten Unterschiede, dennoch kann man von einem Trend der größten allgemeinen LZ bei Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sprechen. Bei der Frage nach der aktuellen Wohnsituation erreichten die Patienten aus den Ambulanzen die höchsten Werte, gefolgt von denen aus der Klinik für Psychiatrie.

Die Ergebnisse des Moduls „Gesundheit“ waren weniger einheitlich, tendenziell war die LZ hier bei den elektiv stationär untergebrachten Patienten am geringsten. Die körperliche Leistungsfähigkeit betreffend, bestand hier ein signifikanter Unterschied zu den anderen beiden Gruppen ($p=0,039$). Annähernd signifikant höher im ANOVA-Test war die gesundheitliche LZ bei den psychiatrischen Patienten, bezüglich der Entspannungsfähigkeit ($p=0,070$). Die geringste Zufriedenheit wurde hier von den ambulanten Patienten angegeben.

4.4 BSL

Die Borderline Symptom Liste wurde erstellt, um den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp ermessen zu können.

Allgemein konnte man feststellen, daß unser Patientenkollektiv sowohl in der Gesamtskala als auch in sechs von sieben Subskalen zwischen 2,8 bis 12% über dem störungsspezifischen Mittelwert lag. Nur für die Items des „subjektiven Befindens“ ergaben sich Werte von 1,5% unterhalb des Mittelwerts. Im Gruppenvergleich ist aufgefallen, daß die Patienten der elektiv stationären Einrichtungen in allen Kriterien, bis auf die Subskala „Feindseligkeit“, die höchste Punktzahl erbrachten. An zweiter Stelle folgten die ambulanten Patienten, im Bereich „Feindseligkeit“ nahmen diese den ersten Platz ein. Die Patienten aus der Klinik für Psychiatrie hingegen zeigten außer einem zweiten Platz im Bereich „Feindseligkeit“ in allen Skalen die niedrigsten Schweregrade. Bei den Items „Autoaggression“ und „Dysphorie“ zeigte sich im ANOVA und im Kruskal-Wallis-Test ein signifikanter Unterschied ($p=0,021$ bzw. $p=0,022$ für ANOVA und $p=0,043$ bzw. $p=0,022$ für Kruskal-Wallis). Bezüglich des Summenwertes zeigte sich im ANOVA-Test ein Trend ($p=0,070$) in Richtung eines niedrigeren Schweregrads bei den psychiatrischen Patienten.

Das Item „subjektives Befinden“ ergab einen signifikanten Unterschied; es bestätigte sich auch hier die Tendenz zum geringeren Schweregrad bei den psychiatrischen Patienten. Sowohl ANOVA ($p=0,040$) als auch Kruskal-Wallis-Test ($p=0,028$) bestätigten ein signifikant besseres Befinden, als in den anderen beiden Gruppen.

Mean	Total	elektiv	Psych.	Amb.	Sig. Anova	Sig. K.-W.
Autoagg.	55,98	61,05	43,04	56,93	$p=0,021$	$p=0,043$
Dysphorie	52,81	58,3	40	51,86	$p=0,022$	$p=0,022$
subj. Bef.	55,52	50,25	66,74	58,14	$p=0,04$	$p=0,028$
Summe	56,67	61,29	46,39	55,07	$p=0,07$	

Tabelle 4.15 Gruppenvergleich diverser BSL Merkmale

4.5 Fremdbeurteilung

Die häufigsten drei Erkrankungen, die bei den Patienten durch die betreuenden Ärzte zusätzlich diagnostiziert worden sind, waren Eßstörungen mit einem Anteil von 50%, gefolgt von den affektiven Störungen (42%) und Störungen durch psychotrope Substanzen (37%). Relativ häufig fanden sich auch phobische (34%) dissoziative (24%) und somatoforme (22%) Störungen sowie Zwangsstörungen (12%). Darüberhinaus hatten 5% eine Schizophrenie und 4% eine schizoaffektive Störung (s. Abb.3.6). Die somatoformen sowie die Eßstörungen korrelierten signifikant positiv mit der Schwere der Erkrankung (BSL). Dissoziative Störungen hingegen korrelierten signifikant negativ mit der unmittelbaren Schmerzwahrnehmung ($p=0,045$).

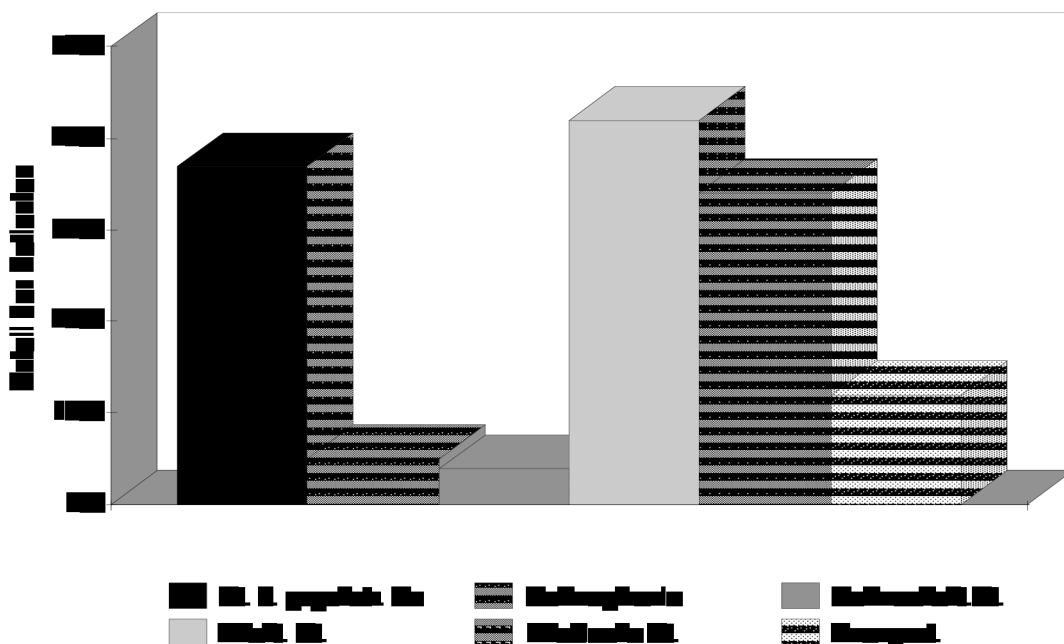


Abbildung 4.6 Komorbiditäten bei 93 BPS Patienten

Die Ärzte bzw. Therapeuten schätzten den aktuellen Leidensdruck der Patienten folgendermaßen ein. Knapp 5% litten danach aktuell ein wenig, 31% ziemlich, 41% stark und 23% sehr stark unter ihrer Erkrankung, wobei bei den psychiatrischen Patienten eine nicht signifikante Tendenz zu weniger starkem Leiden zu beobachten war (wenig 15%, ziemlich 45%, stark 25%, sehr stark 15%) (s. Abb. 4.7).

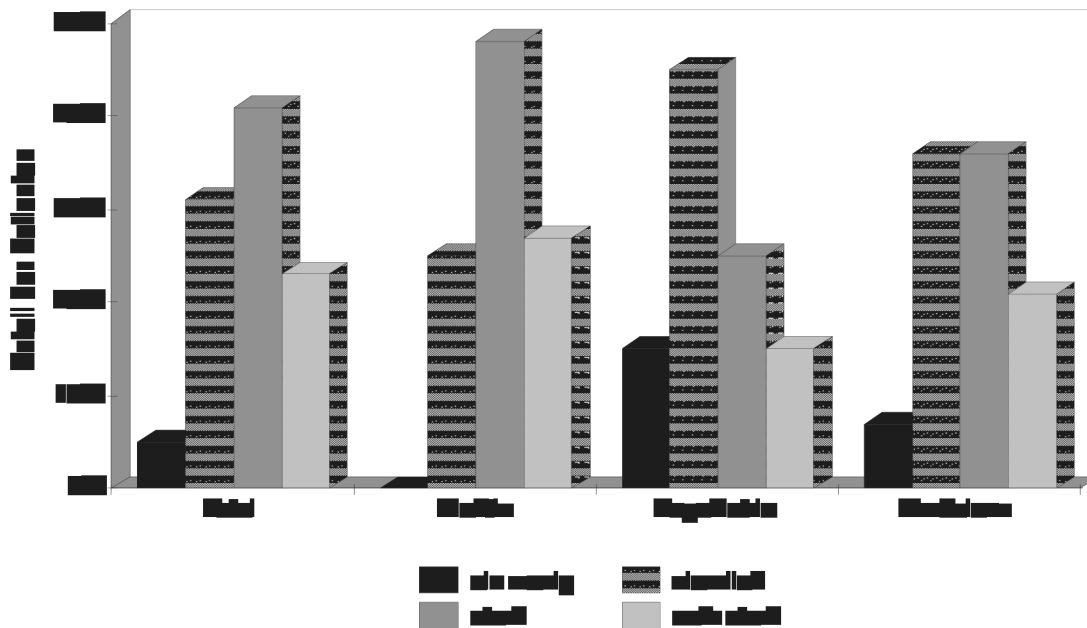


Abbildung 4.7 Aktueller Leidensdruck der Patienten in den verschiedenen Einrichtungen

Das aktuelle Inanspruchnahmeverhalten wurde bei 2% als überhaupt nicht, 7% als wenig und 38% als ziemlich angemessen eingeschätzt. Bei 52% der Patienten wurde es als sehr angemessen angesehen. Dies galt für die psychiatrischen Patienten in nur 25% der Fälle und damit signifikant seltener ($p=0,038$) (s. Abb. 4.8).

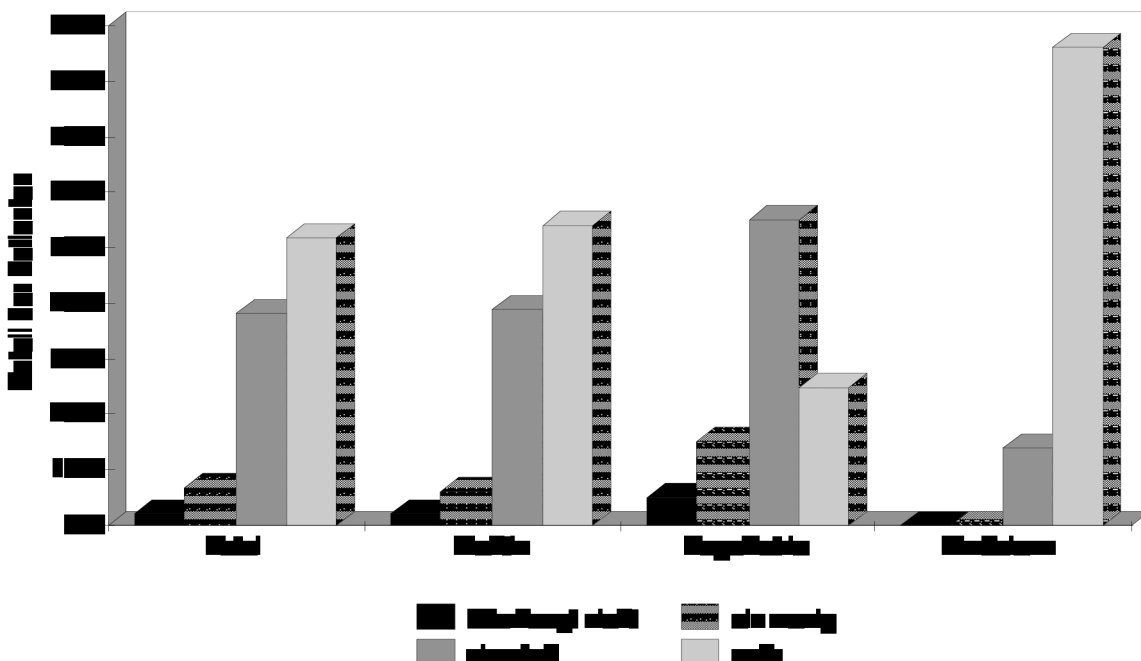


Abbildung 4.8 Angemessenheit des Inanspruchnahmeverhaltens in den verschiedenen Einrichtungen

Die am häufigsten verschriebenen Medikamente waren Antidepressiva mit einem Anteil von 57% und Neuroleptika (34%). Die ambulanten Patienten hatten signifikant seltener eine antidepressive Medikation ($p=0,001$). 20% der Patienten nahmen Beruhigungsmittel und 9% Stimmungsstabilisatoren ein, deren Einnahme positiv mit dem Schweregrad korrelierte.

5. Diskussion

5.1 BaDo

5.1.1 Ausbildung und berufliche Laufbahn

In einer Studie von Bagge et al. (2004) wurden vor allem Teilnehmer außerhalb von Kliniken oder anderen therapeutischen Einrichtungen untersucht, um ein Bild der Betroffenen in der allgemeinen Bevölkerung zu bekommen. Wie die vorliegende Studie, beschäftigten sie sich speziell mit der Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp (BPS) und stellten fest, daß Merkmale der BPS nach zwei Jahren zu negativen Ergebnissen in bezug auf die akademische Ausbildung und zu sozialen Störungen führten. Vermutlich waren hier besonders die Merkmale der Impulsivität sowie der affektiven Instabilität für eine Verschlechterung sozialer Beziehungen und des beruflichen bzw. akademischen Erfolges verantwortlich. Daher nehmen Personen mit einer BPS gar nicht erst an dem vorgegebenen Ausbildungsangebot bzw. einer Leistungskontrolle teil, was dazu führt, daß keine Möglichkeit besteht, eventuelles Können nachzuweisen.

Der akademische Erfolg wurde bei Bagge et al. anhand der Noten von 351 Studenten gemessen, wobei die Ergebnisse signifikant mit Borderline-Merkmalen in Beziehung standen.

Skodol et al. (2002) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie zeigten, daß Patienten zur Zeit eines Klinikaufenthalts mit diversen Achse II-Störungen, darunter die Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, im Vergleich zu Patienten mit Achse I-Störungen geschlechtsunabhängig niedrigere Standards in ihrer schulischen Ausbildung, höhere Arbeitslosenquoten und häufiger Behinderungen aufwiesen. Dabei war nicht nur die Leistungsfähigkeit, sondern auch die berufliche Zufriedenheit bei Menschen mit der Borderline Persönlichkeitsstörung stark eingeschränkt. Unsere Ergebnisse bestätigten dies. Schließlich zeigte sich, daß sowohl speziell die berufliche, als auch die allgemeine Zufriedenheit größer war, wenn die Patienten einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachgingen.

Der Erfolg, den Patienten während der Ausbildungszeit aufwiesen, wurde nach Kessler et al. (1995) einer positiven beruflichen Entwicklung, Gesundheit und

allgemeinem Wohlergehen gleichgesetzt, da er Voraussetzung für die genannten Merkmale ist. So läßt sich also mit dem Wissen über Ausbildungserfolge im Sinne von Bagge et al. (2004) auf den beruflichen Status schließen. Daß diese Schlußfolgerung nicht korrekt sein mußte, zeigten schon Bohus et al. (2001). Nach dieser Untersuchung lagen die Ausbildungsergebnisse noch im Normbereich. Die vorliegende Studie fragte nicht direkt nach Ausbildungsergebnissen in Form von Noten, sondern nach dem Schul- und auch nach dem Berufsabschluß sowie der aktuellen beruflichen Situation. Von den Patienten, die sich nicht mehr in der Ausbildung befanden, welche 81% des gesamten Kollektivs ausmachten, gaben 52% an, eine Lehre abgeschlossen zu haben. 28% hatten keinen Abschluß gemacht und 9% hatten ein Hochschul- oder Fachhochschulstudium abgeschlossen.

Nach den Daten des deutschen statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2004, was ungefähr dem Erhebungszeitraum entspricht, lag das Ausbildungsniveau der Patienten sowohl in schulischer, als auch in beruflicher Hinsicht im Bereich der gesunden Bevölkerung.

Auch die vorliegenden Daten bestätigen also nicht die obengenannten Studien bezüglich der Ausbildungssituation, da diese bei den untersuchten BPS-Patienten durchschnittlich nicht ungünstiger war.

5.1.2 Sozialer Status

Tyrer et al. (1994) sowie Taub (1996) kamen zu dem Ergebnis, daß die Borderline Persönlichkeitsstörung häufiger in den unteren sozialen Schichten vorkommt. In dieser Beziehung sind die Ergebnisse der Frage nach der aktuellen Erwerbstätigkeit interessant: 25% der Patienten sind derzeit arbeitslos gemeldet, 24% befinden sich in Ausbildung oder Umschulung und 11% sind berufsunfähig oder frühberentet. Nur 18% gehen hingegen einer Beschäftigung in Voll- bzw. 3% in Teilzeit nach. Danach liegen die Patienten hinsichtlich ihrer aktuellen beruflichen Situation laut Bundesamt für Statistik 2004 unter dem Bundesdurchschnitt. Die Ergebnisse der Frage nach der Haupteinkommensquelle unterstrichen diese Feststellung. Schließlich konnten nur knapp 25% der Patienten von ihrer aktuellen Berufstätigkeit leben, ebenso viele waren von der Unterstützung durch die Eltern abhängig, je 15% lebten von Arbeitslosen- oder Krankengeld und 10% von Sozialhilfe.

