

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,  
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

**Prädiktion des Erfolges der Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Frauen mit  
Borderlinepersönlichkeitsstörung unter besonderer Berücksichtigung von  
Scham und Selbst-Stigmatisierung**

INAUGURAL-DISSERTATION  
zur  
Erlangung des Medizinischen Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät  
der Albert-Ludwigs-Universität  
Freiburg im Breisgau

Vorgelegt 2005  
von Sarah Schiel,  
geboren in Starnberg

Dekan	Prof. Dr. med. Christoph Peters
1. Gutachter	Prof. Dr. Klaus Lieb
2. Gutachter	Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Jahr der Promotion	2007

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>4</b>
<b>VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN .....</b>	<b>5</b>
<b>VORWORT.....</b>	<b>6</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>7</b>
<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 DIE BORDERLINESTÖRUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 SCHAM .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 STIGMATISIERUNG, SELBST-STIGMATISIERUNG UND VERWANDTE KONSTRUKTE.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 DIALEKTISCH BEHAVIORALE THERAPIE (DBT) .....</b>	<b>10</b>
<b>1.5 THERAPIEABBRUCH.....</b>	<b>12</b>
<b>1.6 ZIELSETZUNG DER ARBEIT .....</b>	<b>13</b>
<b>1.7 HYPOTHESEN.....</b>	<b>13</b>
<b>2. METHODIK .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.1 Die Querschnittsgruppe .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.2 Die Längsschnittsgruppe .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 MEßINSTRUMENTE .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1 Standardisierte Interviews .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.2 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.3 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.4 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie und Lebensqualität .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.5 Messung impliziter Assoziationen .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG .....</b>	<b>34</b>
<b>3. ERGEBNISSE.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 VERGLEICH DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE AM ANFANG UND AM ENDE DER THERAPIE .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 PRÄDIKTION DES THERAPIEERFOLGS MIT MULTIPLEN REGRESSIONSANALYSEN .....</b>	<b>37</b>
<b>3.3 PRÄDIKTION DES THERAPIEABBRUCHES MIT BINÄR LOGISTISCHER REGRESSION .....</b>	<b>42</b>
<b>4. DISKUSSION.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 VERÄNDERUNG WÄHREND DER THERAPIE.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 PRÄDIKTION DES THERAPIEERFOLGES .....</b>	<b>47</b>
<b>4.3 PRÄDIKTION DES THERAPIEABBRUCHES .....</b>	<b>50</b>
<b>5. ANHANG: BÖGEN DER MESSINSTRUMENTE .....</b>	<b>53</b>
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>93</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
ADS	Allgemeine Depressionsskala
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck-Depressionsinventar
BPD	Borderline Personality Disorder
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BSL	Borderline-Symptom-Liste
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV
ES	Empowerment Scale
ESS	Experiential Shame Scale
GHQ	General Health Questionnaire
HAMA	Hamilton Angstskala
HAMD	Hamilton Depressionsskala
IAT	Implicit Association Test
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision
MCDS	Marlowe-Crowne Social Desirability Scale
M.I.N.I	Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview
n. s.	nicht signifikant
PFQ-2	Personal Feelings Questionnaire-2
PSQ	Perceived Stigma Questionnaire
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale
SBQoL	SmithKline Beecham Quality of Life Scale
SCAAI	Self-Conscious Affect and Attribution Inventory
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-R
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SFA	Success and Failure Affects
SSMIS	Self-Stigma in Mental Illness Scale
STAI-X-1	State-Trait-Angstinventar-X-1 (state = Zustandsangst)
STAI-X-2	State-Trait-Angstinventar-X-2 (trait = Angstneigung)
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
T1	Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung
T2	Zum Zeitpunkt der zweiten Untersuchung
TAU	Treatment as usual
TOSCA-3	Test of Self-Conscious Affect-3

## Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tab. 2. 1 Demographische Daten der Querschnittsgruppe .....	19
Tab. 2. 2 Diagnosen der Querschnittsgruppe .....	20
Tab. 2. 3 Psychiatrische Vorgeschichte der Querschnittsgruppe .....	20
Tab. 2. 4 Aktuelle Krankheitsmerkmale der Querschnittsgruppe.....	21
Tab. 2. 5 Medikation der Querschnittsgruppe.....	21
Tab. 2. 6 Demographische Daten der Längsschnittsgruppe.....	21
Tab. 2. 7 Diagnosen der Längsschnittsgruppe .....	22
Tab. 2. 8 Psychiatrische Vorgeschichte der Längsschnittsgruppe .....	22
Tab. 2. 9 Aktuelle Krankheitsmerkmale der Längsschnittsgruppe.....	23
Tab. 2. 10 Medikation der Längsschnittsgruppe.....	23
Tab. 2. 11 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham.....	25
Tab. 2. 12 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten.....	27
Tab. 2. 13 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie und Lebensqualität.....	30
Tab. 2. 14 Aufteilung der Blöcke des IAT.....	34
Tab. 3. 1 Vergleich der Mittelwerte am Anfang und am Ende der zwölfwöchigen Therapie durch t-Test bei abhängigen Stichproben .....	37
Tab. 3. 2 Mittelwerte der Therapieerfolgsmaße (N=25).....	38
Tab. 3. 3 Prädiktion der Verbesserung in den Outcome-Maßen, für 25 Patientinnen, in der Einschluß-Methode .....	40
Tab. 3. 4 Prädiktion der Verbesserung in den Outcome-Maßen, für 25 Patientinnen, in der Vorwärts-Methode .....	41
Tab. 3. 5 Vergleich der Mittelwerte zu T1 zwischen Abbrechern (N=19) und Nicht-Abbrechern (N=41).....	42
Tab. 3. 6 Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Einschluß-Methode.....	44
Tab. 3. 7 Vier-Felder-Tafel zur Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Einschluß-Methode .....	44
Tab. 3. 8 Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Vorwärts-LR-Methode ....	45
Tab. 3. 9 Vier-Felder-Tafel zur Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Vorwärts-LR-Methode .....	45
 Abb. 1 Schematische Beschreibung des IAT .....	32
Abb. 2 Therapieabbruch in Abhängigkeit von Psychopathologie und Suizidalität .....	51

## Vorwort

Mein größter Dank gilt meinem Betreuer und Leiter der zugrundeliegenden Studie, Dr. Nicolas Rüsch. Die Betreuung der Arbeit war außerordentlich intensiv und sorgfältig. Dr. Rüsch war jederzeit zu erreichen und kümmerte sich immer umgehend um alle Probleme und Fragen, die auftraten. Selbst nachdem die Studie schon abgeschlossen war und Dr. Rüsch bereits in Rom war, war er über Email immer zu erreichen und korrigierte Texte in kürzester Zeit. Außerdem danke ich meinen Mitdoktorandinnen Ines Göttler und Aurelia Hölzer, mit denen zusammenzuarbeiten immer großen Spaß machte. Vielen Dank auch an alle Mitarbeiter der Station acht. Sowohl Ärzte und Ärztinnen, als auch das Pflegepersonal waren uns immer behilflich. Ebenso möchte ich allen Patientinnen danken, die an der Studie teilnahmen. Ohne sie wäre unsere Arbeit gar nicht möglich gewesen. Obwohl es für manche der Patientinnen großen Stress bedeutete, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen, nahmen viele an der Studie teil, da sie wissen wie wichtig wissenschaftliche Grundlagen sind, um die Behandlung von Borderline-Patientinnen zu verbessern. Für die statistische Beratung danke ich Manfred Olschewski vom Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik. Ich danke allen Therapeuten und Therapeutinnen aus Zug, die uns bei der Durchführung der Studie an der Klinik Meissenberg halfen. Thomas Kühler, Florian Leihener und Gisela Wagenbreth waren stets hilfsbereite Ansprechpartner.

Meinen Eltern, Klaus Schiel und Monika Herrmann-Schiel, danke ich für die Unterstützung in meinem Studium und für die Taxifahrten nach Zug. Meiner Mutter danke ich für das überaus hilfreiche Korrekturlesen der Arbeit. Meinem Freund, Nils Ohlanders, danke ich für das Korrekturlesen, für seine Hilfe bei Computerproblemen und natürlich seine Freundschaft und Liebe.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Da Scham und Selbst-Stigmatisierung zu Schwierigkeiten in der Psychotherapie führen können, untersuchten wir, ob sich der Erfolg der Dialektisch-Behavioralen Therapie durch ein geringes Ausmaß an Schamneigung und Selbst-Stigmatisierung prädizieren lässt. Therapieabbruch stellt ein großes Problem in der Behandlung von Borderline-Patientinnen dar. Deshalb wurde untersucht, in welchen Merkmalen sich Abbrecher von Nicht-Abbrechern unterscheiden und durch welche dieser Merkmale sich ein Therapieabbruch vorhersagen lässt.