Es stellt sich nun die Frage, ob der niedrigere soziale und berufliche Status Folge eines frühen Einsetzens der Krankheit ist. Denn wie Modestin und Villiger (1989) feststellten, sind Patienten mit BPS zum Zeitpunkt der Erstdiagnose signifikant jünger als Personen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Im Vergleich zur gesunden Bevölkerung befanden sich in dem von uns untersuchten Patientenkollektiv noch 19% in der schulischen oder beruflichen Ausbildung, das Durchschnittsalter betrug 26 Jahre. Jerschke et al. (1998) legten aufgrund ihrer Untersuchungen ein Durchschnittsalter von 20 Jahren bei Erstbehandlung fest, in der vorliegenden Studie lag es sogar eher bei 19 Jahren. Mit einer Latenz von etwa fünf bis sieben Jahren tritt die Symptomatik also vermutlich in vollem Umfang auf. In diesem Alter ist die Ausbildungszeit meist schon abgeschlossen und die berufliche Zukunft steht den Patienten bevor. Der Leistungsabfall und der daraus resultierende soziale Abstieg der Patienten wurde also erst während der Berufszeit beobachtet und kann daher eher als Krankheitsfolge denn als ursächlich betrachtet werden. Allerdings wurde von ersten Symptomen, wie dem selbstschädigenden Verhalten, schon um das 14. Lebensjahr berichtet, was eine früh einsetzende Therapie rechtfertigt. So könnten die sozialen Nachteile verhütet werden (Chanen et al. 2004).

Schließlich beinhaltet die Diagnose BPS oft die Tendenz zu unverantwortlichem Geldausgeben, Drogenmißbrauch und Promiskuität, zusammengefaßt unter dem Begriff der Impulsivität. Die Patienten haben Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen und langfristige Pläne zu machen. Dies alles kann zusätzlich zu geringem schulischen oder beruflichen Erfolg und unangepaßtem sozialen Verhalten führen; eine finanzielle Reserve und persönliche Beziehungen aufrechtzuerhalten, fällt BPS-Patienten schwer.

In einer Studie von Flick et al. (1993) wurde deutlich, daß Patienten mit einer Borderlinestörung niedrigere durchschnittliche Einkommen hatten, als Patienten mit Achse-I-Störungen. Dies konnten wir im Vergleich zur gesunden Bevölkerung mit Sicherheit bestätigen, denn das durchschnittliche Nettoeinkommen liegt hier laut Bundesamt für Statistik 2004 ungefähr bei 1380 Euro, bei den Patienten der Studie allerdings nur bei 714 Euro im Monat. Das Item Einkommen/finanzielle Sicherheit der allgemeinen LZ (s. Kap. 4.3.3) wurde an dritter Stelle der Merkmale genannt, mit denen die Patienten besonders unzufrieden waren. Es gaben auch nur knapp 25% von ihnen an, daß ihre Haupteinkommensquelle die Arbeitstätigkeit oder Rente sei.

Die anderen waren auf fremde Hilfe angewiesen und bezogen ihr Einkommen von den Eltern oder über verschiedene öffentliche Gelder.

So wunderte es um so mehr, daß die Höhe des Einkommens dennoch weder signifikant mit der LZ noch mit dem Schweregrad korrelierte. Es wäre zu erwarten gewesen, daß diese finanzielle Abhängigkeit, die Krankheit mehr beeinflusst. Möglicherweise sind hierfür spezifische Variablen der BPS, wie z. B. „passive Aktivität“ verantwortlich – ein Aspekt, der nicht zwingend mit dem Schweregrad in direktem Zusammenhang stehen muß. Mit passiver Aktivität ist gemeint, daß Hilflosigkeit, hier in Form eines mangelnden Erwerbslebens bzw. geringer finanzieller Möglichkeiten, bewußt auffällig demonstriert wird. Dies soll die Aufmerksamkeit bzw. Hilfe Außenstehender provozieren, in der Hoffnung, daß diese dann auch das Befinden des Patienten verbessern könnten.

Andererseits ist das derzeitige Einkommen den Patienten unabhängig von der Herkunft momentan mehr oder weniger sicher, so daß kein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Die mangelnde Fähigkeit, vorrausschauend zu handeln, z.B. eventuell drohende finanzielle Engpässe einzuplanen, ist ebenfalls Merkmal der Borderline Persönlichkeit.

5.1.3 Soziales Netz

Mit dem Thema des sozialen Hintergrunds beschäftigten sich auch die schon oben erwähnten Untersuchungen von Bagge et al. (2004), nach denen die sogenannten schwereren Achse II-Störungen, wie die vom Borderlinetyp, mit schlechteren sozialen Funktionen (z.B. interpersonelle Beziehungen sowohl mit Verwandten als auch Freunden, Pflichten im Haushalt und Teilnahme an Freizeitaktivitäten) einhergehen. Die Studie umfaßte betreffend der Prüfung sozialer Kompetenzen vor allem die Bereiche familiärer und freundschaftlicher Beziehungen. Außerdem wurde die Fähigkeit untersucht, eine gesellschaftliche Rolle angemessen auszufüllen, z. B. als Student, Angestellter, Freund o. ä. (siehe auch Trull et al. 1997), was den Patienten vergleichsweise schwer fiel. Auch Tyrer et al. 1994 und Skodol et al. (2002) kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

In den Kriterien für eine BPS nach DSM-VI steht an zweiter Stelle, daß die Patienten ein „Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen“

aufweisen, das „durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung“ gekennzeichnet ist, was die Schwierigkeiten, Beziehungen langfristig aufrechtzuerhalten, erklärt.

Den sozialen Hintergrund untersuchte die vorliegende Studie mit der Frage nach der Anzahl der Freunde bzw. der Verwandten, an die sich die Patienten wenden können. Die Zahl der Freunde betrug im Durchschnitt drei, die der Verwandten sogar nur zwei. Dabei wurde deutlich, daß die Zufriedenheit in Bezug auf Freunde und Bekannte auch mit steigender Anzahl an Freunden zunahm. Eine steigende Anzahl Verwandter, an die sich die Patienten wenden konnten, korrelierte hingegen positiv mit der LZ im Allgemeinen. Die Anzahl der Freunde und Verwandten scheint ausschlaggebend für die LZ zu sein. Andererseits korrelierte auch ein niedrigerer Schweregrad sowohl mit dem Item Freunde/Bekannte als auch dem Summenwert der LZ. So wäre es möglich, daß ein niedriger Schweregrad ursächlich für bessere Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich ist. Daraus ginge eine höhere Zufriedenheit hervor und es erklärte auch eine größere Anzahl der Bezugspersonen. Demgegenüber gaben aber noch 16% der Befragten an, sich auf niemanden verlassen zu können, was sich erwartungsgemäß signifikant negativ auf das Item Freunde/Bekannte auswirkte. Besonders häufig waren Patienten, die angaben, niemanden zu haben, in der Vergangenheit körperlich mißhandelt worden. Möglicherweise bewirkt nicht nur die Erkrankung selbst mit den störungsimmanenten Defiziten im zwischenmenschlichen Bereich eine soziale Isolation der Patienten, auch die Erfahrung körperlicher Mißhandlung erschwert zusätzlich die Ausbildung persönlicher Kontakte.

Bei den übrigen Patienten führten Freunde mit 39% bzw. Eltern mit 34% die Liste der verlässlichen Personen an. So scheint der Anwesenheit von Freunden eine enorme Wichtigkeit zuzukommen, wenn auch unklar bleibt, ob sie ursächlich auf den Schweregrad zurückzuführen ist. Tatsache ist, daß die Anwesenheit von Freunden sowohl mit einer zunehmenden LZ im allgemeinen, als auch mit dem Item Freunde/Bekannte in Verbindung steht.

Pfohl et al. (1984) stellten sowohl bei einem Fremdrating als auch den eigenen Angaben der Patienten fest, daß alle Persönlichkeitsstörungen mit schlechten interpersonellen Voraussetzungen, z.B. einem fehlenden sozialen Netz, einhergehen. Dies erscheint auch bezogen auf die Schlußfolgerungen der Studie von Shea et al. (1990) wichtig. Aus dieser geht hervor, daß auch die therapeutischen

Ergebnisse im Hinblick auf die sozialen Funktionen schlechter waren, als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Es wird deutlich, daß gerade dieser Bereich zukünftig im Rahmen der Therapie noch stärker gefördert werden sollte (s. Kapitel 5.4).

5.1.4 Freizeitgestaltung

Als Beispiel für das eingeschränkte soziale Leben war in der vorliegenden Untersuchung die mangelnde Teilnahme an Freizeitaktivitäten auffällig. Schließlich wurde gefragt, ob und welche Freizeitaktivitäten die Patienten unternehmen. In einer Auswahl von neun Möglichkeiten gaben je vorgegebener Aktivität zwischen 80 und 90% der Patienten an, „nie“ an einer solchen teilzunehmen, was in Anbetracht dessen, daß die allgemeine LZ signifikant steigt, wenn die Patienten z.B. an einer sportlichen Gruppe teilnehmen, sehr bedauerlich ist. Am ehesten wurden allerdings kirchliche oder karitative Einrichtungen „manchmal“ besucht.

5.1.5 Wohnsituation

Schließlich wurde das Alleinsein aber auch von den Patienten forciert; so zeigte sich doch, daß die allgemeine LZ bezogen auf das Item Wohnsituation bei den Patienten größer war, die allein lebten. 38% der Patienten lebten allein, was im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt mit ca. 22% in dieser Altersgruppe ein extrem hoher Anteil ist. An zweiter Stelle stand der Haushalt mit dem Partner und an dritter Stelle das Leben in einer unbetreuten Wohngemeinschaft. Hier wurden ihre sozialen Kompetenzen am wenigsten gefordert und es gab mehr Rückzugsmöglichkeiten als in den folgenden Lebensgemeinschaften: Der Haushalt mit den Schwiegereltern wurde als am unangenehmsten empfunden. Ähnlich war es mit dem Leben im Haushalt der Eltern bzw. in einer betreuten Wohngemeinschaft. Entsprechend ist der Anteil der Personen, die im Haushalt der Eltern bzw. der eigenen Familie leben, vergleichsweise klein. Vermutlich sinkt die LZ daher zusätzlich mit zunehmender Beaufsichtigung durch Autoritätspersonen. Außerdem ist der störungsimmanente

Einfluß von Defiziten im zwischenmenschlichen Bereich, der Kommunikationsfähigkeit und dem Umgang mit Gefühlen zu berücksichtigen.

5.1.6 Familienstand und partnerschaftliche Beziehungen

Perry et al. beschrieben 1980 demographische Merkmale bei 18 BPS- Patienten und fanden unter anderem heraus, daß diese häufiger ledig seien, als Patienten anderer psychiatrischer Kontrollgruppen.

Skodol et al. (2002) hingegen bemerkten in ihrer Studie keinen signifikanten Unterschied zwischen Achse I- und Achse II-Störungen bezüglich des Familienstands, jedoch wurde darauf hingewiesen, daß in allen untersuchten Gruppen störungsunabhängig eine vergleichsweise kleine Anzahl verheirateter Patienten vorkam. Dieses Merkmal käme danach unspezifisch bei vielen psychischen Störungen vor. Mit diesem Vorbehalt sind auch unsere Ergebnisse zu betrachten. Dennoch scheint die Zahl der 79 (84%) ledigen Patienten in einem Kollektiv von 93 überdurchschnittlich hoch, vor allem, wenn man in Betracht zieht, daß davon noch 52, also 56% partnerlos waren.

Daley et al. (2000) beschäftigten sich speziell mit dem Zusammenhang von Borderlinepersönlichkeitszügen mit der Ausbildung sogenannter „romantischer Beziehungen“ (Anzahl und Länge der Beziehungen, Partnerkonflikte, ungewollte Schwangerschaften, Mißbrauch) und kamen zu einer ähnlichen Schlußfolgerung. Nach vier Jahren ließen sich zwar in der gesamten Gruppe deutliche Dysfunktionen nachweisen, die aber ebenfalls bei Patienten mit anderen Achse II-Störungen auftraten und somit nicht zwingend als Borderline-typisches Merkmal gelten müssen. Es zeigte sich lediglich ein nicht signifikanter Trend dahin, daß die BPS speziell eine höhere Frequenz der Beziehungen, mehr emotionale Konflikte und chronischen Streß mit sich bringt. So stimmten die Untersuchungen im Allgemeinen darin überein, daß bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen generell ein höheres Risiko besteht, alleinstehend, getrennt oder geschieden zu sein, wie auch bei Flick et al. (1993) beschrieben.

Bei rund der Hälfte unserer partnerlosen Patienten bestand dieser Zustand schon seit 4 Jahren und länger. Hier bestanden wahrscheinlich ausgeprägte Probleme, eine Partnerschaft zu führen, was man von den Personen mit einer kürzeren partnerlosen

Zeitspanne weniger sicher behaupten kann. So befanden sich ein Drittel der Partnerlosen seit einem Jahr und der Rest seit zwei bis vier Jahren in keiner Beziehung mehr. Dementsprechend korrelierte zunehmende Länge der partnerlosen Zeit negativ mit der allgemeinen Zufriedenheit, sowohl im Summenwert als auch speziell für das Item Partnerschaft/Sexualität, was den Konflikt dieser Patienten verdeutlicht. Demgegenüber korrelierte dieses Item positiv mit dem Vorhandensein eines festen Partners.

Daley et al. (2000) beschäftigten sich hingegen weniger mit der Länge der partnerlosen Zeit, sondern mehr mit der Länge des Zeitraums, in dem Partnerschaften bestanden. Hier fanden sie heraus, daß eine BPS-Symptomatik zwar die Häufigkeit von Beziehungen positiv beeinflusste, aber nicht die Länge des Zeitraums, während dem die Patienten sich innerhalb von 4 Jahren in Beziehungen befanden. Nach Daley et al. (2000) war auch die Wahrscheinlichkeit, in eine mißbrauchende Partnerschaft zu geraten, erhöht. Im Durchschnitt zeigten die Patienten mit stärkerer BPS-Symptomatik eine geringere Zufriedenheit in der Partnerschaft. Diesen Zusammenhang zwischen Schweregrad der Erkrankung und LZ in der Beziehung bestätigten unsere Daten allerdings nicht signifikant.

Darüber hinaus fanden Daley et al. heraus, daß das Merkmal der Impulsivität auch die Gefahr von ungewollter Schwangerschaft unabhängig von der Qualität der Beziehung steigerte. Unsere Datenlage zeigte keinen Hinweis für einen solchen Zusammenhang; nur 14 Patienten gaben an, Kinder zu haben, davon hatte niemand mehr als zwei. Auch wirkte sich die Anwesenheit von Kindern weder signifikant positiv noch negativ auf den Schweregrad oder die LZ aus.

Forthofer et al. (1996) führten eine Studie durch, bei der es darum ging, psychische Störungen zu identifizieren, die für eine frühe erste Heirat verantwortlich sind. Danach sind psychische Störungen positiv mit früher Heirat, jedoch negativ mit der Länge der Ehe sowie später Heirat assoziiert. Aus der frühen Heirat resultieren häufig ungünstige Konsequenzen im partnerschaftlichen, sozialen und eventuell auch im finanziellen Bereich. Darüber hinaus besteht auch nach Scheitern der Ehe noch ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis auf den unterschiedlichsten Ebenen. Therapeutische Prävention ist notwendig, so daß auch dieses Merkmal nicht nur für den Nutzen einer möglichst frühen Therapie im Krankheitsverlauf, sondern auch für die besondere Bedeutung sozialtherapeutischer Ansätze spricht (s. Kapitel 5.4).

5.2 Selbstschädigendes Verhalten

Selbstschädigendes Verhalten (SSV) kommt besonders häufig als Merkmal der Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp (BPS) vor und es wurde in den letzten Jahren eingehend untersucht. Im folgenden soll dieses Merkmal anhand unserer Studienergebnisse, insbesondere des FSSV, aber auch der vorliegenden Literatur sowohl bezüglich des ganzen Patientenkollektivs, als auch abhängig von der Inanspruchnahme diskutiert werden.

5.2.1 Direkte und indirekte Methoden (Instrumente)

Die unterschiedlichen Methoden der Selbstschädigung sind vielfältig. Der FSSV deckt hier eine weite Palette ab, dabei werden direkte von indirekten Methoden unterschieden. Ähnlich wie bei Tameling et al. (1996) waren unsere Ergebnisse bezüglich der direkten Methoden. An erster Stelle steht zweifellos das oberflächliche Schneiden der Haut, wobei als Instrumente vor allem Rasierklingen und Messer bzw. Scheren genannt wurden. Als vergleichsweise „weichere“ Methoden folgten „Kratzen“ und „Verhinderung der Wundheilung“.

Auffällig war, daß bei den indirekten Methoden häufig eine gestörte Nahrungsaufnahme angegeben wurde. So standen Freßanfälle und Hungern auch im Gruppenvergleich bei allen Patienten an zweiter und dritter Stelle der Methoden indirekter Selbstschädigung. Daher ist es nicht verwunderlich, daß nach Zanarini et al. (1998) die Komorbidität von gestörtem Eßverhalten bei BPS-Patienten bei 53% liegt. Auch die Fremdbeurteilung der vorliegenden Studie ergab nicht nur eine Komorbidität von 50% der Patienten mit einer Eßstörung sondern auch eine signifikante Korrelation dieser zusätzlichen Störung mit dem Schweregrad der BPS-Symptomatik.

Paul et al. (2002) untersuchten selbstschädigendes Verhalten bei Patienten mit Eßstörungen. Bei 34,6% war dieses Verhalten schon einmal aufgetreten, außerdem zeigten sie signifikant höhere Punktzahlen bezüglich des Auftretens dissoziativer Zustände. Auch die vorliegenden Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen SSV und abnormem Eßverhalten. BPS-Patienten mit Eßstörungen neigen demnach vor allem in Krisenzeiten signifikant häufiger zu selbstverletzendem Verhalten im

klassischen Sinne. Dem abnormen Eßverhalten kommt noch ein zusätzlicher selbstschädigender Effekt zu. Außerdem kann es genauso wie SSV als Ausdruck dysfunktionaler Affektregulation angesehen werden. Andererseits sind Affektschwankungen auch Folge von abnormen Eßverhalten. Hier wird deutlich, wie eng Eßstörungen, Häufigkeit des SSV und Schweregrad miteinander in Verbindung stehen.

Am vierthäufigsten wurde bei den indirekten Methoden in der vorliegenden Erhebung Schädigung durch übermäßigen Alkoholkonsum angegeben, wobei das SSV hier vermutlich nicht das einzige Motiv ist. Auch der Rauschzustand könnte die Befindlichkeit verbessern bzw. unangenehme Gefühle „betäuben“. Bei einem Anteil von 37% der Patienten wurde zusätzlich eine Störung durch psychotrope Substanzen diagnostiziert, wobei der Alkohol eine führende Rolle gespielt haben dürfte. Dies ist sicherlich ebenfalls Teil der Erklärung für die relativ häufige Angabe von Alkoholkonsum als Methode für SSV.

5.2.2 Motive

Unsere Ergebnisse zeigten, daß sich die Gruppen hauptsächlich in ihren Motiven sowie den Folgen des selbstverletzenden Verhaltens unterschieden, während die Instrumente in den Gruppen größtenteils die gleichen waren (s. Kap. 4.2.1). Nachdem auch im Gruppenvergleich für alle Patienten die Beendigung von „Spannungszuständen“ am bedeutendsten war, begründeten die elektiv stationären Patienten das selbstschädigende Verhalten an zweiter Stelle – und damit signifikant häufiger – mit dem Wunsch, sich selbst zu bestrafen. Bei den ambulanten Patienten stand eine „Veränderung des ängstlichen Zustands“ an zweiter Stelle, und damit im Vergleich ebenfalls signifikant häufiger.

Dazu paßten die angegebenen Folgen des SSV. Schließlich gaben die ambulanten Patienten als häufigste Folge eine Verbesserung der Befindlichkeit an. Es erfüllte sich also das oben erwähnte Bedürfnis, was im lerntheoretischen Sinne einer positiven Verstärkung gleichkommt. Hinzu gesellt sich die Tatsache, daß die Patienten später signifikant weniger Schmerzen wahrnahmen, als die der anderen Gruppen. Dies könnte daran liegen, daß die Besserung des seelischen Zustands den

körperlichen Schmerz abschwächt. Die psychiatrischen Patienten gaben neben der Spannungsreduktion als Motiv das Bedürfnis an, „sich selbst wieder spüren“ zu können.

Bei ihnen aber führte das Item „später Schmerzen“ die Liste der Folgen an, das Merkmal „Befindlichkeit besser“ wurde hingegen signifikant seltener angegeben. Es scheint plausibel, daß der Schmerz bei diesen Patienten nicht nur stärker ausgeprägt, sondern eventuell sogar notwendige Folge ist, um „sich wieder spüren“ zu können. Auch ist bei den psychiatrischen Patienten eine Tendenz dahingehend aufgefallen, daß eine gewisse Außenwirkung eine größere Rolle spielte, als bei den anderen Gruppen. Die Motive „Hilferuf“ und „Zeichen für die Umwelt“ wurden in der Rangfolge etwas häufiger angegeben.

Eine Hypothese befaßte sich mit der Frage, ob SSV das alltägliche Leben der Patienten erleichtert und so eventuell die LZ erhöht. Kann es somit als eine Art Copingstrategie bezeichnet werden, bzw. eine Stärkung für den Alltag sein, die z.B. soziale Anforderungen erleichtert? Ebenso könnte es auch Belohnung für vollbrachte Taten sein, da immerhin an zweiter Stelle der Folgen des SSV eine Besserung der Befindlichkeit angegeben wurde. Scheinbar geht es dabei aber in erster Linie darum, den unangenehmen Zustand zu beenden und nicht darum, sich zu „stärken“. Dies machen die Ergebnisse bezüglich der Folgen für SSV deutlich. Danach war das SSV anschließend eher mit negativen Gefühlen wie Schuld, Scham und Trauer verbunden. Entsprechend waren auch entgegen der Hypothese keine Korrelationen zwischen hoher LZ und Häufigkeit bzw. hoher Motivation für das SSV zu finden. In diesem Zusammenhang setzten Rietdijk et al. (2001) selbstschädigendes und suizidales Verhalten in Beziehung mit Ergebnissen eines Fragebogens, der sogenannte „Lebensgründe“ identifiziert. Patienten, die hier mit niedrigen Punktzahlen abschnitten, zeigten in den folgenden sechs Monaten siebenmal häufiger selbstschädigendes oder suizidales Verhalten, als die Gruppe mit hohen Punktzahlen. Auch dieses Ergebnis spricht dafür, daß SSV bei BPS-Patienten das Leben keineswegs leichter oder lebenswerter macht, sondern eher Ausdruck besonders schwieriger und hoffnungsloser Situationen ist.

Mc Kay et al. (2004) zeigten außerdem, daß Patienten mit BPS, die Selbstverletzung anwenden, schlechtere Fähigkeiten bezüglich verbaler und nonverbaler Kommunikation hatten, als Patienten ohne dieses Verhalten. So fiel es ihnen

schwerer, nonverbale emotionale Informationen sowohl selbst zu vermitteln, als auch die anderer zu verstehen und zu verarbeiten.

In Anbetracht dieser Ergebnisse drängt sich die Schlußfolgerung auf, daß das SSV zwar schlechtes Befinden bessert, aber nicht als Prophylaxe bzw. Stärkung für unangenehme Situationen oder gar als Belohnung angesehen werden kann. Hier wird die Hilflosigkeit der Patienten deutlich. Ihnen erscheint das Verhalten zwar als unverzichtbar und lebensrettend, sie wenden es aber eher im Sinne eines „letzten Auswegs“ in der Verzweiflung an.

5.2.3 Schmerzwahrnehmung

Wie oben bereits angesprochen, wird die Schmerzwahrnehmung unter den Patienten der vorliegenden Studie unterschiedlich eingeschätzt. Sie scheint danach an verschiedene Motive geknüpft zu sein. Im folgenden wird bezug genommen auf die Ergebnisse bisheriger Studien.

Nach Simpson (1976) und Tameling et al. (1996) empfinden fast alle Patienten die Verletzung als Erleichterung nach Episoden dysphorischer Stimmungslage. Coid et al. (1992) beschreiben als häufigste Motivation der Selbstschädigung die Beendigung aversiver Zustände.

Russ et al. (1992) untersuchten hinsichtlich der Schmerzwahrnehmung zwei verschiedene Gruppen, von denen die eine angab, den Schmerz während des selbstschädigenden Verhaltens nicht wahrzunehmen, die andere aber schon. Interessanterweise gaben beide Gruppen, im Gegensatz zu der gesunden Kontrollgruppe, nach Versuchen mit dem Cold Pressure Test eine signifikante Besserung der Angst an, allerdings berichtete nur die Gruppe ohne Schmerzen von einer Zunahme der Kraft. So steht auch hier das Motiv der Beendigung von Angst im Vordergrund. Die Zunahme von Kraft bzw. Energie hingegen spielt indirekt auch in der folgenden Untersuchung von Motivationen eine Rolle.

Bohus et al. (2001) fanden zusätzlich eine Patientengruppe, die euphorisierende Zustände während der Selbstverletzung hervorhebt und bei der, infolgedessen selbstschädigendes Verhalten häufiger und mit geringerer Schmerzwahrnehmung auftritt. Aus diesem Grund wird auch eine Art Suchtverhalten als Motiv für die

Selbstverletzung diskutiert. Der Vergleich mit einer Sucht ist aber auch unabhängig von den oben erwähnten euphorisierenden Zuständen keinesfalls abwegig. Eine kurzfristige Besserung des Befindens kann schon Anreiz genug sein, um sich erneut zu verletzen. Schließlich ist auch die Einnahme von Drogen fast immer mit Scham- oder Schuldgefühlen aber auch Schmerzen bei Entzug verbunden, ähnlich wie die Patienten der vorliegenden Studie die Folgen von SSV beschreiben. Schließlich zeigte sich auch keine Korrelation der Anwesenheit von Schmerzen mit der Häufigkeit von SSV. Entsprechend war auch die Motivation, SSV aufgeben zu wollen oder können keineswegs abhängig davon, ob Schmerzen empfunden wurden oder nicht. Die Empfindung von Schmerzen hält Patienten also weder von der Selbstverletzung ab noch vergrößert die Anwesenheit von Schmerzen die Motivation, mit SSV aufzuhören.

Von einigen Autoren wurde eine kognitive Beeinträchtigung von BPS-Patienten in bestimmten Bereichen, wie z.B. der zeitlichen Wahrnehmung, festgestellt (Berlin et al. 2004). Die meisten Studien zu diesem Thema kamen zu dem Ergebnis, daß vor allem das BPS-Merkmal der Impulsivität hiermit in Verbindung stehe, aber auch das vermehrte Auftreten von dissoziativen Zuständen und Intrusionen (Stiglmayr et al. 2001). Demnach korreliere das Auftreten dissoziativer Merkmale auch mit der Stärke vorher erlebter aversiver Anspannung. Unabhängig von diesen Variablen scheint jedoch keine neuropsychologische Leistungseinschränkung bei den Patienten vorzuliegen (Bohus et al. 2002).

Wie Leibenluft et al. (1987) feststellten, nimmt ca. die Hälfte aller Borderlinepatienten den Schmerz während der Selbstverletzung durch oberflächliches Schneiden nicht bzw. nur wenig wahr. Darüber hinaus zeige diese Gruppe ernsthaftere Suizidversuche sowie eine stärkere Neigung zu impulsivem Verhalten und dissoziativen Erfahrungen. Die Patienten, bei denen dissoziative Zustände diagnostiziert worden waren, hatten signifikant weniger Schmerzen unmittelbar nach der Selbstschädigung. Folglich scheint ein Zusammenhang zwischen Schmerzverarbeitung bzw. -wahrnehmung und Dissoziationsneigung vorzuliegen. An diese Erhebung anknüpfend wurde in der aktuellen Studie die Schwere des Merkmals Intrusionen untersucht mit dem Ergebnis, daß diese bei Patienten, die erst später Schmerzen empfanden, signifikant größer war. Unter dem Begriff Intrusion versteht man das ständige Wiedererleben von belastenden Ereignissen zum Beispiel

in Form von sogenannten Flashbacks. Intrusionen sind häufige Folge von akuten und langfristigen Belastungssituationen, die in Biographien von Borderlinepatienten oft zu beobachten sind (z.B. körperlicher/sexueller Mißbrauch, s. Kap. 5.2.5). Patienten, bei denen Intrusionen verstärkt auftreten, neigen häufiger zu dissoziativen Zuständen.

So äußerten Melzack et al. schon 1957 den Verdacht, daß frühzeitige Traumata die Schmerzwahrnehmung herabsetzen. Sexueller Mißbrauch in der Kindheit ist nach Russ et al. (1993) bei der „analgetischen“ Gruppe häufiger zu finden. Entsprechend zeigte auch die vorliegende Studie, daß sexueller Mißbrauch vor dem 15. Lebensjahr, genauso wie körperliche Mißhandlung, signifikant negativ mit der unmittelbaren Schmerzwahrnehmung korrelierte.

Russ et al. (1996) vermuten den Verdacht eines Zusammenhangs zwischen „Analgesie“ und kognitiver Beeinträchtigung durch vermehrte dissoziative Zustände. Darüber hinaus kamen sie zu dem Ergebnis, daß die sogenannten „analgetischen“ Patienten auch schwerer zwischen mildem und starkem Schmerz diskriminieren können.

Andererseits wurde die zentrale Schmerzverarbeitung von verschiedenen Autoren bezüglich des endogenen Opioidsystems ausgiebig untersucht, wobei unter Streßbedingungen erhöhte Opioidausschüttung und infolgedessen verstärkt Analgesie beobachtet wurde (Lewis et al. 1980, Pickar et al. 1982). Dementsprechend fanden Coid et al 1983 bei Patienten mit selbstschädigendem Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhte Plasma-Metenkephalinspiegel.

So läßt sich abschließend feststellen, daß sowohl die obengenannten psychologischen Faktoren aber auch eine veränderte zentrale Schmerzverarbeitung als Ursachen für die relative Analgesie während des SSV berücksichtigt werden müssen.

5.2.4 Unterschiede zwischen suizidalem-, parasuizidalem- und selbstschädigendem Verhalten

Patienten mit BPS weisen nicht nur in der Mehrheit der Fälle SSV auf, sondern sie haben auch ein höheres Risiko bezüglich suizidalen Verhaltens, was unsere Daten deutlich bestätigen. Bohus et al. (2004) beziffern die Rate vollendeter Suizide bei

BPS mit 7 bis 10%. Der Mittelwert durchgeführter mißglückter Suizidversuche in der vorliegenden Erhebung lag bei drei pro Patient, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen auftraten.

Die Anzahl der Suizidversuche stieg signifikant mit der Anzahl bzw. der Dauer psychiatrischer Aufenthalte. Ein Trend ging dahin, daß dies auch für die Anzahl der Stunden ambulanter Psychotherapie gilt. Einerseits liegt es auf der Hand, daß Patienten, die nach einem Suizidversuch gerettet werden, vorerst in einer psychiatrischen Station aufgenommen werden, andererseits sind Suizidversuche scheinbar auch Indikatoren für eine besonders hohe Therapiedosis. Außerdem ist ein Suizidversuch oft ein Alarmsignal an die Umwelt und Ausdruck von Einsamkeit, die mit der Aufnahme einer stationären Therapie kurzfristig gelindert wird. Fraglich ist, ob die steigende Suizidalität nicht auch Ausdruck von Hoffnungslosigkeit bezogen auf eine mögliche Genesung sein kann, wenn vorhergehende Therapien im Nachhinein als unbefriedigend oder wenig erfolgreich empfunden wurden. Im Kapitel 5.4.2 werden die Auslöser und Konsequenzen dieses beunruhigenden Ergebnisses ausführlich diskutiert.

87% der Patienten gaben an, selbstverletzendes Verhalten in Krisenzeiten anzuwenden, unabhängig von den Patienten, die SSV inzwischen nicht mehr anwenden, aber aus früheren Erfahrungen kannten. Im Durchschnitt begann das SSV um das 14. Lebensjahr. Wo liegt aber in den sogenannten Krisenzeiten die Grenze zwischen SSV und der Verletzung mit suizidaler Bedeutung, die in der Literatur oft als parasuizidales Verhalten bezeichnet wird?

Gerson et al. (2002) haben sich mit dem schmalen Grat zwischen selbstschädigendem Verhalten in suizidaler und nicht-suizidaler Absicht beschäftigt, da diese Verhaltensweisen leider nicht immer zutreffend interpretiert werden. Bei Verwechslung führt Selbstverletzung, weil als Suizidversuch fehlgedeutet, zu Hospitalisierung, andererseits wird ein eventueller Suizidversuch nicht ernst genommen. Dennoch müßte es möglich sein, die Verhaltensweisen klar zu unterscheiden, denn keiner unserer Patienten gab in der Liste der Motive für SSV an, dies in suizidaler Absicht zu tun. Die Verwechslungsgefahr mag eventuell in einem anderen Motiv liegen, welches Suizidversuche und SSV gemeinsam haben. So wurde das Item „Hilferuf“ als Absicht für SSV in einer Rangliste von 19 möglichen

Merkmale noch an sechster Stelle genannt. Es wird oft genug auch als Begründung für Suizidversuche angegeben, die mehr oder weniger gewollt nicht gelingen. Bohus et al. (2004) gehen davon aus, daß das Motiv für suizidales Verhalten – ähnlich dem für SSV – eine Entlastung von aversiven Emotionen ist, bei denen der Tod als Risiko in Kauf genommen wird.

Eine Studie von Sabo et al. (1995) untersuchte hingegen den Verlauf dieser beiden Verhaltensweisen und es wurde deutlich, daß das suizidale Verhalten innerhalb von fünf Jahren signifikant abnahm, während dies für das selbstschädigende Verhalten nicht zutraf. Den Verlauf des SSV während der Erkrankung kann man laut Sabo et al. in drei Kategorien einteilen. Bei der Mehrheit der Patienten verläuft das SSV fluktuierend, bei einigen wird es gleichbleibend selten angewandt und bei den wenigsten nimmt es nach und nach ab. Die gleiche Studie ergab auch entgegen Shearer et al. (1988), daß SSV und suizidales Verhalten nicht miteinander korrelieren. Dies bestätigte die vorliegende Studie, denn es lag zumindest zwischen der Häufigkeit der Selbstverletzung und der Anzahl der Suizidversuche kein Zusammenhang vor.

Eine Untersuchung der vorliegenden Studie prüfte die LZ im Zusammenhang mit der Häufigkeit von SSV. Es traten keine Korrelationen auf. Anders verhielt es sich mit dem Zusammenhang von LZ und Suizidalität. Sie nahm mit steigender Anzahl der Suizidversuche signifikant ab. Dies weist darauf hin, daß SSV von den Patienten als zwar unangenehmer, aber notwendiger Teil des Lebens akzeptiert ist. Für suizidales Verhalten ist diese Vereinbarkeit mit Leben naheliegenderweise nicht gegeben.