**Methoden:** 60 Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, die die 12-wöchige stationäre Dialektisch Behaviorale Therapie begannen, nahmen an der Studie teil. Die Testung bestand in einem Implicit Association Test des scham-bezogenen impliziten Selbstkonzeptes (relativ zu Angst) und dem Ausfüllen von Selbstbeurteilungsskalen zu Schamneigung, momentaner Scham, Stigma und verwandten Konstrukten, und Psychopathologie. 19 Patientinnen brachen die Therapie vorzeitig ab. 25 Patientinnen wurden gegen Ende der Therapie nochmals getestet.

**Ergebnisse:** Krankheitsakzeptanz und Lebensqualität verbesserten sich am stärksten während der Therapie. Schamneigung und Selbst-Stigmatisierung und verwandte Konstrukte verbesserten sich ebenfalls signifikant. In der Verbesserung der Psychopathologie ließ sich nur ein Trend erkennen. Die Prädiktion des Therapieerfolges in Form einer Verbesserung in den Selbstbeurteilungsskalen war nicht möglich. Abbrecher unterschieden sich von Nicht-Abbrechern am stärksten durch eine geringere Anzahl an Suizidversuchen in der Vorgeschichte, weniger Krankheitsakzeptanz und mehr Ängstlichkeit. Als Prädiktoren für den Therapieabbruch erwiesen sich wenig Suizidversuche in der Vorgeschichte und wenig Krankheitsakzeptanz.

**Diskussion:** Die Therapie hilft Patientinnen nicht nur, Lebensqualität, Selbstwert und Krankheitsakzeptanz zu erhöhen, sondern hilft auch, Schamneigung und Selbst-Stigmatisierung zu reduzieren. Die Annahme, daß sich Therapieerfolg durch wenig Schamneigung und Selbst-Stigmatisierung prädizieren lässt, konnte nicht bestätigt werden, wobei sich hierbei vor allem der Regression-zur-Mitte-Effekt als Problem erwies. Wenige Suizidversuche in der Vorgeschichte waren der stärkste Prädiktor für einen Therapieabbruch. Dies bestätigt die Ergebnisse von Gunderson et al. (1989), die betonen, wie wichtig es ist, für die Patientin eine Behandlung zu finden, die der Schwere der Erkrankung angemessen ist (ambulant / Tagesklinik / stationär). Die Prädiktion des Therapieabbruches durch wenig Krankheitsakzeptanz zeigt, wie wichtig das Erarbeiten von Krankheitsakzeptanz zu Beginn der Therapie ist, um die Zahl der Therapieabbrüche zu verringern.

## 1. Einleitung

### 1.1 Die Borderlinestörung

Stern (1938) prägte den Begriff „Borderline“ als eine Art Übergangsbereich von der Neurose zur Psychose. Dieser Begriff wurde von Kernberg (1967) aufgenommen und zu „Borderline Personality Organization“ erweitert. Darunter versteht Kernberg eine Regression auf das entwicklungspsychologische Zwischenstadium der „Borderline-Struktur“, ausgelöst durch Störungen während der Differenzierung zu einer „reifen Ich-Identität“. Heute wird meist der Begriff „Borderline Personality Disorder“ (BPD) oder im Deutschen „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ verwendet. Die heute in der ICD-10 zur Diagnostik verwendeten neun Borderlinekriterien basieren auf sieben von Gunderson und Kolb (1978) ermittelten Kriterien, die von Spitzer, Endicott und Gibbon (1979) durch das Kriterium „instabile Identität“ und bei der Einführung des DSM-IV (APA, 1994) durch das Kriterium „vorübergehende, streßabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ ergänzt wurden.

Bohus (2002) gliedert die klinische Symptomatik in fünf Problembereiche:

*1)Affektregulation:* Borderlinepatientinnen haben das Problem, mit „überflutenden Emotionen“ zurecht kommen zu müssen. Sie haben eine niedrige Reizschwelle, ein hohes Erregungsniveau und eine verzögerte Rückbildung auf das emotionale Ausgangsniveau. Dies führt zu intensiven aversiven Spannungszuständen, die oftmals in dissoziative Zustände übergehen und durch dysfunktionale Verhaltensmuster, wie Selbstverletzung, bewältigt werden.

*2)Selbst und Selbstbild:* Die meisten Patientinnen fühlen sich unsicher bezüglich der eigenen Identität und Integrität. Oftmals ist auch das Körperbild gestört. „Die Patientinnen berichten über negative Kognitionen und Empfindungen, äußern Hass und Ekel oder sehen den Körper als völlig getrennt von sich selbst.“ (Haaf, Pohl, Deusinger & Bohus, 2001, p. 246). Haaf et al. (2001) konnten zeigen, daß Frauen mit Borderlinestörung negativere Einschätzungen ihrer Körperkonzepte zeigten als gesunde Frauen und als Frauen mit der Diagnose einer Bulimie. Sie stellten außerdem fest, daß das negative Körperbild der Patientinnen unabhängig von der komorbid Diagnose einer Essstörung, dem Ausmaß an Dissoziation und berichtetem sexuellen Mißbrauch in der Kindheit bestand und mit Selbstkonzepten aus anderen Bereichen des Selbst korrelierte.

*3)Psychosoziale Integration:* Borderline-Patientinnen fühlen sich oft isoliert, einsam und „anders als alle anderen“. In zwischenmenschlichen Bereichen zeigen sich häufig Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation. Eine große Rolle dabei spielen die Angst davor, verlassen zu werden und die Angst davor, dem anderen ausgeliefert zu sein.

*4)Kognitive Funktionsfähigkeit:* Viele Patientinnen berichten über dissoziative Symptome, wie Derealisations- und Depersonalisationserleben. Hinzu kommen häufig Flashbacks von traumatisierenden Ereignissen. Einige Patientinnen erleben auch Pseudohalluzinationen.

5) *Verhaltensebene*: Das häufigste dysfunktionale Verhaltensmuster sind Selbstverletzungen, wie Schneiden und Brennen der Haut oder Schlagen des Kopfes gegen eine Wand. Hinzu kommen oftmals Hochrisikoverhalten und Störungen des Eß- und Trinkverhaltens.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine häufig vorkommende psychische Erkrankung, deren Punktprävalenz mit etwa 1.2% angegeben werden kann, wobei Frauen mit 70% weitaus häufiger betroffen sind als Männer (Bohus, 2002).

## 1.2 Scham

Um den Begriff Scham näher definieren zu können, ist vor allem die Abgrenzung gegenüber dem Begriff Schuld wichtig. Während „Schuldgefühle bewirken, daß ich mir als <<schlechter Mensch>> vorkomme, weil ich etwas getan, vielleicht auch nur gedacht oder beabsichtigt habe, was ich nicht hätte tun *sollten*.“ (Jacoby, 1991, p. 13), bezieht sich Scham „weitgehend darauf, wie meine Person in ihrem gesamten Dasein bewertet oder – genauer – entwertet wird, und zwar nicht nur von anderen, sondern auch von mir selbst.“ (Jacoby, 1991, p. 15). „Auf jeden Fall ist mit dem Gefühl der Scham jeweils ein Verlust an Selbstachtung verknüpft, während der Schuldige auf Wiedergutmachung seines Verstoßes hoffen kann.“ (Jacoby, 1991, p. 15). Scham stellt sich also „dann ein, wenn Selbstachtung, das Gefühl unseres Selbstwertes, angegriffen oder in Zweifel gezogen wird – sei es von Seiten der Umwelt oder von uns selber.“ (Jacoby, 1991, p. 16). Gilbert (1998) unterscheidet zwischen externaler (von der Umwelt ausgehender) und internaler (von uns selber ausgehender) Scham. Eine weitere wichtige Unterscheidung ist die zwischen momentaner Scham und Schamneigung. Momentane Scham wird vor allem durch plötzlich eintretende körperliche Reaktionen, wie Schwitzen und Erröten, deutlich. Hinzu kommen das Vermeiden von Augenkontakt (Kaufman, 1980), der Wunsch sich zu verstecken (Lewis, 1971) und die Tendenz zu fliehen. Schamneigung hingegen ist die Prädisposition einer Person dazu, sich selbst, in seinem gesamten Dasein, für negative Erfahrungen zu entwerten (Tangney, 1990) oder die Neigung dazu Scham chronisch zu empfinden—als ein ständig weitergehendes, persistierendes Erleben (Harder & Zalma, 1990). Tangney (1990) beschreibt neben Schuld und Scham auch Externalisierung und emotionale Unberührtheit (detachment/unconcern) als Reaktionen auf eigenes Fehlverhalten. Externalisierung sieht sie als eine defensive Strategie, um die schmerzhafte Emotion Scham abzuwehren: „what a horrible person I am ... and how could you make me feel that way!“ (Tangney, 1990, p.105). Emotionale Unberührtheit ist ähnlich wie Externalisierung die Haltung, selbst nicht verantwortlich zu sein, mit dem Unterschied, daß nicht andere Personen, sondern das Schicksal oder die Situation an sich verantwortlich gemacht werden.