5.2.5 Sexueller Mißbrauch in der Vorgeschichte und aktuelle Sexualität

Schon mehrfach wurde in der Literatur sexueller Mißbrauch nicht nur als prädisponierender Faktor für die Entwicklung einer Borderlinestörung benannt (z.B. Hurlbert et al. 1992, Horesh et al. 2003), sondern auch für die Anwendung selbstschädigenden Verhaltens (Sansone et al. 2002, 2005). Nach Tameling et al. (1996) sind 48% der von ihnen untersuchten Patienten als Kinder oder Jugendliche sexuell mißbraucht worden, in der vorliegende Studie waren es sogar fast zwei Drittel. Allerdings wurde der Zeitraum des Mißbrauchs hier auf das ganze bisherige

Leben ausgedehnt. Da das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten relativ niedrig war, dürfte diese Zeitspanne allerdings nicht bedeutend größer gewesen sein. Mc Lean et al. (2003) untersuchten zusätzlich die Frage nach dem frühen (vor dem 13. Lebensjahr) oder späten (ab dem 13. Lebensjahr) sexuellen Mißbrauch. Es wurde deutlich, daß früher Mißbrauch signifikant häufiger zur Diagnose BPS führt, als später Mißbrauch. In dem FSSV liegt die Grenze des frühen Mißbrauchs etwas höher, es wird ab dem 15. Lebensjahr von spätem Mißbrauch gesprochen. Auffallend war hier, daß 2/3 aller Patienten sexuell mißbraucht worden waren, wobei der frühe Mißbrauch in unserem Patientenkollektiv allerdings nicht signifikant häufiger angegeben wurde und daher die Ergebnisse Mc Leans nicht bestätigt wurden. Viel mehr korrelierte in der vorliegenden Studie im Vergleich zum frühen nur der späte Mißbrauch positiv mit einem besonders hohen Schweregrad aber auch mit besonders häufigem SSV sowohl in ruhigen als auch in Krisenzeiten. Womöglich wirkte sich die zeitliche Nähe des geschehenen Traumas auf das aktuelle selbstschädigende Verhalten in besonderem Maß aus.

Ebenfalls korrelierten der späte sexuelle Mißbrauch sowie körperliche Mißhandlung signifikant mit der Anzahl der Suizidversuche (s. auch Bergen et al. 2003), und es zeigte sich ein Trend dahingehend, daß auch der frühe sexuelle Mißbrauch seinen Einfluß auf die Suizidalität zu haben scheint ($p=0,058$). Bei Mißbrauchsopfern finden sich häufig ausgeprägte Schuldgefühle. Folglich könnte in diesem Sinne die Selbstverletzung Ausdruck einer Selbstbestrafung sein, was schließlich an zweiter Stelle der Motive für SSV genannt wurde.

Bei der genaueren Untersuchung der Mißbrauchsgeschichte zeigte sich weiter, daß früherer sexueller Mißbrauch und der sexuelle Mißbrauch „im weiteren Sinne“ das Verhältnis zu den Eltern negativ beeinflussten. Offen blieb, ob die Eltern dabei direkt als Täter angesehen wurden, oder ob ihnen hauptsächlich angelastet wurde, nicht als Schutzperson verfügbar gewesen zu sein. Die Relevanz dieser Überlegung bleibt jedoch fragwürdig, so kann ein mögliches Nichteingreifen im Sinne einer Mittäterschaft diskutiert werden.

Mc Kay et al. (2004) befaßten sich speziell mit der Sexualität von weiblichen Borderlinepatienten abhängig von der Anwendung selbstschädigenden Verhaltens. Zwar ist es ein bekanntes Merkmal der BPS, daß die Patienten unsicher über sexuelle Geschlechterpräferenzen sind, diese Unsicherheit scheint aber zusätzlich im Zusammenhang mit SSV zu stehen. McKay et al. kamen zu dem Ergebnis, daß

Patientinnen mit SSV größere Schwierigkeiten hatten, sich sexuell zu orientieren, als Frauen, die sich nicht verletzten. Andererseits neigten diese Frauen auch signifikant dazu, sich mehr mit der maskulinen Rolle zu identifizieren. Diese Orientierungsschwierigkeiten spiegelten sich darin wieder, daß die allgemeine LZ, auch bezogen auf Partnerschaft und Sexualität, bei den Patienten stark herabgesetzt war. Allerdings stieg die sexuelle Unzufriedenheit nicht signifikant mit der Häufigkeit selbstschädigenden Verhaltens.

5.2.6 SSV und Therapieerfahrung

Tameling et al. (1996) konnten abhängig von der Anzahl der Klinikaufenthalte keinen Unterschied der Häufigkeit von SSV nachweisen, was die vorliegende Studie bestätigte. Demnach steigt die Häufigkeit zu keinem der möglichen Zeitpunkte mit der Anzahl oder Dauer der Klinikaufenthalte bzw. ambulanter Therapie. Laut Sabo et al. (1995) ist das SSV ein sehr stabiles Merkmal (s. Kap. 5.2.4), was im Krankheitsverlauf nur wenig ab- oder zunimmt. Sie schwankt dann bei dem einzelnen Patienten nur in einem relativ konstanten Bereich, abhängig vom momentanen Befinden und nimmt hauptsächlich während akuter Krisen zu.

Was allerdings mit der Dauer psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung zunahm, war die Motivation: je länger die Behandlung dauerte, desto größer war der Wunsch, SSV abzulegen. Andererseits gibt es ätiologische Faktoren – z.B. sexueller Mißbrauch in der Vergangenheit – die für die Grundbereitschaft der Anwendung des SSV prädisponierend sind.

5.2.7 SSV und Schweregrad

Eine Hypothese setzte voraus, daß SSV in positivem Zusammenhang mit der Schwere der Symptomatik steht. Hier ist einerseits die akute Symptomatik in Krisensituationen gemeint, andererseits die allgemeine Schwere der Erkrankung. Anhand der Studienergebnisse zeigte sich, daß der Schweregrad der Erkrankung nach BSL mit der Häufigkeit des SSV zum Zeitpunkt der Befragung genauso wie in ruhigen, aber auch in Krisenzeiten, positiv korrelierte. Bei einer weiteren Korrelation

der Subskalen mit der Häufigkeit bestätigte sich dieses Bild. In diesem Zusammenhang muß auch erwähnt werden, daß der Schweregrad ebenfalls mit der Motivation korrelierte, allerdings negativ. Je schwerer also die Erkrankung war, desto weniger wollten die Patienten auf SSV verzichten und desto weniger hielten sie es überhaupt für möglich, jemals darauf verzichten zu können. Hier wird die große Bedeutung des SSV als Teil der Erkrankung und vor allem das Dilemma der Patienten deutlich: SSV ist auf der einen Seite Zeichen schwerster Symptomatik, auf der anderen Seite aber das wichtigste Mittel, eine akute Krise vordergründig beenden zu können. Der oben erwähnte Vergleich mit einer Sucht scheint auch anhand dieser Ergebnisse durchaus plausibel. Nicht umsonst gilt dem SSV in den Therapien derart große Aufmerksamkeit. Damit aber eine adäquate Behandlung gelingt, ist es notwendig, die Faktoren, die es bedingen, zu identifizieren und im Zusammenhang zu verstehen, wozu die vorliegende Studie einen Beitrag leisten soll.

5.3 FLZ

5.3.1 Allgemein

Die Lebenszufriedenheit (LZ) ist ein Thema, das im Zusammenhang mit den verschiedensten Erkrankungen vielfach untersucht worden ist. Auch in vielen nichtpsychiatrischen Fachrichtungen wird die LZ auch im Zusammenhang mit der Quality of life (LQ) heute besonders in Hinsicht auf die verschiedenen Therapiemöglichkeiten untersucht. Im Hinblick auf BPS gibt es bisher jedoch nur wenige Untersuchungen, obwohl die LZ mit ihren verschiedenen Merkmalen gezielt Aufschluß über den Zustand des Patienten geben kann. Mit dem Fragebogen von Henrich und Herschbach (2000) werden nicht nur die wichtigsten Aspekte des Lebens abgedeckt, sondern auch unterscheidbar gemacht, so daß es möglich ist, die größten Problembereiche zu erkennen. Es stellt sich die Frage, ob es borderlinetypische Bereiche im Leben der Patienten gibt, mit denen sie besonders zufrieden oder unzufrieden sind. Hier fiel einerseits auf, daß die allgemeine LZ der Patienten im Vergleich zu der gesunden Bevölkerung, aber auch zu allen anderen bisher untersuchten Patientengruppen verschiedenster Erkrankungen in allen Teilbereichen bedeutend niedriger war. Ebenso verhielt es sich mit der gesundheitlichen LZ, abgesehen von einigen Patientengruppen mit psychosomatischen Erkrankungen. Andererseits ist es uns gelungen, eine Rangfolge der für die Patienten bedeutendsten Lebensbereiche zu erstellen. Hier ist es wichtig zu beachten, daß mit diesem Instrument versucht wurde, das subjektive Empfinden zu erfassen. Zum Beispiel gaben Patienten mit schweren Tumorerkrankungen weit höhere gesundheitliche LZ- Werte an, als Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, bei denen die objektive Schwere der körperlichen Symptomatik als niedriger einzustufen war.

Auch Meyer et al. (2004) untersuchten verschiedene psychiatrische Störungsbilder, darunter die BPS im Hinblick auf die LZ, allerdings mit einem anderen Instrument, der Satisfaction With Life Scale (SWLS). Alle diagnostischen Gruppen, abgesehen von den Patienten mit bipolaren Störungen, waren signifikant unzufriedener als Patienten ohne psychiatrische Diagnose. Ähnlich waren die Ergebnisse von Piper et al. 1993 und Narud et al. 2005, die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus

Tagkliniken im Hinblick auf die LZ untersuchten. Im übrigen ergab sich bei beiden Studien im weiteren Verlauf eine Verbesserung einzelner Items der Lebensqualität. Henrich et al. (2000) fanden unter Patienten mit verschiedensten physischen und psychischen Erkrankungen die geringste Lebenszufriedenheit bei denen mit psychosomatischen Erkrankungen mit einem Mittelwert von 7, wobei diese im Modul Gesundheit noch niedrigere Werte erzielten (-5). Die 2646 psychosomatischen Patienten setzten sich aus folgenden Störungsbildern zusammen: Psychosen 1%, Angstneurosen 12%, neurotische Depression 23%, andere Neurosen 11%, Persönlichkeitsstörungen 9%, Sucht 1%, funktionelle Störungen 12%, Eßstörungen 15%, psychische Reaktionen 10%, Psychosomatosen 4%, Sonstiges 2%. Der Mittelwert in der gesunden Bevölkerung lag bei etwa 60 für den allgemeinen Teil, im Modul Gesundheit bei 74. Eine Stichprobe von 36 BPS-Patienten bei Herschbach und Henrich (2000) erreichte mit einem Mittel von 20 einen weit höheren Wert als die BPS-Patienten der vorliegenden Studie, hier wurde das Modul „Gesundheit“ allerdings nicht untersucht. Die aktuelle Erhebung ergab mit einem durchschnittlichen Summenwert von etwa -4 die niedrigste allgemeine LZ. Im Modul Gesundheit war sie mit einem Mittelwert von -1 geringfügig besser, als die des von Henrich und Herschbach untersuchten Kollektivs verschiedenster psychosomatischer Patienten. Bei diesen war die körperliche Symptomatik vermutlich noch gravierender und die gesundheitliche LZ stärker beeinträchtigt. Der Unterschied der LZ zwischen den beiden verschiedenen BPS-Patientengruppen läßt sich damit erklären, daß es sich bei der kleineren Gruppe von Henrich und Herschbach um einen Teil der Katamnese ambulanter Patienten handelte, die eine regelmäßige Therapie im Institut für Psychosomatik des Klinikums rechts der Isar gemacht hatten, so daß eine Patientenselektion stattfand. Bezüglich der LZ war hier also ein nicht unbedeutender Therapieerfolg zu beobachten, dennoch blieb sie nach wie vor weit hinter der LZ der gesunden Bevölkerung zurück.

Bei der folgenden Diskussion sei darauf hingewiesen, daß sich im Gruppenvergleich der LZ, bis auf das Merkmal der körperlichen Leistungsfähigkeit im Modul „Gesundheit“, keine signifikanten Unterschiede ergaben. Sie ist also störungsintern relativ konstant.

5.3.2 Partnerschaft und Sexualität

Verglichen mit der bisherigen Literatur unterschieden sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie bezüglich der Sexualität in einigen Bereichen. Allgemein stimmten aktuelle Studien und die vorliegende Untersuchung darin überein, daß die LZ in bezug auf Partnerschaft und Sexualität signifikant niedriger war, als in der gesunden Bevölkerung. Zwar wirkte sich das Vorhandensein eines Partners nicht auf die allgemeine Lebenszufriedenheit aus, allerdings stieg die Unzufriedenheit mit der Länge der Zeit, in der die Patienten keinen Partner hatten.

So zeigten z.B. Hurlbert et al. (1992), daß Frauen mit BPS im Gegensatz zu einer gesunden Kontrollgruppe in sexueller Hinsicht zwar mit einer größeren Bestimmtheit bzw. einem ausgeprägteren Bewußtsein sowie einer stärkeren erotophilen Einstellung auftraten, allerdings waren diese Patienten in sexueller Hinsicht besorgter und unzufriedener.

Beim Erstellen einer Rangfolge der Merkmale, die besonders beeinträchtigt waren, stand die partnerschaftliche und sexuelle LZ von acht Items an vierter Stelle. Daley et al. (2000) wiesen über 4 Jahre eine größere Unzufriedenheit in der Partnerschaft nach, je stärker die Symptome waren. Dieser Zusammenhang zwischen Schweregrad und Unzufriedenheit in der Beziehung bestätigte sich nicht. Dabei ergaben sich bei vier von acht Merkmalen der LZ sehr wohl Korrelationen mit dem Schweregrad. In Anbetracht dessen, daß sexuelle Orientierungsschwierigkeiten ein bekanntes Merkmal der BPS sind, erscheint ein vierter Rang dieses Items eher niedrig. Man sollte vermuten, daß die LZ hier besonders beeinträchtigt ist, und auch eine Abhängigkeit vom Schweregrad läge nahe.

In einer Studie von Nickel et al. 2004 wurde sexueller Mißbrauch unter anderem in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Leben untersucht. Danach zeigten Patienten, die in der Kindheit sexuell mißbraucht wurden, signifikant weniger Zufriedenheit, als die Vergleichsgruppe mit psychiatrischen Erkrankungen ohne Mißbrauchsgeschichte. Auch dieses Ergebnis fand in der vorliegenden Studie keine Entsprechung. Weder allgemeine LZ noch die in Partnerschaft und Sexualität wurden durch die Erfahrung sexuellen Mißbrauchs zusätzlich beeinflusst.

Aus der oben erwähnten Rangfolge kann man auch die Prioritäten der Patienten entnehmen. Es liegt nahe, daß den Merkmalen, mit denen die Patienten extrem unzufrieden sind, wahrscheinlich auch eine besonders hohe Priorität zukommt. Wenn

man in diesem Zusammenhang auf den hohen Anteil partnerloser Patienten sieht, zeigt sich, daß eine funktionierende Partnerschaft eventuell auch eine geringere Bedeutung hat. Andere existentielle Sorgen stehen neben der psychischen Erkrankung im Vordergrund und beeinträchtigen die LZ mehr. Darüber hinaus zeigen die Patienten im Bezug auf Partnerschaften – wie schon in der Basisdokumentation deutlich wurde – ein Vermeidungsverhalten. Demnach wird es womöglich als angenehmer betrachtet, keine partnerschaftliche Beziehung zu haben, als eine, die eventuell nicht funktioniert bzw. eine Auseinandersetzung mit der eigenen sowie einer anderen Person fordert und zusätzliches Konfliktpotential birgt.

5.3.3 Berufliche LZ

Wie in der Diskussion über die Basisdaten bereits angesprochen wurde, befinden sich BPS-Patienten beruflich in einer vergleichsweise ungünstigen Situation. Daß dies auch Auswirkungen auf die LZ hat, zeigen die vorliegenden Ergebnisse. Sie werden auch von anderen Studien bestätigt: Skodol et al. (2002) zeigten, daß Patienten zur Zeit eines Klinikaufenthalts mit diversen Achse II-Störungen, darunter die Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, im Vergleich zu Patienten mit Achse I-Störungen geschlechtsunabhängig niedrigere Standards in ihrer schulischen Ausbildung, höhere Arbeitslosenquoten und häufiger Behinderungen aufweisen. Es liegt auf der Hand, daß dabei nicht nur die Leistungsfähigkeit, sondern auch die berufliche Zufriedenheit bei Menschen mit der Borderline Persönlichkeitsstörung stark eingeschränkt ist. Dementsprechend waren die erwerbstätigen Patienten der vorliegenden Studie signifikant zufriedener.

Unzufriedener als mit der beruflichen waren die Patienten allerdings mit ihrer finanziellen Situation, zwischen welchen ja wahrscheinlich eine enge Verknüpfung vorliegt. Aufgrund des geringen Prozentsatzes Erwerbstätiger unter den Patienten, sind sie finanziell von anderen Quellen stark abhängig, was die LZ nicht gerade fördert. Allerdings korrelierten beide Items, genauso wie die Sexualität, nicht mit dem Schweregrad. Ein Einfluß auf die Schwere der Erkrankung ist also nicht zu beobachten, was vermutlich Ausdruck des Borderline-Merkmals der Impulsivität ist. Sowohl die berufliche als auch die finanzielle Situation können vor allem langfristig

zu Problemen führen. Die Fähigkeit, vorausschauend zu handeln, ist bei den Patienten vermindert, so daß die obengenannten Merkmale sich im Bewußtsein der Patienten als weniger bedrohlich auf den Krankheitsverlauf auswirken (s. Kap. 5.1.2).

5.3.4 Soziale LZ

Im sozialen Bereich liegen nun die Merkmale der LZ, die tatsächlich Auswirkungen auf den Schweregrad der Erkrankung haben. Je niedriger die LZ bezüglich Freunden bzw. Freizeit ist, desto stärker ist die Erkrankung. Außerdem stieg die LZ signifikant mit der Anzahl von Freunden bzw. Verwandten im sozialen Umfeld, denen die Patienten vertrauten. Demgegenüber zeigte sich aber, daß es sich zumindest bei den sozialen Kontakten um ein Merkmal handelt, das mit einer vergleichsweise hohen LZ der Patienten einhergeht. Von daher gelingt es den Patienten hier am ehesten, ihre Bedürfnisse zu erfüllen. Die große Bedeutung persönlicher Beziehungen wird auch in den Ergebnissen einer Studie von Welch et al. (2002) deutlich. Diese erforschten unter anderem sogenannte high-risk Situationen, in denen parasuizidales Verhalten (Suizidversuche und SSV) am wahrscheinlichsten auftritt und kamen zu dem Ergebnis, daß es hier am häufigsten um interpersonelle Konfliktsituationen handelte.