### **1.3 Stigmatisierung, Selbst-Stigmatisierung und verwandte Konstrukte**

Rüsch, Angermeyer und Corrigan (2005) beschreiben folgendes Konzept zum Stigma psychischer Erkrankungen, das von Corrigan (2000) und Link & Phelan (2001) entwickelt wurde: In unserer Gesellschaft existieren negative *Stereotypen*, also verallgemeinernde Meinungen, über Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Charakterschwäche, Inkompétence und Gefährlichkeit. Stimmt eine Person diesen Stereotypen zu oder reagiert mit negativen Emotionen auf die Gruppe der Stigmatisierten, z. B. mit Angst vor Menschen mit psychischen Erkrankungen, handelt es sich um ein *Vorurteil*. Solche Vorurteile führen oftmals zu Diskriminierung als Verhaltensreaktion, z. B. Benachteiligung bei Vermietung oder Arbeitsplatzvergabe. Wenden nun Menschen mit psychischen Erkrankungen diese stigmatisierenden Einstellungen gegen sich selbst (*self-concurrence*) und reagieren daher mit Selbstwertminderung, spricht man von *Selbst-Stigmatisierung*. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die die existierenden Stereotypen kennen und ihnen zustimmen, reagieren oftmals mit Selbstdiskriminierung auf diese Selbstvorurteile. So kann beispielsweise das Selbstvorurteil, nichts erreichen zu können, da er eine psychische Erkrankung habe, den Patienten dazu bringen, sich selbst zu diskriminieren, indem er die Suche nach Arbeit oder Wohnung aufgibt. Die Furcht vor Stigma und Selbst-Stigmatisierung kann auch zu weniger *Krankheitsakzeptanz* und damit zur Entscheidung, keine Therapie zu beginnen oder sie vorzeitig abzubrechen, führen. Es sind verschiedene Bewältigungsmechanismen bekannt, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen mit Stigmatisierung und Selbst-Stigmatisierung umgehen. *Sozialer Rückzug* oder *Geheimhaltung* der Erkrankung sind belastend und verschlechtern die Situation der Erkrankten mehr als sie sie verbessern. *Edukation* anderer, also die Verbreitung von Informationen über die eigene Erkrankung, hingegen kann zu gesteigertem Selbstwert führen und helfen, Stigmatisierung zu reduzieren. *Selbstbestimmung (empowerment)* und *Selbstwirksamkeitserwartung* werden als das Gegenteil von Selbst-Stigmatisierung angesehen. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die durch Vorurteile nicht wesentlich eingeschränkt sind, sind stärker in der Lage, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und trauen sich selbst mehr zu, was wiederum zu einem gesteigerten Selbstwert führt.

### **1.4 Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)**

Die DBT wurde von Linehan ursprünglich als ambulante Therapie entwickelt. Aufgrund fehlender ambulanter Ressourcen wurde an der Universitätsklinik Freiburg das im folgenden beschriebene stationäre Konzept für die DBT entwickelt (Bohus & Barthruff, 2000): Die Therapie dauert zwölf Wochen und ist in drei Stufen gegliedert.: Die **erste Stufe** (1. bis 3. Woche) ist die Vorbereitungsphase. Sie beinhaltet die Diagnostik, Aufklärung über das Störungsbild und über die Behandlungskonzeption, sowie einen Non-Suizidvertrag. Nach einer kurzen Anamnese werden

gegebenenfalls der letzte Suizidversuch und der letzte Therapieabbruch mittels einer Verhaltensanalyse analysiert. Anschließend erfolgt die Behandlungsplanung. Es werden zunächst zwei vorrangige Behandlungsziele festgelegt, die die Patientin dem gesamten Team vorstellt. In der **zweiten Stufe** (4. bis 9. Woche) sollen diese Behandlungsziele durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Module erreicht werden. In der *Bezugsgruppe* bestimmen die Patientinnen in Absprache mit dem Team gemeinsam die Regeln und es werden Patinnen, also Ansprechpartnerinnen, für die neuen Patientinnen gewählt. In der *Einzeltherapie* hilft der Therapeut der Patientin die Ressourcen der Station maximal für das Erreichen ihrer Ziele zu nutzen. Im *Fertigkeitentraining* werden der Patientin die Fertigkeiten aus den vier Modulen Innere Achtsamkeit, Streßtoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschliche Fertigkeiten vermittelt, die für sie am notwendigsten sind, um rasch Veränderungen zu erzielen. Das *Pflegeteam* hält die Balance zwischen Drängen auf Veränderung und Fürsorge. Die Bezugspflege ist Ansprechpartner für die Patientin und hilft ihr, Fertigkeiten zu trainieren. Die *Basisgruppe* dient der Aufklärung über die Erkrankung und der Klärung von interaktionellen Phänomenen innerhalb der Bezugsgruppe. Die Ziele der *Körpertherapie* sind eine verbesserte Körperwahrnehmung, das Erlangen von Fertigkeiten zur Spannungsregulation, sowie Akzeptanz und Nutzung von Aggression. Die *Teamsitzung* dient dem Vorstellen von Behandlungszielen, der gemeinsamen Steuerung des Therapieverlaufs sowie der Koordination der Module. Die **dritte Stufe** (10. -12. Woche) ist die Vorbereitung auf die Entlassung. Sie umfaßt Übernachtungstrainings, Expositionstrainings und die Planung der ambulanten Weiterbehandlung.

Zur Wirksamkeit der DBT liegen kontrollierte-randomisierte Studien von unabhängigen Forscherteams vor (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004): Linehan, Armstrong, Suaresz, Allmond & Heard (1991) zeigten die Effektivität der ambulanten Therapie in einer kontrolliert-randomisierten Studie. Borderline-Patientinnen, die chronisch parasuizidal waren wurden ein Jahr lang nach DBT (N=24) oder nach Treatment as usual (TAU; N=22) behandelt. Patientinnen aus der DBT-Gruppe zeigten signifikant weniger parasuizidales Verhalten, mußten signifikant weniger Tage stationär aufgenommen werden und brachen signifikant seltener die Therapie ab als Patientinnen aus der TAU-Gruppe. Es ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, oder Lebensmotivation. Verheul et al. (2003) zeigten die Wirksamkeit der stationären Therapie in einer kontrolliert-randomisierten Studie. Borderline-Patientinnen wurden ein Jahr lang nach DBT (N=31) oder TAU (N=33) behandelt. Patientinnen aus der DBT-Gruppe brachen signifikant seltener die Therapie ab und zeigten signifikant weniger selbstverletzendes Verhalten. Es konnte festgestellt werden, daß Patientinnen, die sich häufiger selbstverletzten, weitaus mehr von der DBT profitierten als Patientinnen, die sich seltener selbstverletzten. Bohus et al. (2004) zeigten die Effektivität der

12-wöchigen stationären Therapie in einer kontrollierten Studie. Sie verglichen die Gruppe der Borderline-Patientinnen, die an der 12-wöchigen DBT in der Freiburger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik teilnahmen, (N=31) mit der Gruppe der Borderline-Patientinnen, die auf der Warteliste standen (N=19). Die Patientinnen auf der Warteliste wurden nach TAU (stationär und / oder ambulant) behandelt. Während Patientinnen auf der Warteliste sich in keinem der Outcomemaße verbesserten, zeigten Patientinnen aus der DBT-Gruppe signifikant weniger selbstverletzendes Verhalten und signifikante Verbesserungen in acht von neun Outcomemaßen, darunter Angstneigung, Depressivität, Dissoziation, interpersonelle Fertigkeiten, soziale Anpassung und allgemeine Psychopathologie. Während keine der Patientinnen auf der Warteliste klinisch signifikante Besserung zeigte, war dies bei 41.9% der Patientinnen, die nach DBT behandelt wurden, der Fall.

## **1.5 Therapieabbruch**

Hohe Therapieabbruchquoten bei Borderline-Patientinnen sind bekannt. Skodol, Buckley und Charles (1983) beschreiben, daß 67% der Patientinnen, die an einer ambulanten Therapie in einer psychiatrischen Klinik teilnahmen, die Therapie innerhalb der ersten drei Monate abbrachen. Sie stellten außerdem fest, daß es sich bei den Therapieabrecherinnen um Patientinnen handelte, die schon öfter in psychiatrischer Behandlung gewesen waren und die eine ernsthafte Symptomatik zeigten. Waldinger und Gunderson (1984) fanden heraus, daß 54% der Patientinnen, die an einer ambulanten Therapie bei niedergelassenen Ärzten teilnahmen, innerhalb der ersten sechs Monate die Therapie abbrachen. Gunderson et al. (1989) fanden eine Therapieabbruchrate von 60% innerhalb der ersten sechs Monate einer stationären Therapie. Im Gegensatz zu Skodol et al. (1983) waren die Patientinnen, die die Therapie abbrachen, jedoch weniger krank als diejenigen, die in stationärer Behandlung blieben. In der DBT liegen die Abbruchquoten niedriger. In der ambulanten DBT zeigten sich Abbruchquoten von 17 % (Linehan et al., 1991) und 37% (Verheul et al., 2003) innerhalb eines Jahres. In der stationären DBT an der Universitätsklinik Freiburg fanden Bohus et al. (2004) eine Abbruchquote von 22% innerhalb von zwölf Wochen.

Über die Gründe der hohen Therapieabbruchraten ist wenig bekannt. Gunderson et al. (1989) befragten Therapieabrecherinnen. Die häufigsten Antworten waren, daß Patientinnen sich durch die Therapie schlechter fühlten, andere Vorstellungen von der Therapie hatten als ihre Therapeuten und ihre Therapeuten als nicht verständnisvoll und kalt erlebten. Die Befragung der Therapeuten ergab, daß die Therapie mit diesen Patientinnen oftmals nicht fortgesetzt werden konnte, weil die Patientinnen Probleme verneinten, deren Wahrnehmung nach Meinung der Therapeuten für eine sinnvolle Therapie unerlässlich war. Einige Patientinnen verließen die Klinik

aus familiären Gründen, und einige Patientinnen verließen die Klinik wegen starker Spannungen mit Mitpatientinnen.

## **1.6 Zielsetzung der Arbeit**

Ziel dieser Arbeit ist festzustellen, in welcher Weise Patientinnen von der zwölfwöchigen stationären Therapie profitieren. Neben Veränderungen in der Psychopathologie geht es dabei vor allem auch darum herauszufinden, ob Schamneigung, momentane Scham und Selbst-Stigmatisierung sich im Laufe der Therapie verbessern. Des Weiteren soll festgestellt werden, ob sich der Therapieerfolg durch Psychopathologie, Schamneigung, Selbst-Stigmatisierung und verwandte Konstrukte zu Therapiebeginn prädizieren lässt. Im letzten Teil der Arbeit wird untersucht, in welchen Merkmalen sich die Patientinnen, die die Therapie abbrachen, von denen, die sie zu Ende führten, unterscheiden und durch welche dieser Merkmale sich ein Therapieabbruch voraussagen lässt.

## **1.7 Hypothesen**

Die **erste Hypothese** ist, daß eine geringe Schamneigung ein positives Therapieoutcome prädiziert. Stiles (1995) beschreibt in einem Review eine Anzahl von Studien, die zu dem Ergebnis kommen, daß für viele Formen der Psychotherapie ein starkes „Sich Öffnen“ der Patienten notwendig ist, und daß das „Sich Öffnen“ der Patienten mit einem guten Therapieoutcome korreliert. Macdonald und Morley (2001) konnten zeigen, daß dieses „Sich Öffnen“ oft durch Scham verhindert wird. Zunächst stellten sie fest, daß es psychiatrischen Patienten schwerer fällt, über ihre Gefühle zu sprechen als Gesunden. Patienten und Gesunde führten ein Tagebuch, in dem sie ihre Gefühle beschrieben und darüber berichteten, ob sie jemandem von ihren Gefühlen erzählt hatten. Die Patienten verschwiegen 68% der von ihnen aufgezeichneten Emotionen, wohingegen die Gesunden nur 10% ihrer Gefühle für sich behielten. Außerdem wurde untersucht, inwieweit dieses Verhalten mit Scham zusammenhing. In 65% der Fälle, in denen Gefühle niemandem mitgeteilt worden waren, wurde die Frage „War der Gedanke daran, jemandem davon zu erzählen, mit Scham verbunden?“ mit ja beantwortet. Handelte es sich bei der verschwiegenen Emotion um Scham, waren es sogar 91%. Dies zeigt deutlich, daß das für die Psychotherapie so wichtige „Sich Öffnen“ durch eine starke Schamneigung verhindert werden kann, was zu einem schlechteren Therapieoutcome führt. Swan und Andrews (2003) fragten 68 Frauen mit Essstörungen, die schon einmal in stationärer Therapie waren, ob sie ihrem Therapeuten Informationen über sich selbst oder über ihr Essverhalten verschwiegen hätten. Dies war bei 42% der Frauen der Fall. Beim Vergleich der beiden Gruppen ließ sich feststellen, daß Frauen, die Informationen über sich selbst für sich behalten hatten, signifikant mehr charakterliche Scham zeigten (d.h. sie schämten sich für

persönliche Gewohnheiten, ihren Umgang mit anderen, ihre Persönlichkeit und ihre persönlichen Fähigkeiten.) als Patientinnen, die angaben, ihrem Therapeuten keine Informationen über sich selbst verschwiegen zu haben. Auch Zaslav (1998) beschreibt die Relevanz von Scham in Psychopathologie und Psychotherapie. Er sieht nicht nur das Problem des „Sich Nicht-Öffnens“, sondern beschreibt auch in Zusammenhang mit Scham auftretende Phänomene wie Ärger, Paranoia, Neid, Selbstvorwürfe oder Beschuldigung anderer, die die Psychotherapie erschweren.

In der vorliegenden Studie wird davon ausgegangen, daß Scham einen negativeren Effekt auf das Therapieoutcome hat als Angst, und daher ein niedriger IAT-Wert eine Verbesserung prädiziert. Angst hat zwar vermutlich auch negative Auswirkungen auf die Therapie (siehe Hypothese acht), anders jedoch als bei der Emotion Scham, fällt es den Patientinnen vermutlich leichter über die Emotion Angst zu sprechen, so daß Angst in der Therapie ein nicht so großes Problem wie Scham darstellt. Während mit dem TOSCA-3 Schamneigung explizit gemessen wird, wird mit dem IAT die Assoziation Scham relativ zur Assoziation Angst implizit gemessen. Während die explizite Messung nur das messen kann, worüber die Patientin sich selbst bewußt ist, und oftmals durch Selbstpräsentation beeinflußt wird, kann der IAT über die implizite Messung von Assoziationen auch kognitive Strukturen aufdecken, über die sich die Patientin nicht bewußt ist, die jedoch ihr Verhalten automatisch beeinflussen (De Houwer, 2002). Daher wird angenommen, daß eine geringe Assoziation von „Selbst“ zu „Scham“ prädiktiv für den Therapieerfolg ist.

Die **zweite Hypothese** ist, daß eine geringe Neigung, mit emotionaler Unberührtheit (TOSCA-3) auf eigenes Fehlverhalten zu reagieren, ein Prädiktor für ein positives Therapieoutcome ist. Es wird davon ausgegangen, daß Patientinnen, die wenig Empathie zeigen, auch weniger dazu in der Lage sind, Verantwortung für sich zu übernehmen, was ein wichtiger Bestandteil der DBT ist. Beispiele für Eigenverantwortlichkeit in der Therapie sind der Therapievertrag und die Verhaltensanalyse (siehe Abschnitt 1.4). Eine der therapeutischen Grundannahmen der DBT heißt: „Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selber lösen.“ (Bohus, 2002, p. 19). Für Patientinnen, die jedoch für eigenes Fehlverhalten keine Verantwortung übernehmen, sondern es allein auf äußere Umstände zurückführen, dürfte es schwierig sein, mit dieser Grundannahme zurechtzukommen.

Die **dritte Hypothese** ist, daß wenig wahrgenommene Diskriminierung (PSQ) und geringe Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (SSMIS) ein positives Therapieoutcome prädizieren. Dinos et al. (2004) führten Interviews mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und fanden dabei heraus, daß wahrgenommenes Stigma und offene Diskriminierung gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen Leiden verursachen und Patienten daran hindern, über

ihre Schwierigkeiten zu sprechen. Außerdem beeinflußt wahrgenommenes Stigma, wie eine psychiatrische Diagnose akzeptiert wird, ob die Therapie fortgesetzt wird und könnte auch die Chancen auf Heilung reduzieren (Dinos et al., 2004).

Die **vierte Hypothese** ist, daß viel Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu einem verbesserten Therapieoutcome führt. Da die DBT aktive Beteiligung, Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung der Patientin für die Therapie voraussetzt, ist anzunehmen, daß Patientinnen mit einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung weniger von der Therapie profitieren werden. Therapeutische Grundannahme der DBT ist: „Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.“ (Bohus, 2002, p. 19) und „Bordeline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten, und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht.“ (Bohus, 2002, p. 19).