5.3.5 Gesundheit

Mit der Gesundheit befaßt sich sowohl ein einzelnes Item des Fragebogens zur allgemeinen LZ als auch ein spezielles Modul, in welchem sie noch einmal detailliert betrachtet wird. Diese Aspekte werden im folgenden gemeinsam behandelt. Schon im allgemeinen FLZ wurde deutlich, daß die Gesundheit ein Bereich ist, mit dem die Patienten besonders unzufrieden sind. Dieses Merkmal korrelierte auch signifikant negativ mit dem Schweregrad der Erkrankung. Die Erweiterung des ALZ-Fragebogens um das Modul Gesundheit erscheint also sinnvoll, dieses weist allerdings einige Schwächen auf. Zwar bemühte man sich darum, sowohl psychische als auch körperliche Merkmale der Gesundheit zu erfassen, dennoch ist besonders durch die Fragen, die den physischen Teil betreffen, wahrscheinlich keine

ausreichende Beurteilung möglich. Für eine allgemeine Beurteilung der gesundheitlichen LZ wäre daher wahrscheinlich das Item des ALZ dem Summenwert des GLZ vorzuziehen. Bei dem GLZ hingegen empfiehlt es sich, die Items im einzelnen zu betrachten.

Die Auswertung des Moduls Gesundheit zeigte, daß die LZ im Vergleich zur gesunden Bevölkerung hier noch stärker beeinträchtigt war als die allgemeine LZ, was wenig verwundert. So geht die psychische Erkrankung mit einer stärkeren Wahrnehmung körperlicher Beschwerden einher, zumal in 22% somatoforme und in 50% der Fälle Eßstörungen auftraten. Allerdings war die gesundheitliche LZ bei den Patienten aus elektiv stationären Einrichtungen tendenziell stärker beeinträchtigt, was die körperliche Leistungsfähigkeit angeht, sogar signifikant. Entsprechend sind diese Einrichtungen vermutlich die Orte, in denen die körperlichen Beschwerden die größte Aufmerksamkeit bekommen. Hier kommt dem ganzheitlichen Aspekt von Körper und Psyche eine größere Bedeutung zu. Im Kapitel 5.4.2 soll darauf noch genauer eingegangen werden.

Die einzelnen Items des FLZ korrelierten bis auf die sehr körperbetonten Merkmale „Hör- und Sehvermögen“ sowie die „Fortbewegungsfähigkeit“ negativ mit dem Schweregrad. Die Merkmale aber, die die Schwere der Krankheit beeinflussten, waren Dinge, für die mehr das Zusammenspiel von Körper und Psyche Voraussetzung ist: Entspannungsfähigkeit, Energie und Lebensfreude, Angstfreiheit, Beschwerde-/Schmerzfreiheit und körperliche Leistungsfähigkeit. Diese Ergebnisse machen den gegenseitigen Einfluß psychischer und körperlicher Aspekte auf die LZ anschaulich.

5.4 Therapie und Inanspruchnahme

Patienten mit einer BPS berichten im Vergleich zu Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen unter anderem von häufigerer Inanspruchnahme psychotherapeutischer Einrichtungen. Es fällt eine hohe Anzahl und eine lange Dauer sowohl von stationären Aufenthalten als auch von ambulanten Therapien auf. So ging es in unserer Studie darum, einerseits das Inanspruchnahmeverhalten von Borderline-Patienten zu untersuchen und andererseits Faktoren zu identifizieren, die es beeinflussen. Die meisten Daten aus der Basisdokumentation wurden in einem vorausgegangenen Abschnitt präsentiert und diskutiert. Es ist aber inhaltlich sinnvoll, den Teil, der sich mit der bisherigen Therapie und entsprechenden Erfahrungen befaßt, an dieser Stelle zu behandeln.

5.4.1 Therapieerfahrungen

Der vergleichsweise große therapeutische Aufwand bei Borderline-Patienten wird anhand der vorliegenden Studie sehr deutlich. Es wurden diverse Fragen zur bisherigen Inanspruchnahme verschiedenster therapeutischer Angebote gestellt. Zunächst wurde der Zeitraum zwischen Auftreten der Erstsymptomatik und Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich mit einer Zahl von 85 Monaten beziffert. Die Arbeitsunfähigkeit seit dem neuesten Einsetzen der Symptomatik dauerte durchschnittlich 10 Wochen. Die Zahl der Aufenthalte in psychotherapeutischen stationären Einrichtungen betrug im Mittel 1,5, die in psychiatrischen sogar 3,4. Die gesamte durchschnittliche Aufenthaltsdauer während der letzten 5 Jahre hingegen, wurde mit 5 Wochen in den psychotherapeutischen und mit 4,7 Monaten in den psychiatrischen stationären Einrichtungen beziffert. Nur 14 % der Patienten nahmen weder in der Vergangenheit noch aktuell ambulante psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Fast 40% der Patienten hatten dagegen schon über 160 Stunden ambulanter Therapie.

In Anbetracht dieser Daten ist es sinnvoll und notwendig, den Therapieverlauf und deren Effekte zu berücksichtigen:

Im Durchschnitt traten die heutigen Beschwerden vor etwa 7 Jahren erstmalig auf, wobei die Symptomatik während dieser Zeit meist in unterschiedlich starker

Ausprägung vorlag. Der aktuelle Schweregrad der Erkrankung, gemessen an der BSL, entsprach den störungsspezifischen Normwerten. Ebenfalls war die Lebenszufriedenheit in allen Bereichen stark herabgesetzt. Wahrscheinlich können hierfür sowohl die lange Krankheitsdauer als auch der wenig sichtbare Therapieerfolg verantwortlich gemacht werden. Die erhobenen Daten entsprechen einer Momentaufnahme, die Ausdruck der Befindlichkeit zum Zeitpunkt einer bestimmten Inanspruchnahme war. Da diese aber auch nach jahrelanger Therapie wenig zufriedenstellend war, ist es notwendig, die erfolgreichsten Therapieoptionen zu identifizieren und ggf. zu optimieren. Die Tatsache, daß die Dauer der stationären psychiatrischen Therapie und die Anzahl der Stunden ambulanter Therapie positiv mit der Anzahl der Suizidversuche korrelierten, ist alarmierend und zeigt, daß diese Patienten offenbar besonders viel therapeutische Zuwendung benötigen. Sie unterstreicht aber auch die Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung in Abhängigkeit der Bedürfnisse des einzelnen Patienten mit Hilfestellung bei der Ausbildung eines sozialen Netzes. Eine stationäre Therapie sollte aber nicht als Ersatz für mangelnde zwischenmenschliche Kontakte und Aufmerksamkeit dienen müssen. Daher werden im folgenden zunächst die Vor- und Nachteile vorliegender Einrichtungen verglichen und diskutiert, bevor anschließend konkreter auf die Einzelheiten verschiedener Therapiekonzepte eingegangen wird.

5.4.2 Inanspruchnahme verschiedener therapeutischer Einrichtungen

Viele andere Studien beschäftigten sich bisher schon in unterschiedlicher Form mit den aktuellen therapeutischen Möglichkeiten.

Zum Beispiel existieren verschiedene Kohortenstudien, die therapeutische Ergebnisse einer bestimmten Einrichtung untersucht haben. Sweeney et al. (1987) befaßten sich ebenso wie Stevenson et al. (1993) mit den Erfolgen der ambulanten Therapie, Karterud et al. (2003) hingegen mit denen von Tagkliniken. Andere verglichen z.B. Tageskliniken mit herkömmlichen psychiatrischen Abteilungen (Bateman et al. 1999, Marshall et al. 2001) oder Tagkliniken mit ambulanter Therapie (Wiersma et al. 2001).

Unsere Studie untersucht drei verschiedene Einrichtungen: eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ambulante Versorgungsstellen und elektiv stationäre

psychosomatische Kliniken. Leider war die Stichprobe von Patienten aus einer forensischen Abteilung ebenso wie die aus verschiedenen therapeutischen Wohngemeinschaften so klein, daß wir sie statistisch nicht nutzen konnten. Auch nahmen keine Patienten aus den heute sehr gefragten teilstationären Einrichtungen bzw. Tagkliniken an der Studie teil, allerdings werden die Hauptunterschiede stationärer und ambulanter Therapie aus der untersuchten Patientengruppe deutlich. Dabei war die Zusammenarbeit mit den Patienten, die sich in stationärer Therapie befanden, einfacher und infolgedessen die Patientenzahlen deutlich größer. Sie waren meist leichter zu erreichen und sahen das Ausfüllen der Fragebögen oft als willkommene Beschäftigung oder therapeutische Maßnahme bzw. Zuwendung an. Die ambulanten Patienten empfanden die Studie hingegen eher als zeitliche Belastung und es bedeutete für sie einen größeren Aufwand, den ausgefüllten Fragebogen wieder zurückzuschicken.

Es ergab sich sowohl in Bezug auf den Schweregrad, gemessen an der Borderline Symptom Liste (BSL) mit Signifikanzen in einigen Items, als auch in der allgemeinen und gesundheitlichen LZ (FLZ) sowie in der Fremdbeurteilung durch die zuständigen Therapeuten ein Trend dahingehend, daß die untersuchten Patienten aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am wenigsten unter ihrer Krankheit leiden, was in Anbetracht der Inanspruchnahme eher nicht zu vermuten gewesen wäre.

Vordergründig paßt diese Beobachtung nämlich nicht zu den extrem langen Therapiezeiträumen, die besonders bei den psychiatrischen Patienten vorlagen. Andererseits zeigte sich, daß gerade die psychiatrischen Patienten mit besonders akuter Symptomatik in die entsprechende Klinik überwiesen wurden. Im Vergleich zu den anderen Gruppen erfolgte die Kontaktaufnahme signifikant häufiger durch Einrichtungen der Notfallversorgung, was auf einen extrem schlechten Zustand zum Zeitpunkt der Aufnahme hinweisen könnte.

In Anbetracht des vergleichsweise besseren Zustands der Patienten in der Klinik für Psychiatrie schien es also auch verwunderlich, daß diese mit einer 19-wöchigen Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der jüngsten Krankheitsepisode signifikant länger krankgeschrieben waren als die anderen Gruppen. Der Durchschnitt lag bei 10 Wochen, und die ambulanten Patienten waren sogar im Mittel nur vier Wochen krankgeschrieben gewesen. Dieser Trend, obwohl nicht signifikant, war auch bezogen auf die letzten 12 Monate zu beobachten. Anhand dieser Ergebnisse neigt

man zu der Erklärung, daß „viel eben viel hülfe“. Dies aber widerspricht den Langzeitergebnissen aktueller Studien, die kürzere stationäre Aufenthalte und mehr ambulante bzw. teilstationäre Settings vorschlagen (s. Kap 5.4.3).

Dieser Widerspruch läßt sich folgendermaßen enttarnen. Neben der Hoffnung, Kosten einsparen zu können, ist es ein bedeutendes Argument für die Reduktion der Liegezeiten, daß die Patienten den sozialen und beruflichen Anschluß nicht verlieren sollen. Die Psychatriepatienten repräsentierten die Gruppe, welche am meisten von der Außenwelt abgeschottet war. Zu dem Zeitpunkt der Befragung hatten sie sich meist schon einigermaßen auf der Station eingelebt. Vermutlich ging es ihnen in der Psychiatrie relativ gut, weil sie dort in einer Art Vakuum lebten, vollkommen geschützt von äußeren Einflüssen und Bedrohungen, was zum Zeitpunkt der Befragung wahrscheinlich sehr entlastend gewesen ist. Entsprechend gaben 78% der Psychatriepatienten an, einen Ansprechpartner in ihrer Umgebung vorzufinden, an den sie sich im Notfall wenden konnten. Damit trat dieses Merkmal bei ihnen signifikant häufiger auf, als bei den anderen beiden Gruppen; es ist Ausdruck dafür, daß die Patienten sich „aufgehoben“ fühlten. Schließlich fanden die Patienten ständig Gesellschaft in Form von Mitpatienten und Pflegepersonal vor. Annähernd signifikant größer war die LZ bei diesen Patienten betreffend des Merkmals „Entspannungsfähigkeit“, was ebenfalls Hinweis darauf ist, daß sie sich relativ wohl fühlten.

Eine andere Art der „Zuwendung“ zeigte sich in der Fremdbeurteilung auch in der medikamentösen Versorgung: 85% der psychiatrischen Patienten bekamen Antidepressiva, deren Wirkungen auch einen gewissen Einfluß auf die empfundene Stimmung gehabt haben dürften. Außerdem war diesen Patienten der Zugriff auf eventuelle kurzfristig wirksame Bedarfsmedikation vergleichsweise leichter zugänglich.

Andererseits sollte aber erwähnt werden, daß die Einnahme von Stimmungsstabilisatoren signifikant positiv mit dem Schweregrad korrelierte, sie wurde bei den psychiatrischen Patienten aber nicht signifikant häufiger beobachtet.

Schließlich wurde im Gruppenvergleich ein Trend dahingehend beobachtet, daß die Ärzte das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten als weniger angemessen einschätzten, wobei diese Frage durchaus schwierig auszuwerten ist. So konnte dies eine Einstufung des Inanspruchnahmeverhaltens als verhältnismäßig zu hoch, aber auch als zu niedrig bedeuten. Die Tatsache allerdings, daß auch tendenziell

geringerer Leidensdruck bei den psychiatrischen Patienten vermutet wurde, zeigt, daß die Ärzte den Patienten ein eher zu hohes Inanspruchnahmeverhalten attestierten. Betrachtet man die verschiedenen Untersuchungen zur Messung der Schwere der Erkrankung, fällt auf, daß die beiden subjektiven Einschätzungen durch LZ und Fremdbeurteilung sowie die objektiven Ergebnisse des BSL etwa übereinstimmen. Alle drei Methoden ergaben, daß die Patienten der Psychiatrie tendenziell weniger krank waren, als die anderen beiden Gruppen.

Dennoch müssen all diese Ergebnisse nicht dafür sprechen, daß es den psychiatrischen Patienten im Alltag tatsächlich besser ginge. Vielmehr verstärkt sich der Verdacht, daß diese Therapieform für BPS-Patienten im allgemeinen nicht ideal ist. Der Therapeut oder Arzt in der Klinik für Psychiatrie hatte beim Ausfüllen natürlich den Eindruck des einzelnen Patienten im Blick, vielleicht ohne sich bewußt zu sein, daß ein Fehler im System vorlag, d.h., daß die Behandlung dem Patienten nicht gerecht wurde und nicht umgekehrt. Allerdings gab es auf Nachfrage bezüglich der Situation in der Klinik Psychiatrie und Psychotherapie auch Kritik der behandelnden Therapeuten selbst. So wurde das Setting als „zu bewahrend und zu wenig fordernd“ eingeschätzt.

Bis auf das Merkmal Feindseligkeit ging es den Psychiatriepatienten besser, als den anderen beiden Gruppen, ausgerechnet in den beiden Items Autoaggression und Dysphorie sogar signifikant, was die vorangegangene Argumentation untermauert. In einer stationären Einrichtung wird viel Wert darauf gelegt, den Verzicht auf selbstschädigendes Verhalten zu trainieren. Auch die Stimmung verbesserte sich vermutlich schon aufgrund der vielen Aktivitäten und der Ablenkung sowie dem oben erwähnten Sicherheitsgefühl.

Nun stellt sich doch die Frage, wie die Patienten reagieren, wenn sie sich mit den Widerständen des Alltags auseinandersetzen müssen. Dann sind sie wieder „mündig“ und müssen der täglichen Konfrontation mit anderen Menschen im beruflichen und sozialen Bereich standhalten. Fraglich ist, ob sich die Patienten dies zum Zeitpunkt der Befragung bewußt gemacht haben und ob der gemessene Schweregrad auch nach Verlassen der Klinik so relativ niedrig geblieben wäre.

Die ambulanten Patienten waren solchen Belastungen dagegen täglich ausgesetzt, was sich in den schlechten Resultaten der allgemeinen LZ niederschlug. Die einzige

Ausnahme ist das Item Wohnsituation, wo es ihnen deutlich besser ging, als den anderen beiden Gruppen. Scheinbar nehmen die Patienten während einer Therapie das Wohnen in ihrer gewohnten Umgebung als positiv wahr. Auch andere aktuelle Studien heben diese Tatsache hervor, da es ein Argument für ein ambulantes bzw. teilstationäres Setting ist. Ein weiterer Grund für eine ambulante Versorgung ist das soziale Umfeld. So wurden die Bedeutung der Anwesenheit von Freunden und ihre Auswirkungen auf Schweregrad, LZ und SSV schon in den vorangegangenen Kapiteln ausgiebig diskutiert. Zwar schnitten die ambulanten Patienten bezogen auf Freizeitaktivitäten oder die Anzahl der Freunde nicht signifikant besser ab, als die anderen Gruppen, allerdings gab es signifikante Unterschiede bezüglich der Kontaktaufnahme bei der entsprechenden Einrichtung. So verfügten die ambulanten Patienten über das breiteste Spektrum an Möglichkeiten, über die sie auf das Therapieangebot aufmerksam geworden sind. Dies läßt auf ein engeres soziales Netz schließen. Während die stationären Patienten vor allem über Ärzte und Therapeuten Kontakt aufnahmen, geschah dies bei den ambulanten Patienten zusätzlich über Freunde, Mitpatienten, Beratungsstellen und Medien. Andererseits ist die Hemmschwelle, eine ambulante Therapie aufzunehmen, vermutlich kleiner, als bei einer stationären Therapie. Die gesellschaftliche Akzeptanz einer ambulanten Therapie ist hingegen größer und gilt als weniger stigmatisierend. Daher wird die ambulante Therapie von dem sozialen Umfeld vermutlich bedenkenloser empfohlen. Zudem lassen sich soziale Kontakte während einer ambulanten Behandlung leichter aufrechterhalten, als während eines stationären Aufenthalts.