Die **fünfte Hypothese** ist, daß viel Krankheitsakzeptanz und wenig Vermeidungsneigung eine Verbesserung prädiziert. Daher wird davon ausgegangen, daß ein geringer AAQ-Wert ein Prädiktor für ein positives Therapieoutcome ist. Nur wer seine Erkrankung realisiert und akzeptiert, ist in der Lage, seine Verhaltensweisen zu verändern. Wer hingegen seine Probleme verdrängt, anstatt sich ihnen zu stellen, wird weniger von der Therapie profitieren. Auch Krankheitsakzeptanz ist ein wichtiger Bestandteil der DBT: „Der erste Schritt in die Veränderung eines aktivierten dysfunktionalen kognitiv-emotionalen Schemas ist immer die innere Distanz: ‚Ich bin nicht mein Gefühl, ich habe ein Gefühl – ist dieses Gefühl jetzt gerade angemessen oder nicht?‘“ Dieser Satz wird die ganze Therapie begleiten. Der erste Schritt zur inneren Distanzierung aber ist die Akzeptanz. Erst wenn ich anerkenne, daß die Situation jetzt so ist, wie sie ist und nicht anders, kann ich mich von ihr distanzieren und sie aktiv gestalten. „Dies ist jetzt eine Panikattacke.“ „Was kann ich tun, um mit auftauchender Angst adäquat umzugehen?“. Akzeptanz bedeutet nicht, die Situation gut oder negativ zu heißen, sondern schlicht deren Existenz festzustellen.“ (Bohus, 2002, p. 24).

Die **sechste Hypothese** ist, daß wenig Feindseligkeit (BSL) ein positives Therapieoutcome prädiziert, da man davon ausgeht, daß Patientinnen, die stark externalisieren, weniger von der Therapie profitieren. Feindseligkeit ist als typisches Problemverhalten von Seiten der Patientinnen beschrieben: „Bedrohung des Therapeuten oder von Mitgliedern seiner Familie – Aggressives Auftreten während der Therapiestunde“ (Bohus, 2002, p. 41).

Die **siebte Hypothese** ist, daß wenig Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90-R) eine Verbesserung prädiziert. In der stationären Behandlung spielt die Gruppendynamik und die Beziehung der

Patientinnen untereinander eine große Rolle: „Die Unterstützung von ‚erfahreneren‘ Mitpatientinnen als ‚Patinnen‘ hat sich sehr bewährt.“ (Bohus, 2002, p. 101). „Zunächst sei nochmals darauf hingewiesen, daß entgegen weit verbreiteter Vorurteile Borderline-Patientinnen sich häufig sehr gut verstehen und sich ausgesprochen kompetent unterstützen können.“ (Bohus, 2002, p. 104). Fällt diese Unterstützung durch Mitpatientinnen weg, da Patientinnen unter Unsicherheit im Sozialkontakt leiden, ist von einem schlechteren Therapieoutcome auszugehen.

Die **achte Hypothese** ist, daß eine geringe Angstneigung (STAI-X2) eine Verbesserung prädiziert. Mehrere Studien konnten zeigen, daß Patienten mit Major Depression, die auch an Angstneigung litten, depressiver und schwerer beeinträchtigt waren (Brown, Schulberg, Madonia, Shear, & Houck, 1996) (Joffe, Bagby & Levitt, 1993). Ebenso wiesen sie schlechtere Kurz- und Langzeittherapieerfolge auf (Clayton et al., 1991) (Coryell, Endicott & Winokur, 1992) und nahmen psychologische oder medizinische Behandlung öfter in Anspruch (Vollrath & Angst, 1989). Feske, Frank, Kupfer, Shear und Weaver (1998) fanden heraus, daß Frauen mit einer rezidivierenden Major Depression, die nach Interpersoneller Psychotherapie (IPT) keine Besserung zeigten, höhere Werte in somatischer Angstneigung zeigten als Frauen, die auf die IPT ansprachen. In der vorliegenden Studie wird davon ausgegangen, daß Angstneigung auch bei Borderline-Patientinnen Auswirkungen auf den Therapieerfolg der DBT haben wird.

Die **neunte Hypothese** ist, daß Patientinnen ohne Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) stärker von der Therapie profitieren, so daß das Fehlen einer PTBS-Diagnose ein positives Therapieoutcome prädiziert. 40-71% der stationären Patientinnen berichten von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit (Lieb et al., 2004). In der untersuchten Längsschnittsgruppe war ein sexueller Mißbrauch in der Vorgeschichte in 48% der Fälle bekannt. Jedoch nur bei 36% der Patientinnen wurde eine PTBS diagnostiziert. Die Posttraumatische Belastungsstörung beinhaltet traumaassoziierte Schemata, die die Therapie negativ beeinflussen. „Zu den traumaassoziierten Schemata gehören Kognitionen, Emotionen, sensorische Wahrnehmungen, physiologische Reaktionsmuster und Handlungsentwürfe, deren Entstehung und Aufrechterhaltung entweder direkt mit dem Trauma oder mit der Bewältigung des Traumas verknüpft sind.“ (Bohus, 2002, p. 46). Schemakonformes Verhalten, Vermeidungsverhalten, und Schemakompensation führen zu Problemen in der Behandlung.

Die **zehnte Hypothese** ist, daß Abbrecher und Nicht-Abbrecher sich durch bestimmte Merkmale charakterisieren lassen und daß sich Therapieabbruch durch diese Merkmale prädizieren läßt.

In der Literatur sind verschiedene Typen von Borderline-Patienten beschrieben, die sich auch in ihrem Abbruchverhalten unterscheiden:

Linehan (1993) beschrieb Borderline-Patienten entweder als „anhänglich“ (diejenigen, die schnelle und intensive Beziehungen eingehen) oder als „schmetterlingsähnlich“ (diejenigen, die Schwierigkeiten zu haben scheinen sich zu binden und statt dessen in die Therapie „hinein- und hinausflattern“, wie auch in Beziehungen im allgemeinen). Diese „schmetterlingsähnlichen“ Patienten neigen dazu, eine geringere und unbeständige therapeutische Beziehung zu haben. Leihener et al. (2003) charakterisierten diese Patientinnen genauer als autonomen Typen (im Gegensatz zum dependenten Typen): Sie zeigten hohe Werte in den Eigenschaften zu abweisend/kalt und zu autokratisch/dominant, und niedrige Werte in den Eigenschaften zu ausnutzbar/nachgiebig, und zu selbstunsicher/unterwürfig. Diese Patientinnen beschrieben sich selbst als sozial vermeidend und abweisend und fanden es schwierig, sich jemandem nahe zu fühlen oder Zuneigung zu zeigen. Gleichzeitig charakterisierten sie sich auch als nicht genügend gefällig und unterwürfig und zu sehr damit beschäftigt, eine Grenze zu anderen zu ziehen, um Intimität zu vermeiden.

Whewell, Ryman, Bonanno und Heather (2000) unterteilen Borderline-Patienten in vier Subtypen: einen externalisierenden, einen ruhigen internalisierenden, einen kombinierten und einen undifferenzierten Typ. Die Unterteilung in diese Typen entstand durch eine Faktorenanalyse des Screening Test for Comorbid Personality Questionnaire (Dowson & Berrios, 1991). Vor allem affektive Instabilität und Wut luden auf dem Faktor, den sie externalisierenden Typ nannten, vorwiegend Impulsivität, Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten und Angst vor dem Verlassenwerden luden auf dem Faktor, den sie als ruhigen internalisierenden Typen bezeichneten.

Wir vermuten, daß Abbrecher eher zu Scham neigen als Nicht-Abbrecher, da Scham die Psychotherapie erschwert (siehe Hypothese eins) und Scham oftmals mit einer unüberlegten Fluchtreaktion verbunden ist.

Ebenso ist anzunehmen, daß viel Stigmatisierung und Selbst-Stigmatisierung zum Therapieabbruch führen (Rüscher et al., 2005).

Es ist wahrscheinlich, daß Patientinnen, die Schwierigkeiten haben ihre Krankheit zu akzeptieren, die Therapie eher abbrechen. Die Therapeuten, die Gunderson et al. (1989) zu Therapieabbruch befragten, sahen die Ursache vor allem darin, daß Patientinnen sich den Problemen nicht stellen wollten, deren Wahrnehmung wichtig für die Therapie war.

Da Gunderson et al. (1989) herausfanden, daß Borderline-Patienten, die die Therapie abbrachen, im Durchschnitt gesünder waren als Borderline-Patienten, die die Therapie fortsetzen, ist zu vermuten, daß Abbrecher weniger Psychopathologie, mehr Lebensqualität und weniger Suizidalität als Nicht-Abbrecher aufweisen.

In die Prädiktion des Therapieabbruches wurde die binäre Variable eines aktuellen Alkohol- oder Substanzmißbrauchs zusätzlich zu den Merkmalen, in denen sich Abbrecher von Nicht-Abbrechern unterschieden, als möglicher Prädiktor aufgenommen, da einige Patientinnen die Therapie nicht von sich aus abbrachen, sondern aufgrund von Alkohol- oder Drogenmißbrauch die Klinik verlassen mußten. Im Behandlungsvertrag steht ausdrücklich: „Die Teilnahme an der Gruppe unter Einfluß von Drogen und Alkohol ist nicht erlaubt.“ (Bohus, 2002, p. 128).

## 2. Methodik

### 2.1 Stichprobenbeschreibung

Die 60 Patientinnen dieser Studie wurden in den Jahren 2003 und 2004 an der Freiburger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie sowie an der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Spezialklinik für Frauen Meissenberg in Zug (Schweiz) behandelt. Die Patientinnen beider Kliniken wurden nach demselben therapeutischen Konzept, der stationären DBT, behandelt. Daher ist es sinnvoll, die 30 Patientinnen aus Freiburg und die 30 Patientinnen aus Zug in einer Stichprobe zusammenzufassen. Einschlußkriterien für die Studie waren die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, Alter zwischen 18 und 50 Jahren, weibliches Geschlecht und Vorlage einer schriftlichen Einwilligung der Patientin nach Aufklärung. Ausschlußkriterien waren die Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder Bipolar-I-Störung, Intelligenzminderung, akute Suizidalität und Geschäftsunfähigkeit. Die wichtigsten demographischen und erkrankungsbezogenen Daten werden im folgenden dargestellt.

#### 2.1.1 Die Querschnittsgruppe

Die 60 Patientinnen waren durchschnittlich fast 28 Jahre alt und hatten etwa zehn ein halb Jahre die Schule besucht (Tab. 2.1).

Tab. 2.1 Demographische Daten der Querschnittsgruppe

	Patientinnen der Querschnittsgruppe, N=60
Schulisches Abschlußniveau in Jahren (SD)	10.42 (1.49)
Alter in Jahren (SD)	27.82 (6.9)

In Tab. 2.2 werden die Diagnosen nach dem Mini Internationalen Neuropsychiatrischen Interview (M.I.N.I) dargestellt. Die bei BPD-Patientinnen häufig auftretenden Komorbiditäten waren mit einer Major Depression von ca. 40 %, einer Posttraumatischen Belastungsstörung von ebenfalls ca. 40%, einer Bulimia nervosa von rund 30% und einem Alkoholmißbrauch von etwa 35% vertreten.

Tab. 2. 2 Diagnosen der Querschnittsgruppe

	Patientinnen der Querschnitts- gruppe, N=60
Episode einer Major Depression aktuell (%)	41.7
Episode einer Major Depression früher (%)	61.7
Episode einer Major Depression mit melancholischen Merkmalen aktuell (%)	15.0
Dysthymie aktuell (%)	8.3
Hypomanische Episode aktuell (%)	5.0
Hypomanische Episode früher (%)	13.3
Panikstörung ohne Agoraphobie aktuell (%)	3.3
Panikstörung mit Agoraphobie aktuell (%)	15.0
Agoraphobie ohne Panikstörung aktuell (%)	8.3
Soziale Phobie aktuell (%)	16.7
Zwangsstörung aktuell (%)	8.3
Posttraumatische Belastungsstörung aktuell (%)	38.3
Alkoholabhängigkeit aktuell (%)	15.0
Alkoholmißbrauch aktuell (%)	35.0
Substanzabhängigkeit aktuell (%)	15.0
Substanzmißbrauch aktuell (%)	16.7
Psychotische Episode aktuell (%)	5.0
Psychotische Episode früher (%)	18.3
Anorexia nervosa aktuell (%)	5.0
Anorexia nervosa „Binge-Eating/Purging“-Typus aktuell (%)	6.7
Bulimia nervosa aktuell (%)	31.7
Generalisierte Angststörung aktuell (%)	16.7
Antisoziale Persönlichkeitsstörung „Lifetime“ (%)	1.7

Nach Selbstauskunft der Patientinnen stellte sich heraus, daß sie im Durchschnitt etwa vier Suizidversuche, sowie etwa fünf psychiatrisch stationäre Voraufenthalte in ihrer Vorgeschichte hatten. Nach Auskunft der behandelnden Therapeuten lag ein sexueller Mißbrauch in ca. 48%, sonstiger Mißbrauch in 30% und eine frühere Eßstörung in 60% der Fälle vor (Tab. 2.3).

Tab. 2. 3 Psychiatrische Vorgeschichte der Querschnittsgruppe

	Patientinnen der Querschnittsgruppe, N=60
Anzahl der psychiatrischen stationären Voraufenthalte (SD)	4.53 (4.80)
Anzahl der Suizidversuche (SD)	3.95 (4.43)
Sexueller Mißbrauch (%)	48.3
Sonstiger Mißbrauch (%)	30.0
Eßstörung früher (%)	60.0

Als aktuelle Krankheitsmerkmale wurden die Anzahl der BPD-Kriterien, im Durchschnitt etwa sieben, und der Anteil der Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten, ca. 93% (56 von 60), erhoben. Diese 56 Patientinnen verletzten sich durchschnittlich zehnmal pro Monat, wobei Schneiden mit rund 80% die häufigste Art der Selbstverletzung war (Tab. 2.4).

Tab. 2. 4 Aktuelle Krankheitsmerkmale der Querschnittsgruppe

	Patientinnen der Querschnittsgruppe, N=60
Anzahl der BPD-Kriterien von 9 (SD)	7.05 (0.91)
Anteil der Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten (%)	93.3
N=56	
Schneiden (%)	82.1
Schlagen (%)	30.4
Brennen (%)	25.0
Sonstige Selbstverletzungsarten (%)	33.8
Häufigkeit von Selbstverletzungsverhalten pro Monat (SD)	10.28 (15.19)

80% der Patientinnen erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung Psychopharmaka. Am häufigsten waren Antidepressiva mit rund 80%, Sedativa mit rund 45% und atypische Neuroleptika mit rund 40%. Außerdem erhielt knapp ein Drittel das Amphetamin Methylphenidat (Tab. 2.5).

Tab. 2. 5 Medikation der Querschnittsgruppe

	Patientinnen der Querschnittsgruppe, die Medikamente erhielten N=48 (80% der Querschnittsgruppe)
Antidepressiva (%)	81.3
Methylphenidat (%)	29.2
Mittel- und/oder hochpotente Neuroleptika (%)	2.1
Atypische Neuroleptika (%)	39.6
Stimmungsstabilisierer (%)	16.7
Sedativa und/oder niederpotente Neuroleptika (%)	43.8
Sonstige Psychopharmaka (%)	6.3

## 2.1.2 Die Längsschnittsgruppe

Von den 60 Patientinnen brachen 19 die Therapie ab, was 31.7% entspricht. Von den 41 Patientinnen, die die Therapie regulär beendeten, wurden 25 nach zehn Wochen ein zweites Mal untersucht, 17 davon in Freiburg und acht in Zug. Die Patientinnen der Längsschnittsgruppe waren im Durchschnitt etwa 30 Jahre alt und hatten ca. zehn Jahre die Schule besucht. (Tab. 2.6).

Tab. 2. 6 Demographische Daten der Längsschnittsgruppe

	Patientinnen der Längsschnittsgruppe, N=25
Schulisches Abschlußniveau in Jahren (SD)	10.28 (1.49)
Alter in Jahren (SD)	29.52 (7.92)

In Tab. 2.7 werden die Diagnosen der Längsschnittsgruppe nach dem M.I.N.I dargestellt. Die bei BPD-Patientinnen häufig auftretenden Komorbiditäten waren mit einer Major Depression von 32%, einer Posttraumatischen Belastungsstörung von 36%, einer Bulimia nervosa von 32% und einem Alkoholmißbrauch von 28% vertreten.

Tab. 2. 7 Diagnosen der Längsschnittsgruppe

	Patientinnen der Längsschnitts- gruppe, N=25
Episode einer Major Depression aktuell (%)	32.0
Episode einer Major Depression früher (%)	76.0
Episode einer Major Depression mit melancholischen Merkmalen aktuell(%)	20.0
Dysthymie aktuell (%)	16.0
Hypomanische Episode aktuell (%)	4.0
Hypomanische Episode früher (%)	8.0
Panikstörung ohne Agoraphobie aktuell (%)	0
Panikstörung mit Agoraphobie aktuell (%)	16.0
Agoraphobie ohne Panikstörung aktuell (%)	4.0
Soziale Phobie aktuell (%)	12.0
Zwangsstörung aktuell (%)	8.0
Posttraumatische Belastungsstörung aktuell (%)	36.0
Alkoholabhängigkeit aktuell (%)	4.0
Alkoholmißbrauch aktuell (%)	28.0
Substanzabhängigkeit aktuell (%)	0
Substanzmißbrauch aktuell (%)	4.0
Psychotische Episode aktuell (%)	0
Psychotische Episode früher (%)	24.0
Anorexia nervosa aktuell (%)	0
Bulimia nervosa aktuell (%)	32.0
Anorexia nervosa „Binge-Eating/Purging“-Typus aktuell (%)	4.0
Generalisierte Angststörung aktuell (%)	8.0
Antisoziale Persönlichkeitsstörung „Lifetime“ (%)	0

Nach Selbstauskunft der Patientinnen stellte sich heraus, daß sie im Durchschnitt etwa fünf Suizidversuche, sowie etwa fünf psychiatrische stationäre Voraufenthalte in ihrer Vorgeschichte hatten. Nach Auskunft der behandelnden Therapeuten lag ein sexueller Mißbrauch in 48%, sonstiger Mißbrauch in 20% und eine frühere Eßstörung in 60% der Fälle vor (Tab. 2.8).