Bezüglich der gesundheitlichen LZ zeigten die Patienten der elektiv stationären Einrichtungen in fast allen Items die schlechtesten Ergebnisse, die körperliche Leistungsfähigkeit betreffend sogar signifikant. Dies waren Kliniken für Psychosomatik, bei denen man davon ausgehen kann, daß somatische Aspekte der Erkrankung schon bei Aufnahme der Therapie eine größere Rolle gespielt haben. Andererseits könnten körperliche Beschwerden während der Behandlung neu aufgetreten sein, z.B. durch die Beobachtung von Mitpatienten oder dadurch, daß somatische Beschwerden mehr thematisiert wurden. Dies kann zum Problem werden, in dem sich die Patienten einerseits zu sehr mit den körperlichen Beschwerden beschäftigen, andererseits ist ein gesundes Zusammenspiel von Körper und Psyche ein Aspekt, der nicht außer acht gelassen werden darf. In jedem

Fall muß er vor der Aufnahme in einer solchen Klinik von dem überweisenden Arzt oder Therapeuten in Betracht gezogen werden. Interessanterweise stellten Frankenberg et al (2004) eine Korrelation zwischen vermehrten körperlichen Symptomen und mangelnder Remission der Erkrankung fest. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Ergebnisse von BSL und dem Modul Gesundheit des FLZ, läßt sich diskutieren, ob statt in den psychiatrischen nicht eher in den psychosomatischen Einrichtungen gehäuft schwere, aber auch besonders hartnäckige Fälle vorkommen.

Letztendlich kann die Frage nach der „besten“ Therapie unter den drei untersuchten Einrichtungen für BPS-Patienten nicht vollständig geklärt werden. Allerdings wird deutlich, daß jede der Einrichtungen gewisse Defizite aufweist.

Bedeutend ist aber auch die Tatsache, daß der Schweregrad der Erkrankung das Ausmaß der Inanspruchnahme weder positiv noch negativ beeinträchtigte. So findet man das höchste Inanspruchnahmeverhalten bei Patienten aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, dem sowohl bei der Beurteilung durch den Therapeuten als auch gemessen an der BSL die niedrigsten Schweregrade gegenüber standen. Andererseits korrelierte hohes Inanspruchnahmeverhalten im psychiatrischen Bereich mit der Anzahl durchgeführter Suizidversuche, was darauf hinweist, daß hier besonders großer Therapiebedarf besteht.

Die geringste Inanspruchnahme wiesen mit mittleren bis hohen Schweregraden die Patienten der Ambulanz auf, während die höchsten Schweregrade bei den elektiv stationären Patienten vorlagen. Diese nahmen bezogen auf das Ausmaß der Inanspruchnahme den zweiten Platz ein.

Niedrige LZ hingegen zeigte im Modul Gesundheit einen signifikant positiven Einfluß auf das Ausmaß der Inanspruchnahme im stationären Bereich. Allgemein stand die LZ entgegen unserer Hypothese jedoch nicht in Beziehung mit dem Ausmaß des Inanspruchnahmeverhaltens.

5.4.3 Aktuelle Therapiekonzepte

In der vorangegangenen Diskussion ging es darum, Vor- und Nachteile der einzelnen Einrichtungen deutlich zu machen. Indem diese herausgestellt wurden, konnten Empfehlungen für das weitere Vorgehen gegeben werden.

Allerdings konnte die vorliegende Studie es nicht zusätzlich leisten, spezielle Therapiekonzepte unter Berücksichtigung der verschiedenen Schulen zu untersuchen. Daher werden diese im folgenden vorgestellt.

Schließlich werden die unterschiedlichen Therapieansätze rege diskutiert. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß analytische Konzepte in den 40er bis 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kritisch betrachtet wurden. So wurde sogar eine Verschlechterung des Zustands der Patienten beobachtet (Aronson et al. 1989). Vermutlich wurde den Patienten im Rahmen der Freud'schen Abstinenz zu wenig Rückhalt geboten, während sie sich mit ihrer eigenen meist quälenden Vergangenheit auseinandersetzen mußten. Nachdem psychoanalytische Ansätze in den 70er Jahren dennoch erneut diskutiert wurden, wird seit den späten 80er Jahren eine kognitive Therapie favorisiert. Konkreter hat seit Anfang der 90er Jahre die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan an Bedeutung gewonnen und wird in einigen klinischen Settings angeboten.

Sie vereint kognitiv-behaviorale Methoden mit diversen Strategien anderer therapeutischer Schulen, z.B. Hypnotherapie der fernöstlichen Meditationslehre. Entscheidend ist die Flexibilität der Methode. Sie geht nicht schrittweise nach festen Abläufen vor, sondern orientiert sich direkt an Verhaltensmustern, die der Patient zeigt, wobei gewisse Entscheidungsregeln vorgegeben sind. Wichtiger Bestandteil ist das sogenannte „Skills-Training“, durch welches der Patient Strategien erlernt, erhöhte Anspannung zu reduzieren und infolgedessen eher auf SSV bzw. andere impulsive Verhaltensweisen verzichten kann. Weiterhin beinhaltet die DBT „Telefoncoaching“ sowie umfassende Supervision des behandelnden Teams. Etliche Studien verglichen diese Therapieform mit herkömmlichen und erzielten gute Ergebnisse. Z.B. erlebten Patienten einer Studie von Perseus et al. (2003) die DBT als lebensrettend, vor allem nachdem sie sehr schlechte Erfahrungen während einer anderen psychiatrischen Therapie gemacht hatten. Weitere Studien kamen zu noch besseren Ergebnissen, in dem sie die DBT um einen familientherapeutischen Aspekt (Woodberry et al. 2002) bzw. den der „Selbsttherapie“ (Patrick 1993) ergänzten.

Der eher psychoanalytisch orientierte Gegenspieler zur DBT entstand im Jahre 1999 mit der sogenannten übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP, Transference Focused Psychotherapy) nach Clarkin, Kernberg und Yeomans. In der Grundkonzeption der BPS stehen hier der gestörte Affekt der Aggression, die Ich-Schwäche sowie ein pathologisches Über-Ich im Vordergrund. Die beiden

fundamentalen Prinzipien dieser Therapie sind einerseits klare und starke Rahmenbedingungen und andererseits die Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung innerhalb der therapeutischen Beziehung. Dieses Therapiekonzept hat in den vergangenen Jahren zu ähnlich guten Ergebnissen wie die DBT geführt. Es hat daher zunehmend an Bedeutung gewonnen.

In der vorliegenden Studie wiesen bestimmte Ergebnisse auf den möglichen Nutzen einer kognitiven Therapie hin. Bei der Auswertung des FSSV fiel z.B. auf, daß Selbstverletzung zu einem großen Teil auf kognitiver Ebene stattfindet. Bei allen drei Gruppen führte das Merkmal „Selbstverletzung in Gedanken“ die Liste der Methoden an. Genauso verhielt es sich mit dem Merkmal „sich selbst schlecht reden“ auf der Liste der indirekten Methoden. Bei den Motiven wurde „Selbthaß“ schon an zweiter Stelle genannt. Diese Art der Wahrnehmung ist Ausdruck einer unangemessenen Selbstbeurteilung und kann theoretisch durch Anleitung zur Reflexion der dysfunktionalen Kognitionen verändert werden.

Es wurde schon erwähnt, daß die Tendenz in der klinischen Praxis zu sogenannten intensivierten ambulanten oder auch teilstationären Therapieprogrammen geht, die sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie beinhalten und sich in unterschiedlicher Ausprägung an der DBT nach M. Linehan orientieren. Bestandteile sind Skills-training, Schulung der sozialen und beruflichen Kompetenz, aber auch der Selbstwahrnehmung sowie Hilfestellung bei diversen zusätzlichen Problemen, z. B. Eßstörungen oder Sucht. Bohus et al. (2004) behandelten die BPS mittels eines dreimonatigen stationären Settings am erfolgreichsten. Sie räumten allerdings ein, daß eine teilstationäre DBT ähnlich sinnvoll sei. Auch die Ergebnisse jüngster amerikanischer Studien raten derzeit eher zu teilstationären Behandlungen. So stellten Karterud et al. (2005) ein Konzept vor, das mit 11h ambulanter Therapie pro Woche auskommt, nachdem Smith et al. (2001) hingegen schon ab 5h pro Woche zu guten Ergebnissen bei Borderline-Patienten kamen. Diese stellten ebenso wie Bateman und Fonagy (2003) bezüglich der nicht unbedeutenden Kostenfrage einer solchen Therapie fest, daß sie verglichen mit einer stationären Standardtherapie, günstiger ist. Auch in einer Literaturübersicht von Bateman und Fonagy (2000) zeigte sich, daß das erfolgreichste Behandlungskonzept langfristig angelegt, die Integration fördert, klar gegliedert und Compliance-orientiert ist.

Brown et al. (2004) belegten die Erfolge solcher Therapien gemessen an nachlassender Suizidalität, Hoffnungslosigkeit, Depressivität und Anzahl der Symptome einer BPS nach 18 Monaten.

5.4.4 Berufliches und soziales Training

Es wurde bereits erwähnt, wie bedeutsam die Teilnahme der Patienten am „wirklichen“ Leben ist und daß Menschen mit einer BPS große Probleme im beruflichen, finanziellen und sozialen Bereich haben. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigten schlechte Voraussetzungen in diesen Bereichen (s. Kap.4.1.1). Sie müssen daher dringend in die Therapie mit einbezogen werden.

Schon Tyrer et al. (1994) schlugen vor, bei der Therapie mehr Wert auf psychosoziale Rehabilitation zu legen. In einem Bericht von Eikermann et al. (2005) werden diese Defizite mit alarmierenden Ergebnissen auf den Punkt gebracht. Es wurde festgestellt, daß nur 24% erwachsener Patienten mit psychischen Störungen erwerbstätig waren. Außerdem hatten sie ein doppelt so hohes Risiko, ihre Arbeitsstelle zu verlieren. 40% der Patienten hatten danach ausschließlich Kontakt zu Therapeuten und Mitpatienten und fühlen sich dabei von der „Außenwelt“ isoliert. Die Arbeitsstelle ist für einen großen Teil der gesunden Bevölkerung jedoch der wichtigste Ort, um soziale Kontakte zu knüpfen und damit sehr bedeutend für das Wohlbefinden und die Freizeitgestaltung. Diese Möglichkeit fehlt den erwerbslosen psychisch Kranken somit vollständig. Heute bieten die meisten Einrichtungen aus diesem Grund innerhalb ihrer Settings ein sozialtherapeutisches Angebot, in welchem alltägliche Konfliktsituationen identifiziert und der Umgang mit Ihnen im voraus geübt wird. Was den beruflichen Alltag angeht, ist nach den Studien von Sledge et al. (2001) und Eikermann et al. (2005) aber eine zusätzliche therapeutische Betreuung am Arbeitsplatz nicht nur vielversprechender sondern auch dringend notwendig.

6. Zusammenfassung

Gegenstand der vorliegenden Querschnittsstudie war die Untersuchung verschiedenster Merkmale der BPS bei 93 Betroffenen. Dabei ging es sowohl um soziodemographische Aspekte, die vor allem in der Dokumentation sogenannter Basisdaten erhoben wurden, als auch um ätiologische Fragen sowie eine Bestandsaufnahme der die Krankheit dominierenden Charakteristika. Hier wurden mittels verschiedener Fragebögen (s. Anhang) Zusammenhänge mit dem Schweregrad der Erkrankung und der Lebenszufriedenheit erforscht.

Besonderes Interesse galt den Merkmalen selbstschädigendes Verhalten, Erfahrungen körperlichen sowie sexuellen Mißbrauchs und Suizidalität.

Schließlich bestand die untersuchte Gruppe aus Patienten unterschiedlicher therapeutischer Settings, mit dem Ziel das Inanspruchnahmeverhalten der Teilnehmer einschätzen zu können und eventuelle Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Die wichtigsten Erkenntnisse der Erhebung werden – auch im Vergleich mit der bisher vorliegenden Literatur – im folgenden zusammengefaßt.

Die Ergebnisse der Basisdokumentation stimmten mit der aktuellen Literatur darin überein, daß das Alter von BPS-Patienten bei Erstdiagnose etwa 19 Jahre beträgt. Daher zeigte sich, daß die Patienten krankheitsbedingt noch keine unterdurchschnittlichen Resultate beim Schulabschluß aufwiesen, obwohl Symptome wie das selbstschädigende Verhalten meist schon früher beobachtet wurden. Die Krankheit wirkte sich erst im Alter der Erwerbstätigkeit negativ auf den beruflichen Erfolg aus, so daß den Patienten hier gravierende Nachteile entstanden. Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten betrug etwa 26 Jahre, entsprechend ist seit der aktuellen Behandlung und Auftreten der Erstsymptomatik ein Zeitraum von etwa 7 Jahren angegeben worden. Bei 25% Arbeitslosigkeit gegenüber 21% Voll- oder Teilzeitbeschäftigung lag auch das monatliche Nettoeinkommen weit unter dem der Durchschnittsbevölkerung. Dies bringt eine starke finanzielle Abhängigkeit von fremder Hilfe mit sich, so daß die LZ signifikant niedriger war, als bei den erwerbstätigen Patienten.

Im sozialen Bereich wurde deutlich, daß die Patienten dazu neigten, eher isoliert zu sein. Dies zeigte sich in der Zahl der Freunde und Verwandten, denen sie vertrauten und die durchschnittlich drei bzw. zwei betrug. Dabei nahm die LZ mit zunehmender Anzahl von Freunden und Verwandten signifikant zu. Schließlich nahmen die Patienten auch extrem selten an Freizeitaktivitäten teil. Daß die LZ bei Teilnahme an sportlichen Gruppen im Bereich „Freizeit“ hingegen signifikant stieg, könnte von therapeutischem Interesse sein.

In diesem Zusammenhang war es aber auch möglich, gewisse Risikofaktoren für die unzureichende Ausbildung eines sozialen Netzes zu identifizieren. Patienten, die angaben, keine Vertrauenspersonen zu haben, sind in der Vergangenheit signifikant häufiger körperlich mißhandelt worden. Zudem war das Verhältnis zu den Eltern signifikant schlechter, wenn die Patienten in der Vergangenheit Erfahrungen sexuellen Mißbrauchs gemacht hatten.

Mit einem Prozentsatz von 38 lebten sie für ihre Altersgruppe sehr häufig allein, was allerdings mit der höchsten LZ verbunden war.

Schließlich fällt auf, daß die Nähe zu anderen Menschen zwar als positiv empfunden wurde, die Kontaktaufnahme schien sich jedoch schwierig zu gestalten. Außerdem benötigten die Patienten ausreichend Rückzugsmöglichkeiten. Hier gilt zu bedenken, daß die extremen Schwankungen zwischen Zuneigung und Entwertung innerhalb persönlicher Beziehungen oft ein Vermeidungsverhalten im sozialen Bereich mit sich bringen, was die Gefahr der sozialen Isolation birgt.

Entsprechend verhielt es sich mit Liebesbeziehungen. Wie in der bisherigen Literatur bekannt, erschwert die Erkrankung die Fähigkeit, dauerhafte Beziehungen aufrechtzuerhalten. Die untersuchten Patienten hatten vergleichsweise selten Partnerschaften, was sich signifikant negativ auf die LZ auswirkte.

Sowohl im beruflichen als auch im sozialen Bereich existieren besonders bedeutsame therapeutische Defizite. Keine der untersuchten Einrichtungen konnte es leisten, diese adäquat auszufüllen. Im stationären Bereich ist eine Tendenz zu einer überprotektiven Versorgung zu beobachten, die nicht genügend auf die Belastungen des Alltags vorbereitet. Die ambulanten Patienten hingegen haben zu geringe Möglichkeiten, Hilfe zu beanspruchen.

Des Weiteren wurde das SSV untersucht, unter besonderer Berücksichtigung der direkten und indirekten Methoden. In beiden Bereichen zeigte sich, daß die gedankliche Selbstverletzung die bedeutendste Rolle spielte, was die Bedeutung einer kognitiven Therapie deutlich macht. Auch die klassischen Methoden, wie Schneiden mit Rasierklinge und Messer, waren häufig.

Auffallend hoch war die Selbstschädigung durch gestörtes Eßverhalten. Zwar ist die Komorbidität von Eßstörungen bei Borderline-Patienten mit bis zu 50% schon von einigen Autoren beschrieben worden, allerdings gaben die Patienten inadäquate Nahrungsaufnahme hier bewußt auch als Instrument für SSV an. Dieses Verhalten war außerdem prädisponierend für einen besonders hohen Schweregrad der Erkrankung.

Eine ganz ähnliche Rolle spielte der Alkoholkonsum. Dieser wurde relativ oft als Methode für SSV angegeben, die Komorbidität von Suchterkrankungen lag bei 37%.

Wichtigster Grund für die Selbstverletzung war bei allen Patienten die Beendigung von Spannungszuständen. Schließlich traten jedoch Gruppenunterschiede auf. So gaben die ambulanten Patienten signifikant häufiger an, einen ängstlichen Zustand beenden zu wollen, und hatten eine geringere Schmerzwahrnehmung. Möglicherweise haben die ambulanten Patienten durch selteneren Therapeutenkontakt schlechtere Möglichkeiten, Angst abzubauen. So besserte sich ihre Befindlichkeit nach Selbstverletzung auch signifikant häufiger, als bei den psychiatrischen Patienten.

Diese gaben besonders häufig an, sich durch SSV wieder „spüren zu können“. Sie nahmen ebenso wie die elektiv stationären Patienten die Schmerzen mit etwas zeitlichem Abstand stärker wahr. Diese beiden Gruppen haben mehr Möglichkeiten, ihre Schmerzen Therapeuten und Mitpatienten mitzuteilen. Dies sollte bei der Analyse verhaltensaufrechterhaltender Bedingungen bzw. Konsequenzen Berücksichtigung finden.

Die Patienten der elektiv stationären Kliniken gaben das Motiv der Selbstbestrafung signifikant häufiger an, was darauf schließen läßt, daß Selbsthaß hier eine besonders große Rolle spielte.

Entgegen der Hypothese zeigte sich weder ein positiver noch ein negativer Zusammenhang von LZ mit SSV. Zwar wurde das SSV als notwendig, aber gleichzeitig sehr belastend wahrgenommen. Es war notwendig, um

Spannungszustände und die Befindlichkeit zu bessern, war aber in der Folge hauptsächlich durch Schuld, Scham und Trauer charakterisiert. Im Sinne einer Belohnung für vollbrachte Taten bzw. einer Stärkung vor bevorstehenden Aufgaben spielte es keine Rolle.

Scheinbar unterscheiden sich Patienten mit einer BPS sehr in der Stärke der Schmerzwahrnehmung bei SSV. Tendenziell beruht diese sowohl auf einer Veränderung der neurosensorischen Schmerzverarbeitung, als auch auf psychologischen Faktoren. Wahrscheinlich ist sie schwächer, je mehr das SSV einen Suchtcharakter besitzt. Prädisponierend für eine geringere Schmerzwahrnehmung sind auch traumatische Erfahrungen wie sexuelle und körperliche Mißhandlung.

Als Teilaspekt von SSV galt dem suizidalen Verhalten eine große Aufmerksamkeit, da es bei der BPS ebenfalls überdurchschnittlich häufig auftritt. Es konnte eine Reihe prädisponierender Faktoren identifiziert werden. So stieg die Anzahl der Suizidversuche mit Erfahrungen körperlichen sowie sexuellen Mißbrauchs und auch mit der Anzahl psychiatrischer Therapieaufenthalte im Vergleich. Wichtig ist jedoch die Unterscheidung zwischen suizidalem und selbstschädigenden Verhalten, die abhängig vom Patienten unterschiedlich schwer fällt. Beide Verhaltensweisen haben gemeinsam, daß sie gelegentlich im Sinne eines Hilferufs aber auch als Ausdrucksweise impulsiver Handlungen eingesetzt werden.

Daß sexueller Mißbrauch besondere Auswirkungen auf die BPS hat, ist schon mehrfach erwähnt worden. Es konnte hier ein signifikanter Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch, vor allem nach dem 15. Lebensjahr, sowie körperlicher Mißhandlung mit der Schwere der Erkrankung nachgewiesen werden. Unter diesen beiden Voraussetzungen trat auch SSV signifikant häufiger auf.

Andererseits bestand keine Korrelation zwischen sexuellem Mißbrauch und niedriger LZ, in Bezug auf das Merkmal Partnerschaft und Sexualität.

Aufgrund der vorliegenden Daten zeigte sich, daß SSV im therapeutischen Bereich ein relativ stabiles Merkmal ist. Die Anzahl der Aufenthalte hatte genauso wie die Anzahl der Suizidversuche keine besonderen Auswirkungen auf die Häufigkeit von SSV. Der Wunsch, dieses Verhalten abzulegen, stieg jedoch mit der Menge

vorhergehender Therapieerfahrungen. Andererseits wurde SSV abhängig von der Schwere der Erkrankung untersucht, mit dem Ergebnis, daß es signifikant häufiger auftrat, je schwerer die Patienten betroffen waren. In diesem Fall konnten sich die Patienten auch viel schlechter vorstellen, das selbstschädigende Verhalten jemals abzulegen.

Die LZ der Patienten war in allen Merkmalen weit niedriger, als die der gesunden Bevölkerung. In den verschiedenen Gruppen traten fast keine signifikanten Unterschiede auf. Lediglich waren die elektiv stationären Patienten in Merkmalen körperlicher Beschwerden des Moduls Gesundheit signifikant unzufriedener. Vermutlich ist dies aber sowohl Grund als auch Folge ihres Aufenthalts in psychosomatischen Kliniken.

Die bisher auf die LZ untersuchten Patienten anderer somatischer und psychosomatischer Erkrankungen waren im Modul allgemeine LZ zufriedener als die Borderline-Patienten. Im Modul Gesundheit gab es hingegen einige Gruppen mit psychosomatischen Erkrankungen, die eine geringfügig kleinere LZ aufwiesen als die Patienten mit einer BPS.

Bei der Auswertung der LZ fiel einerseits auf, bei welchen Merkmalen ein besonders großer Unterschied zur Normalbevölkerung auftrat, andererseits konnte man die Zahlenwerte der verschiedenen Items direkt vergleichen. Außerdem ließen sich Merkmale identifizieren, die im Vergleich zu anderen einen signifikant negativen Einfluß auf die Schwere der Erkrankung hatten. Am größten war die Unzufriedenheit in Bezug auf Einkommen und Beruf sowie die Gesundheit. Geringe LZ des Merkmals „Gesundheit“ korrelierte mit einem hohen Schweregrad. Auch der soziale Bereich hatte Auswirkungen auf die Schwere der Erkrankung, denn geringe LZ des Merkmals „Freunde und Freizeit“ korrelierte mit hohem Schweregrad.

Höhere Zufriedenheit in dem Bereich Gesundheit scheint sich allgemein positiv auf den Schweregrad auszuwirken. Die Items, die hier korrelierten, umfassen nicht nur die rein körperliche, sondern zusätzlich auch die psychische Gesundheit. Es ließe sich daher schlußfolgern, daß Patienten, die mit ihrem psychischen Zustand zufriedener sind, auch tatsächlich weniger stark betroffen sind.

Betrachtet man die Vergangenheit der Patienten seit Auftreten der Erstsymptomatik, fallen langwierige psychiatrische und psychosomatische stationäre Therapieaufenthalte sowie zahlreiche ambulante Therapiestunden auf, wobei zum Zeitpunkt der Erhebung noch immer eine mehr oder weniger akute Symptomatik vorlag.

Die Suizidalität korrelierte positiv mit ausgiebiger Therapieerfahrung und die LZ ist in allen Bereichen stark herabgesetzt. Die Frage nach Effektivität und Nutzen des vorliegenden Therapieangebots ist also durchaus berechtigt.

Die Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zeigten bessere Werte bezüglich des Schweregrads, in einigen Merkmalen, z.B. beim subjektiven Befinden sogar signifikant. Auch die LZ war tendenziell höher, was deutlich machte, wieviel besser es den Patienten in einem so alltagsuntypischen, beschützten Lebensraum ging. Es gab jederzeit Ansprechpartner sowie (Bedarfs)medikation und man war geschützt vor den Konflikten mit der Familie, dem Partner oder im Beruf. Das Ergebnis ist folglich nicht charakteristisch für den Alltag. Da ein Aufenthalt in einer solchen Einrichtung das Befinden derart verbessert, liegt eine hohe Inanspruchnahme dieses Therapieangebots nahe. Durch den starken Kontrast zwischen Alltag und Therapieaufenthalt liegt die Vermutung nahe, daß die stationäre Psychiatrie im herkömmlichen Sinne auf lange Sicht keine ideale Behandlungsmöglichkeit für BPS-Patienten darstellt.

Bei den ambulanten Patienten wurde tendenziell die niedrigste LZ vor allem im allgemeinen Modul beobachtet, was darauf hinweist, daß diese im Alltag gemessen an der Stärke der Symptomatik vermutlich zu wenig therapeutischen Rückhalt haben. Andererseits zeigen sie signifikant hohe Werte bezüglich der Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation, und sie können auch das beste soziale Netz vorweisen.

Die Patienten der psychosomatischen elektiv stationären Einrichtungen fielen durch eine signifikant niedrigere gesundheitliche LZ bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit auf, was bei diesen Patienten auf eine vergleichsweise größere Bedeutung somatischer Beschwerden schließen läßt.

Merkmale, die das Ausmaß der Inanspruchnahme positiv beeinflussten, waren niedrige LZ im Modul Gesundheit sowie hohe Suizidalität.

Schließlich läßt sich zusammenfassen, daß zum Zeitpunkt der therapeutischen Intervention kein Einfluß des Schweregrads der Erkrankung auf das Ausmaß der

Inanspruchnahme beobachtet werden konnte. So kann nicht endgültig geklärt werden, ob psychiatrische Patienten mehr bzw. ambulante Patienten weniger stark als andere von ihrer Erkrankung betroffen sind. Allerdings gibt es Hinweise darauf, daß ein teilstationäres Setting mit besonderer Berücksichtigung beruflicher und sozialer Rehabilitation die vielversprechendste Therapie ist. In der aktuellen Literatur zeigen sich deutliche Hinweise darauf, daß das Konzept einer kognitiven Compliance-orientierten Therapie im Sinne der DBT die besten Ergebnisse zeigt und eine eher geringere, jedoch keinesfalls eine größere finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem darstellt.

Mit der aktuellen Studie wurde zur Übersicht ein weites Spektrum epidemiologischer Daten von Patienten der in Deutschland vorherrschenden Therapieoptionen vorgelegt. Ein Großteil der Patienten wurde aus dem stationären Bereich rekrutiert, nicht zuletzt, weil diese Patienten am leichtesten erreichbar waren und die Teilnahme für sie den geringsten Aufwand bedeutete. Allerdings ist das Patientenkollektiv aus der Ambulanz noch ausreichend groß, um Aussagen über die therapeutische Situation machen zu können.

Wir halten die vorliegenden Daten auch deshalb für valide, weil die Basisdaten unserer Untersuchungen, mit denen sich andere Studien schon vorher befaßt hatten, unseren Ergebnissen weitgehend entsprechen. Mit einer Teilnehmerzahl von 93 Patienten kann man also davon ausgehen, daß auch die Ergebnisse, welche bisher noch nicht empirisch belegt worden sind, mit der realen Situation übereinstimmen.

7. Literaturverzeichnis

Aronson, T.A. (1989). A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality. Historical trends and future directions. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177, 511-528

Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durett, C., Jackson, K., Trull, T. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 279-288.

Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 156, 1563-1569.

Bateman, A., Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143

Bateman, A., Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-172

Bergen, H.A., Martin, G., Richardson, A.S., Allison, S., Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behaviour: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1301-1309.

Berlin, H.A., Rolls, E.T. (2004). Time perception, impulsivity, emotionality and personality in self-harming borderline personality disorder patients. *Journal of personality disorders*, 18, 358-178

Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan M.M. (2003). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 1-13.

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

Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., Crits-Christoph, P., Beck, A.T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 257-271.

Chanen, A.M., Jackson, H.J., McGorry, P.D., Allot, K.A., Clarkson, V., Yuen, H.P. (2004). Two-year-stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526-541.

Coid, J., Allolio, B., Rees, L.H. (1983) Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 2, 545-546

Comtois, K.A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric services*, 54, 1149-1154.

Daley, S.E., Burge, D., Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451-460.

Eikelmann, B., Zacharias-Eikelmann, B., Richter, D., Reker, T. (2005). Integration psychisch Kranker. Ziel ist die Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, 876-880.

Flick, S.N., Roy-Byrne, P.P., Cowley, D.S., Shores, M.M., Dunner, D.I. (1993). DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 27, 71-79.

Forthofer, M.S., Kessler, R.C., Story, A.L., Gotlib, I.H. (1996). The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage. *Journal of Health Soc. Behav.*, 37, 121-132.

Frankenburg, F.R., Zanarini, M.C. (2004) The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1660-1665.

Gerson, J., Stanley, B. (2002). Suicidal and self-injurious behaviour in personality disorder: controversies and treatment directions. *Current Psychiatry Reports*, 4, 30-38.

Henrich, G., Herschbach, P. (2000). Fragen zur Lebenszufriedenheit. *Ecomed Verlagsgesellschaft*, 98-110.

Horesh, N., Sever, J., Apter, A. (2003). A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 277-283.

Hurlbert, D.F., Apt, C., White, L.C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 18, 231-242.

Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Bordeline Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der. Neurologie Psychiatrie*, 66, 545-552.

Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Braband, J., Friis, S., Haaseth, O., Haavaldsen, G., Irion, T., Leirvag, H., Torum, E., Urnes, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian network. *Journal of Personality disorders*, 17, 243-262.

Karterud, S., Urnes, O. (2004). Short-term day treatment for patients with personality disorders. What is the optimal composition? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 243-249.

Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B., Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.

Kessler, R.C., Walters, E.E., Forthofer, M.S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092-1096.

Leibenluft, E., Gardner, D.L., Cowdry, R.W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1, 317-324.

Lewis, J.W., Cannon, J.T., Liebeskind, J.C. (1980), Opioid and nonopioid mechanisms of stress analgesia, *Science*, 208, 623-625

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

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F. (2001). Acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Health Technology Assessment*, 5, 21.

McKay, D., Gavigan, C.A., Kulchycky, S. (2004). Social skills and sex-role functioning in borderline personality disorder: relationship to self-mutilating behaviour. *Cognitive Behavioural Therapy*, 33, 27-35.

McLean, L.M., Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-371.

Melzack, R., Scott, T.H. (1957). The effects of early experience on the response to pain. *Journal of Comprehensive Physiology and Psychology*, 50, 155-161.

Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., John, U. (2004). Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry Epidemiology*, 39, 435-441.

Modestin, J., Villiger, C. (1989) Follow-up study on borderline versus nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 236-244.

Narud, K., Mykletun, A., Dahl, A.A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BMC Psychiatry*, 5.

Nickel, M.K., Tritt, K., Mittelehner, F.O., Leiberich, P., Nickel, C., Lahmann, C., Forthuber, P., Rother, W.K., Loew, T.H. (2004). Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: cross-sectional survey. *Croatia Medical Journal*, 45, 483-489.

Paris, J. (1993) The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 28-34.

Patrick, J. (1993). The integration of the self-psychological and cognitive-behavioural models in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 39-43.

Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., Nutzinger, D.O. (2002). Self-injurious behaviour in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 408-411.

Perry, J.C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 7, 63-58.

Perry, J.C., Klerman, G.L., (1980). Clinical features of the borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 137, 165-73.

Perseus, K.I., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioural therapy: the patients and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 218-227.

Pfohl, B., Stangl, D., Zimmerman, M. (1984). The implications of DSM-III personality disorders with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 7, 309-318.

Pickar, D., Cohen, M.R., Naber, D., Cohen R.M. (1982). Clinical studies of the endogenous opioid system, *Biological Psychiatry*, 17, 1243-1276

Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F., Joyce, A.S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital Community Psychiatry*, 44, 757-763.

Russ, M.J., Clark, W.C., Cross, L.W., Kemperman, I., Kakuma, T., Harrison, K. (1996). Pain and self-injury in borderline patients: sensory decision theory, coping strategies and locus of control. *Psychiatry research*, 63, 57-65

Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindlecker, R.D., Hull, J., Mattis, S. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 32, 501-511.

Sabo, A.N., Gunderson, J.G., Najavits, L.M., Chauncey, D., Kisiel, C. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy. A prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 370-376.

Sansone, R.A., Gaither, G.A., Songer, D.A. (2002). Self-harm behaviours across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 215-218.

Sansone, R.A., Songer, D.A., Miller, K.A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behaviour and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 117-120.

Sansone, R.A., Wiederman, M.W., Sansone, L.A., Monteith, D. (2000). Patterns of self-harm behaviour among women with borderline personality symptomatology: psychiatric versus primary care samples. *General Hospital Psychiatry*, 22, 174-178.

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M., Docherty, J.P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.

Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M.S., Wadman, B.E. (1988). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1424-1427.

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., Grilo, C.M., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Oldham, J.M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.

Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E. (2001). Vocational rehabilitation. *Health Technology Assessment*, 5, 21.

Smith, G.W., Ruiz-Sancho, A., Gunderson, J.G. (2001). An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services*, 52, 532-533.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2005). <http://www.destatis.de>

Stevenson, J., Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.

Stiglmayr, C.E., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M.F., Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – a controlled study. *Psychiatry Research*, 35, 111-118

Sweeney, D.R. (1987). Treatment of outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 48, 32-37.

Swigar, M.E., Astrachan, B., Levine, M.A. (1991). Single and repeated admissions to a mental health center: demographic, clinical and use of service characteristics. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 259-266.

Tameling, A., Sachse, U. (1996). Symptomkomplex, Traumaprävalenz und Körperbild von psychisch Kranken mit selbstverletzendem Verhalten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 46, 61-67.

Taub, J.M. (1996). Sociodemography of borderline personality disorder: a comparison with axis II PDS and psychiatric symptom disorders convergent validation. *International Journal of Neuroscience*, 88, 27-52.

Trull, T.J., Ueda, J.D., Conforti, K., Doan, B.T. (1997). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2-year outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 307-314.

Tyrer, P., Merson, S., Onyett, S., Johnson, T. (1994). The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychological Medicine*, 24, 731-740.

Welch, S.S., Linehan, M.M. (2002). High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 561-569.

Widiger, T.A., Weissmann, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.