Tab. 2. 8 Psychiatrische Vorgeschichte der Längsschnittsgruppe

	Patientinnen der Längsschnittsgruppe, N=25
Anzahl der psychiatrischen Voraufenthalte (SD)	4.84 (4.51)
Anzahl der Suizidversuche (SD)	5.32 (5.45)
Sexueller Mißbrauch (%)	48.0
Sonstiger Mißbrauch (%)	20.0
Eßstörung früher (%)	60.0

Als aktuelle Krankheitsmerkmale wurden die Anzahl der BPD-Kriterien, im Durchschnitt etwa sieben, und der Anteil der Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten, 96% (24 von 25), erhoben. Diese 24 Patientinnen verletzten sich durchschnittlich etwa elfmal pro Monat, wobei Schneiden mit rund 80% die häufigste Form der Selbstverletzung war (Tab. 2.9).

Tab. 2. 9 Aktuelle Krankheitsmerkmale der Längsschnittsgruppe

	Patientinnen der Längsschnittsgruppe, N=25
Anzahl der BPD-Kriterien von 9 (SD)	7.12 (0.93)
Anteil der Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten (%)	96.0
	N=24
Schneiden (%)	79.2
Schlagen (%)	25.0
Brennen (%)	20.8
Sonstige Selbstverletzungsarten (%)	37.5
Häufigkeit von Selbstverletzungsver- halten pro Monat (SD)	10.85 (10.84)

Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung bekamen 80% der Längsschnittsgruppe Psychopharmaka, bei der zweiten Untersuchung nur noch 76%. Der Anteil der Patientinnen, die Methylphenidat erhielten, erhöhte sich von etwa einem Fünftel auf über ein Drittel. Sowohl der Anteil mit einer antidepressiven als auch mit einer sedativen Medikation ging nur leicht zurück. Die Häufigkeit der Medikation mit atypischen Neuroleptika veränderte sich kaum (Tab. 2. 10).

Tab. 2. 10 Medikation der Längsschnittsgruppe

	Patientinnen der Längsschnittsgruppe, die bei T1 Medikamente erhielten, N=20 (80% der Längsschnittsgruppe)	Patientinnen der Längsschnittsgruppe, die bei T2 Medikamente erhielten, N=19 (76% der Längsschnittsgruppe)
Antidepressiva (%)	80.0	73.7
Methylphenidat (%)	20.0	36.8
Mittel- und/oder hochpotente Neuroleptika (%)	0	5.3
Atypische Neuroleptika (%)	50.0	47.4
Stimmungsstabilisierer (%)	20.0	21.1
Sedativa und/oder niederpotente Neuroleptika (%)	55.0	42.1
Sonstige Psychopharmaka (%)	5.0	5.3

## 2.2 Meßinstrumente

### 2.2.1 Standardisierte Interviews

Das **M.I.N.I** wurde von Sheehan et al. (1998) entwickelt. Es wurde als ein kurzes strukturiertes Interview zur Erfassung der hauptsächlichen psychiatrischen Achse-I-Störungen im DSM-IV und ICD-10 konzipiert. Mehrere Studien konnten zeigen, daß das M.I.N.I annehmbar hohe Validierungs- und Reliabilitätswerte hat und in kurzer Zeit durchgeführt werden kann. In dieser Studie wurde es in der deutschen Version M.I.N.I 5.0.0/ICD-10-DSM-IV/ aktualisiert (1998) verwendet, um Komorbiditäten der Patientinnen zu erfassen.

Die **BPD-Kriterien** wurden durch das strukturierte, klinische Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (First, Spitzer & Gibbon, 1997), Subskala BPD, ermittelt.

## 2.2.2 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham

Die **Experiential Shame Scale** (ESS; Turner & Waugh, 2001; dt. Version von Rüscher & Brück) ist ein Fragebogen, der eine momentane Schamreaktion erfaßt. Die ESS besteht aus elf Items, die körperliche, emotionale und soziale Aspekte von Scham erfassen. Diese Items werden zu einem Gesamtwert zusammengefaßt. Turner und Waugh (2001) zeigten Konstrukt-Validität und interne Konsistenz ( $\alpha=.81$ ) der ESS. Sie korreliert signifikant positiv mit dem Success and Failure Affects (SFA)-Wort „ashamed“ ( $r=.74$ ) und dem Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ-2) ( $r=.74$ ). Außerdem konnte gezeigt werden, dass die ESS unempfindlich gegenüber sozialer Erwünschtheit ist, da die Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCDS; Reynolds, 1982) und die ESS nicht signifikant positiv korrelieren ( $r=.27$ ).

Der **Personal Feelings Questionnaire-2** (PFQ-2; Harder & Lewis, 1987; dt. Version von Rüscher & Brück) besteht aus 22 Items, aus denen zwei Werte, einer für die Scham- und einer für die Schuldneigung gebildet werden. Harder und Zalma (1990) zeigten seine interne Konsistenz (Scham,  $\alpha=.78$ ; Schuld,  $\alpha=.72$ ), seine Test-Retest-Reliabilität (Scham  $r=.91$ ; Schuld  $r=.85$ ) und seine Konstrukt-Validität: der PFQ-2-Schamwert korreliert signifikant positiv mit Depression ( $r=.41$ ), Selbstabwertung ( $r=.39$ ), sozialer Phobie ( $r=.23$ ), und öffentlicher Befangenheit ( $r=.30$ ); er korreliert signifikant negativ mit sozialer Erwünschtheit ( $r=-.28$ ). Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit Machiavellianismus ( $r=.01$ ). Der PFQ-2-Schuldwert korreliert signifikant positiv mit Depression ( $r=.39$ ), Selbstabwertung ( $r=.46$ ) und privater Befangenheit ( $r=.46$ ). Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit sozialer Phobie ( $r=.07$ ), Schüchternheit ( $r=.10$ ), Narzißmus ( $r=.02$ ), Machiavellianismus ( $r=-.09$ ) und sozialer Erwünschtheit ( $r=-.08$ ).

Die kurze Version des **Test of Self-Conscious Affect-3** (TOSCA-3; Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2000; dt. Version von Rüscher & Brück) besteht aus elf Szenarien, in denen eigenes Fehlverhalten beschrieben wird. Für jedes Szenario gibt es vier Reaktionsmöglichkeiten, die Scham, Schuld, Externalisierung und emotionaler Unberührtheit entsprechen. Die interne Konsistenz des TOSCA-3 konnte gezeigt werden (Scham,  $\alpha=.88$ ; Schuld,  $\alpha=.83$ ; Externalisierung,  $\alpha=.80$ ; emotionale Unberührtheit,  $\alpha=.77$ ). Daten zur Test-Retest-Reliabilität und zur Validität liegen nur zur ersten Version des TOSCA, dem Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI; Tangney, 1990), und zum TOSCA-2 (Tangney, Ferguson, Wagner, Crowley & Gramzow, 1996) vor. Der Tosca-2 wurde verbessert und der TOSCA-3 (Tangney et al., 2000), der aus 16 Szenarien besteht, entwickelt. Die kurze Version des TOSCA-3 zu verwenden ist legitim, da die Kurzversion gut mit der Vollversion korreliert (Scham,  $r=.94$ , Schuld,  $r=.93$ ).