Wiersma, D., Bond, G. R., Huxley, P., Tyrer, P. (2001). Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5, 21

Woodberry, A., Miller, A.L., Glinski, J., Indik, J., Mitchell, A.G. (2002). Family therapy and dialectical behaviour therapy with adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 585-602

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

Zanarini, M.C., Parachini, E.A., Frankenburg, F.R., Holman, J.B., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R. (2004). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects.

8. Anhang

Basisdokumentation

1. Familienstand

Bitte geben Sie hier Ihren aktuellen Familienstand an. Gemeint ist der zeitlich zuletzt eingetretene Familienstand.

- Ledig (hierunter fallen alleinstehende Personen ebenso wie Paare in nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft)
- Verheiratet
- Getrennt lebend (Verheiratete, die nicht mehr als Paar zusammenleben; dies ist nicht im räumlichen sondern im sozialen Sinn gemeint)
- geschieden verwitwet
- wieder verheiratet

2. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

- Kein fester Partner
- Fester Partner — getrennt lebend
- Fester Partner — zusammen lebend
- Wechselnde Partner

3. Wenn derzeit keine feste Partnerschaft besteht. Wie lange?

- Seit einem Jahr keinen festen Partner
- Seit 2 Jahren
- Seit 3 Jahren
- Seit 4 Jahren und länger

4. Eigene Kinder

Wie viele eigene oder adoptierte Kinder haben Sie?

5. In wessen Haushalt leben Sie?

- Versorgt im Haushalt der Eltern (Eltern erledigen den Haushalt)
- Mit Eltern oder Schwiegereltern zusammen (Haushalt wird gemeinsam versorgt)
- Eigener Haushalt (Alleine)
- Eigener Haushalt (z.B. mit Partner oder eigener Familie)
- Betreute Wohngemeinschaft
- Wohngemeinschaft
- Sonstiger Haushalt

6. Höchster Schulabschluss

Was ist ihr höchster Schulabschluss?

- gehe noch zur Schule
- kein Schulabschluss. Bitte geben Sie an welche Schullaufbahn (Hauptschule, Realschule etc.) abgebrochen wurde:
- Sonderschulabschluss
- Qualifizierter Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / mittlere Reife/ polytechnische Oberstufe
- Abitur / Fachabitur
- Sonstiger Abschluss (z.B. ausländischer Abschluss, der sich nicht klar einem deutschen Abschluss zuordnen lässt

7. Höchster Berufsabschluss

Was ist ihr höchster Berufsabschluss?

- noch in der Berufsausbildung / Student / in
- Lehre / Fachschule (abgeschlossen)
- Meister
- Fachhochschule / Universität (abgeschlossen)
- ohne Abschluss
- Sonstiger Abschluss (z.B. unklar, ob es sich um einen Berufsabschluss handelt)

8. Jetzige Berufstätigkeit (bei Arbeitslosen zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit)

Welches war Ihre zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit? Bei mehreren Tätigkeiten bitte die zeitlich überwiegende Tätigkeit angeben.

- Arbeiter
- Facharbeiter
- Angestellter / Beamter
- Selbstständig (kleiner Betrieb bis zu 5 bezahlte Beschäftigte)
- Selbstständig (großer Betrieb über 5 bezahlte Beschäftigte)
- (noch) nie erwerbstätig

9. Jetzige Erwerbstätigkeit

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation bezogen auf Ihre Erwerbstätigkeit?
Entscheiden Sie sich bei mehreren Tätigkeiten für die zeitlich überwiegende.

Nur eine Angabe ist möglich.

- Vollzeit — berufstätig
- Teilzeit — berufstätig
- gelegentlich berufstätig

- Hausfrau / Hausmann
- In Ausbildung / Umschulung
- Wehr- /Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr
- beschäftigt in beschützender Einrichtung
(z.B. beschützte Werkstätten, 2. Arbeitsmarkt)
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit bewilligt
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer bewilligt
- Frührente / Altersrente / Pension
- Witwen- / Witwerrente
- Unbekannt / unklar

10. Wie oft haben Sie in den letzten 5 Jahren die Stelle gewechselt (Wechsel des Arbeitgebers)?

.....

11. Haupteinkommensquelle

Aus welchen Mitteln finanzieren Sie Ihren Lebensunterhalt im Moment überwiegend?

- Einkommen durch Arbeitstätigkeit / Rente
- Unterstützung durch Eltern
- Arbeitslosengeld / -hilfe
- Unterhalt durch Ehegatten / -gattin (auch bei Geschiedenen)
- Sozialhilfe
- BAföG
- Krankengeld
- Sonstiges

12. Wie hoch ist ihr durchschnittliches Nettoeinkommen?

..... Euro

13. Was bleibt Ihnen von diesem Einkommen nach Abzug der Miete und der gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungen , Sozialabgaben übrig?

..... Euro

14. Laufendes Rentenverfahren

Läuft für Sie ein beantragtes, aber noch nicht bewilligtes Rentenverfahren?

- nein
- Rentenantrag wurde gestellt
- Rentenstreit / Sozialgerichtsverfahren läuft, da Rentenantrag vorerst abgelehnt wurde
- Zeitrentenantrag wurde gestellt

15. Arbeitsunfähigkeit zuletzt ununterbrochen

Wie viele Wochen sind Sie bis zuletzt ununterbrochen krankgeschrieben gewesen?

..... Wochen

16. Welche Beschwerden (Probleme) haben Sie zu uns geführt? Bitte hier mit Ihren eigenen Worten kurz auführen.

.....
.....
.....

17. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten aufgrund der Beschwerden, die Sie zu uns führten

Wie viele Wochen sind Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt aufgrund der Beschwerden, die Sie zu uns führten krankgeschrieben?

Bitte addieren Sie gegebenenfalls die Krankzeiten.

..... Wochen

18. Krankheitsanamnese

Vor wie viel Monaten oder Jahren sind die heutigen Beschwerden, wegen der Sie hauptsächlich bei uns sind, zum ersten Mal deutlich aufgetreten?

..... Monate / Jahre (das zutreffende bitte unterstreichen)

19. Befinden sich an Ihrem Wohnort Einrichtungen (Fachärzte, Psychologen, Klinik, Krisenzentrum etc.), an die Sie sich mit Ihren Beschwerden wenden können?

- Ja
- Nein

20. Stationäre psychotherapeutische Vorbehandlungen

Wie viele Aufenthalte hatten Sie bisher insgesamt in Psychotherapeutischen Kliniken (Psychosomatik, Suchtbehandlung etc.)? Hier sind keine psychiatrischen Krankenhäuser gemeint.

- Keine

Anzahl:

21. Gesamtdauer aller Behandlungen (psychotherapeutisch) in Monaten

Wie viele Monate betragen Ihre gesamten Aufenthalte in den eben genannten Kliniken insgesamt in den letzten 5 Jahren?

..... Monate

22. Stationäre psychiatrische Vorbehandlungen

Wie viele Aufenthalte hatten Sie bisher insgesamt in stationär psychiatrischen Kliniken?

Keine

Anzahl:

23. Gesamtdauer aller Behandlungen (psychiatrisch) in Monaten

Wie viele Monate betragen Ihre gesamten Aufenthalte in den eben genannten Kliniken insgesamt in den letzten 5 Jahren?

..... Monate

24. Ambulante Psychotherapie

Sind / waren Sie schon einmal in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten?

Nein

Ja, früher

Ja, zur Zeit

25. Wenn ja: Wie viele?

Wie viele ambulante psychotherapeutische Behandlungsstunden hatten Sie bereits (in ihrem Leben)?

- keine
- bis zu 5 Stunden
- 6—25 Stunden
- 26—160 Stunden
- 161—300 Stunden
- über 300 Stunden

26. Kontaktaufnahme

Auf welchem Weg haben Sie mit uns den Kontakt aufgenommen?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Ich kenne den Therapeuten / Arzt / die Klinik von früher
- Die unmittelbare Wohnortsnähe sprach für den Therapeuten / Arzt / die Klinik
- Ich habe eine gute Erfahrung mit dem Therapeuten / Arzt / der Klinik gemacht
- Mir wurde der Therapeut bzw. die Klinik empfohlen, von:
 - Freunden
 - Arzt (z.B. Hausarzt)
 - Psychotherapeut
 - Familie
 - Mitpatient
 - Beratungsstelle
 - Seelsorge
 - Medien

27. Initiative der Kontaktaufnahme

Erfolgte die Kontaktaufnahme mit uns aus eigenem Antrieb heraus oder auf Wunsch / Drängen anderer? Schätzen Sie die Motivation auf einer Skala von 1 bis 5

Selbst

Fremd

1..... 2 3 4..... 5

28. Fremdmotivation

Durch welche Person / Institution wurde der Kontakt zu uns im Wesentlichen veranlasst, bzw. wer drängte darauf?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Familie
- Hausarzt
- Psychiater / Nervenarzt
- Notarzt
- Rettungsdienst
- Psychotherapeut
- Klinik (Krisenzentrum, Psychiatrie, Psychosomatik)
- andere Klinik (z.B. Chirurgie, Toxikologie)
- Freunde
- Arbeitsplatz

29. Freizeitaktivitäten

Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie häufig Sie an den Aktivitäten der nachfolgend aufgelisteten Gruppen oder Vereine teilnehmen.

	Häufig	Manchmal	Nie
Sportverein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere sportliche Gruppen (z.B. Alpenverein, Wandergruppe, Tanzgruppe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirche oder karitative Vereinigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hobby-Club (z.B. Schützenverein, Kegeln, Schach, Gesangsverein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufliche Organisation, Berufsverband	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politische Gruppe oder Partei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Gruppe, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Soziales Netz

I.: Wie viele Freunde haben Sie, mit denen Sie sich eng verbunden fühlen und mit denen Sie auch persönliche Probleme besprechen können?

..... Anzahl

II.: Wie viele Verwandte haben Sie (abgesehen von Ihren Kindern), mit denen Sie sich eng verbunden fühlen?

..... Anzahl

31. Soziales Netz

Wenn Sie wirklich Hilfe und Unterstützung brauchen, auf wen können Sie sich dann verlassen?

Auf niemanden

- Auf Ehe- oder Lebenspartner
- Auf Freund oder Freundin
- Auf Vater oder Mutter
- Auf meine Kinder
- Auf andere
- Hängt von der Situation ab

Selbstschädigendes Verhalten:

Es handelt sich bei diesem Fragebogen um eine wissenschaftliche Arbeit, welche dazu dient, mehr über „ungünstige Verhaltensstrategien“ zu erfahren, mit dem Ziel dadurch spezifischer helfen zu können. Selbstschädigendes Verhalten kann sehr unterschiedliche Ursachen haben (Stoffwechselstörungen, kulturspezifische Riten, Hirnorganische Störungen, Psychisch, etc.). Dieses Verhalten wird in unserer Gesellschaft eher mit negativen Vorstellungen belegt, wenngleich sein Auftreten eher zuzunehmen scheint.

Mehrere Antworten sind möglich, wenn mit (MA) gekennzeichnet. Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. Welche Methoden der folgenden Auswahl im Rahmen des selbstschädigenden Verhaltens wenden Sie gegenwärtig bei sich an?

Methode (MA)	nie	selten	gelegentl.	oft	immer
Rasierklinge					
Messer, Schere					
Skalpell					
Glasscherbe					
Aufschlagen des Kopfes					
Faustschlag					
Verbrennen (z.B. mit Zigarette)					
Schlucken von Gegenständen					
Ablassen von Blut					
Würgen					
Haare ausreißen					
Verhinderung der Wundheilung					
Kratzen					

Piercing (nicht gemeint ist ein alleiniger Modeaspekt)					
Säureverletzungen					
Insulin spritzen					
„Gedanklich“ (schlecht über sich denken, sich beschimpfen etc.)					
Andere bitte angeben:					
.....					

2. Häufigkeit der Selbstschädigungen im Durchschnitt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

2.1 In den letzten 4 Wochen	2.2 In „Krisenzeiten“ maximaler Wert – im letzten halben Jahr	2.3 In „ruhigen“ Zeiten minimaler Wert – im letzten halben Jahr
Mehrmals am Tag	Mehrmals am Tag	Mehrmals am Tag
Einmal am Tag	Einmal am Tag	Einmal am Tag
Einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Einmal pro Woche
Einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal im Monat
Kein Mal	Kein Mal	Kein Mal

3. Was beabsichtigen Sie mit dem selbstschädigenden Verhalten?

Aspekte der Selbstverletzung (MA)	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Spannungsreduktion					
Um in einen anderen, „entrückten“ Zustand (Trance) zu kommen					
Um sich wieder zu spüren					
Um einen „tranceartigen“ Zustand zu beenden					
Um sich besonders, individuell, stolz zu fühlen					
Beenden von „Flashbacks“ (sich aufdrängende Erinnerungen)					
Aus Selbsthass, im Sinne einer Bestrafung					
Lustgewinn (wie Drogenrausch)					

Lustgewinn (orgastisch / erotisch)					
Impulsiv (i. S. es nicht steuern zu können)					
Gezielt eingesetzt, um eine Veränderung d. akt. <i>ängstlichen</i> Zustandes zu erreichen					
Gezielt eingesetzt, um eine Veränderung d. akt. <i>depressiven</i> Zustandes zu erreichen					
Um eine Störung des Einheitserlebens im Augenblick (Sie fühlen sich selbst fremd, verändert) zu beenden					
Um ein Entfremdungserleben (die Umgebung erscheint fremdartig, verändert) zu beenden					
Als Zeichen für die Umwelt, dass es Ihnen schlecht geht					
Hilferuf					
Um andere (Familie, Bekannte etc.) zu bestrafen					
Im Sinne einer Gewohnheit (Ritual)					
Religiös-kultureller Aspekt					
Andere Aspekte bitte angeben.....					
.....					

4. Welche „Indirekten Methoden“ (Auswahl) eines Ihrer Einschätzung nach selbstschädigenden Verhaltens wenden Sie bei sich an (im letzten halben Jahr)?

Indirekte Methoden (MA)	nie	selten	gelegentl.	oft	immer
Erbrechen					
„Fressanfälle“					
Hungern					
Schlafentzug					
Alkoholrausch					
Drogen					
Medikamente					
Blind über eine Straße gehen					

Gefährliche Sportarten im Sinne eines Hochrisikoverhaltens					
Gefährliche Sportarten als „Sucht“ (Abhängigkeit)					
Extrem Sport treiben („Bis zum Umfallen“)					
Prostitution - Promiskuität					
An einer Beziehung festhalten, in welcher der Partner Ihnen Schaden zufügt (Schläge, sexuelle Misshandlung)					
Arbeiten „bis zum Umfallen“					
Sich schlecht reden, selbst beschimpfen, negativ denken					
Andere Methoden:					
.....					
.....					

5. Was sind weitere unmittelbare Reaktionen beziehungsweise Folgen des selbstschädigenden Verhaltens?

(MA)	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
Bereitet Ihnen das Verhalten unmittelbar Schmerzen?					
Bereitet Ihnen das Verhalten später Schmerzen?					
Bereitet Ihnen das Verhalten Schuldgefühle?					
Bereitet Ihnen das Verhalten ein Schamgefühl?					
Bereitet Ihnen das Verhalten ein Glücksgefühl?					
Bereitet Ihnen das Verhalten ein trauriges Gefühl?					
Geht es Ihnen nach dem Verhalten in Ihrer allgemeinen Befindlichkeit besser?					
Geht es Ihnen nach dem Verhalten in Ihrer Befindlichkeit schlechter?					
Andere bitte angeben					
.....					
.....					
.....					

6. Weitere Fragen

	ganz sicher	ziemlich wahrscheinl.	evtl.	wahrscheinl. nicht	keinesfalls
Möchten Sie auf selbstverletzendes Verhalten verzichten?					
Können Sie auf selbstverletzendes Verhalten verzichten?					
Wurden Sie vor dem 15. LJ sexuell misshandelt (gewaltsamer Geschlechtverkehr)?					
Wurden Sie nach dem 15. LJ sexuell misshandelt (gewaltsamer Geschlechtverkehr)?					
Fühlten Sie sich im weiteren Sinne sexuell missbraucht?					
Wurden Sie körperlich misshandelt?					
Wurde Ihre Mutter sexuell misshandelt?					
Wurde Ihre Mutter körperlich misshandelt?					
Wurde Ihr Vater sexuell misshandelt?					
Wurde Ihr Vater körperlich misshandelt?					

7. Wenn Sie misshandelt oder missbraucht wurden, wie oft?

Einmal Mehrmals

8. Seit wann kennen Sie selbstschädigendes Verhalten?

..... Lebensjahr

9. Suizidversuche in der Vorgeschichte insgesamt:

..... Anzahl

9. Danksagung

Bei den folgenden Personen möchte ich hiermit herzlich bedanken:

Aus dem Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und medizinische Psychologie der Technischen Universität München:

Prof. Dr. M. von Rad

Dr. M. Reicherzer für die wohlwollende und freundliche Betreuung

Dr. G. Henrich für die statistische Bearbeitung

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München:

Prof. Dr. H. Förstl

Dr. S. Krämer

Bei den Ärzten und Therapeuten der teilnehmenden Einrichtungen:

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Städtischen Krankenhaus München Harlaching.

Dr. C. Ehmer v. Geiso sowie Dr. M. Kuse-Isingschulte und Dr. B. Schroeder für die freundliche Unterstützung

BKH Haar, Borderlinehaus

Dr. M. Müller-Spahn, P. Loth

BKH Haar, Forensische Abteilung

M. Lihl

Atriumhaus, München

U. Paggen

Blue Island, München

J. Freundt

Zwischenraum e. V., München

M. Müller, R. Runge

ehemals Klinik Dr. Schlemmer, Bad Wiessee

Dr. P. Martius,

Außerdem:

Dr. med. Dr. phil. Martin Ebinger für die kritische Durchsicht

Carina Binder für die Zusammenarbeit