Tab. 2. 11 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham

<b>Instrument</b>	<b>Konstrukt</b>	<b>Subskalen (Zahl der Items und Range)</b>	<b>Meßskalen</b>	<b>Richtung</b>
ESS	Momentane Schamreaktion	Gesamtwert (11; 1-7)	7 Punkte, Beurteilungsintervall wurde für die einzelnen Items individuell formuliert (von 1-7)	Je höher, desto stärker die Schamreaktion
PFQ-2	Scham- und Schuldneigung	Schamneigung (10; 0-40) Schuldneigung (6; 0-24)	5 Punkte, von 0=„Sie haben das Gefühl nie“ bis 4=„Sie haben das Gefühl andauernd oder fast andauernd“	Je höher, desto stärker die Neigung zu Scham/ Schuld
Kurzversion des TOSCA-3	Affektive Reaktionen auf Fehlverhalten	Scham (11; 11-55) Schuld (11; 11-55) Externalisierung (11; 11-55) Emotionale Unberührtheit (11; 11-55)	5 Punkte von 1=“nicht wahrscheinlich“ bis 5=“sehr wahrscheinlich“	Je höher, desto stärker die Neigung mit Scham / Schuld / Externalisierung / emotionaler Unberührtheit auf eigenes Fehlverhalten zu reagieren

### 2.2.3 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten

Der **Perceived Stigma Questionnaire** (PSQ; Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989; dt. Version von Angermeyer et al., 1987) ist ein Fragebogen, der die erlebte Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mißt. Er besteht aus 29 items. Er mißt vier Aspekte der Stigmatisierung: wahrgenommene Diskriminierung, Geheimhaltung, sozialen Rückzug, und Edukation. Angermeyer et al. (1987) übersetzten den PSQ ins Deutsche und überprüften interne Konsistenz (wahrgenommene Diskriminierung,  $\alpha=.83$ ; Geheimhaltung,  $\alpha=.64$ ; sozialer Rückzug,  $\alpha=.60$ ; Edukation,  $\alpha=.72$ ) und die Anfälligkeit für soziale Erwünschtheit mit dem Crowne-Marlowe Inventory (Crowne & Marlowe; 1960) (Diskriminierung,  $r=-.04$ ; Geheimhaltung,  $r=-.15$ ; sozialer Rückzug,  $r=.16$ ; Edukation,  $r=.17$ ).

Die **Self-Stigma of Mental Illness Scale** (SSMIS; Corrigan, Watson & Barr, in press; dt. Version von Rüsch & Brück) besteht aus 40 items. Sie erfaßt Stereotypen-Wahrnehmung (stereotype awareness), Stereotypen-Zustimmung (stereotype agreement), das Wenden von Stereotypen gegen sich selbst (self concurrence) und Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (self-esteem decrement). Die interne Konsistenz (stereotype awareness  $\alpha=.91$ ; stereotype agreement  $\alpha=.72$ ; self concurrence  $\alpha=.81$ ; self-esteem decrement  $\alpha=.88$ ) und die Test-Retest-Reliabilität (stereotype awareness  $r=.73$ ; stereotype agreement  $r=.68$ ; self concurrence  $r=.82$ ; self-esteem decrement  $r=.78$ ) sind gut belegt (Corrigan et al., in press). Die Konstruktvalidität wurde gezeigt, indem signifikant

positive Korrelationen der Subskalen untereinander und zwischen Depression, gemessen mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Ventura et al., 1993) und den Subskalen self concurrence und self-esteem decrement festgestellt wurden, wohingegen der Selbstwert, gemessen mit der Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg 1965) signifikant negativ mit diesen beiden Konstrukten korrelierte(Corrigan et al., in press).

Der **Acceptance and Action Questionnaire** (AAQ; Hayes et al., 2004, dt. Version von Rüscher & Brück) wurde in dieser Studie in der neun-Item-Version benutzt. Er erfaßt „Experiential Avoidance“ und Krankheitsakzeptanz. Als „Experiential Avoidance“ bezeichnet man den Versuch einer Person, die Verbindung zu besonders persönlichen Erfahrungen (z. B. körperlichen Empfindungen, Emotionen, Gedanken und Bildern) zu vermeiden (Hayes, Wilson, Gifford, Folette & Strosahl, 1996). In dieser Studie wurde er als ein Maß zur Krankheitsakzeptanz eingesetzt. Die interne Konsistenz des AAQ liegt bei  $\alpha=.70$  (Hayes et al., 2004), welche für eine Skala, die gerade entwickelt wurde, als passend gilt (Nunally, 1978), besonders wenn sie aus weniger als zehn Items besteht (Hayes et al., 2004). Die konvergente Validität mit dem White Bear Suppression Inventory von Wegner und Zanakos (1994) ergab Werte von  $r=.44-.50$ . Die Test-Retest-Reliabilität über vier Monate lag bei  $r=.64$  (Hayes et al., 2004). Der AAQ korreliert signifikant und mittel bis hoch mit verwandten Konstrukten wie dem „Thought of Control Questionnaire“ (Wells & Davies, 1994) und der „Impact of Events Scale“ von Weiss und Marmar (Hayes et al., 2004).

Die **Empowerment-Scale** (ES; Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997; dt. Version von Kleim) wurde entwickelt, indem zehn Leiter von Selbsthilfegruppen eingeladen wurden, die eine Definition für „empowerment“ fanden, in der alle für Menschen mit psychischen Erkrankungen relevanten Elemente enthalten waren. Diese Definition entspricht gut derjenigen, die Segal, Silverman & Temkin (1995) fanden: „Kontrolle über das eigene Leben und Einfluß auf die Organisations- und Sozialstruktur, in der man lebt“. Die ES besteht nun aus den 28 items, die in der Faktorenanalyse die höchsten Faktoren erzielten. Es läßt sich ein Empowerment-Gesamtwert bilden, der sich aus fünf Faktoren zusammensetzt: Selbstwert, Macht, Gemeinschaftsaktivität und Autonomie, Optimismus und Kontrolle über die Zukunft, gerechtfertigte Wut. Rogers et al. (1997) konnten auch die interne Konsistenz ( $\alpha=.86$ ) und Konstrukt-Validität der Skala zeigen: der Empowerment-Gesamtwert korreliert signifikant positiv mit der Anzahl der Gesellschaftsaktivitäten, an denen sich jemand beteiligt ( $r=.15$ ), mit dem monatlichen Einkommen ( $r=.24$ ), mit der Lebensqualität ( $r=.36$ ), mit sozialer Unterstützung ( $r=.17$ ), mit Selbstwert ( $r=.51$ ) und mit der Zufriedenheit mit der eigenen Selbsthilfegruppe ( $r=.28$ ).

Die **Rosenberg's Self-Esteem Scale** (RSE; Rosenberg 1965; dt. Version von Ferring & Filipp, 1996) ist eine Skala zur Erfassung des Selbstwertes. Sie besteht aus 10 items. Die deutsche Übersetzung wurde von Ferring und Filipp (1996) hinsichtlich interner Konsistenz (.81< $\alpha$ <.88),

Testhälftenreliabilität (.81<r<.84) und Validität überprüft: der RSE-Wert korreliert signifikant negativ mit Hoffnungslosigkeit ( $r=-.67$ ), und signifikant positiv mit Befindlichkeit ( $r=.55$ ) und Optimismus ( $r=.70$ ).

Die **Selbstwirksamkeitserwartungs-Skala** (SWE, Jerusalem & Schwarzer, 1986) besteht aus zehn Items und erfaßt die persönliche Einschätzung der eigenen Fähigkeit, generell mit Schwierigkeiten umgehen und Lösungen finden zu können. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) variiert zwischen  $\alpha=.75$  und  $\alpha=.91$  und die Skala zeigte sich als valide und reliabel (Schwarzer & Born, 1997). Sie korrelierte positiv mit Selbstwert und Optimismus und negativ mit Angst, Depressivität und körperlichen Symptomen (Schwarzer & Born, 1997).

Tab. 2. 12 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigma und verwandten Konstrukten

Instru- ment	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Meßskalen	Richtung
PSQ	Wahrneh- mung von und Reaktion auf Stigmatisierung	Diskriminierung (12;1-6) Geheimhaltung (6;1-6) Eduktion (5;1-6) Sozialer Rückzug (6;1-6)	6 Punkte, von 1=„stimmt überhaupt nicht“ bis 6=„stimmt genau“	Je höher, desto stärker diese Erfahrung / dieser Umgang mit Stigmatisierung
SSMIS	Selbst-Stigmatisierung	stereotype awareness (10;10-90) stereotype agreement (10; 10-90) self concurrence (10; 10-90) self-esteem decrement (10; 10-90)	9 Punkte von 1=“Ich stimme überhaupt nicht zu“ bis 9=“Ich stimme völlig zu“	Je höher, desto stärker diese Komponente des Selbst-Stigmas
AAQ	Krankheits- akzeptanz	Gesamtwert (9; 9-63)	7 Punkte, von 1=„nie wahr“ bis 7=„immer wahr“	Je höher, desto schlechter die Krankheits- akzeptanz
ES	Empower- ment	Gesamtwert (28;1-6) Selbstwert (9;1-6) Macht (8;1-6) Gemeinschaftsaktivität und Autonomie (6;1-6) Gerechtfertigte Wut (4;1-6) Optimismus und Kontrolle über die Zukunft (4;1-6)	6 Punkte, von 1=„stimmt überhaupt nicht“ bis 6=„stimmt genau“	Je höher, desto größer die Kontrolle über das eigene Leben
RSE	Selbstwert	Gesamtwert (10; 0-3)	4 Punkte, von 0=„trifft gar nicht zu“ bis 3=„trifft voll und ganz zu“	Je höher, desto höher der Selbstwert
SWE	Selbstwirksamkeits- erwartung	Gesamtwert (10; 10-60)	6 Punkte, von 1=„stimmt überhaupt nicht“ bis 6=„stimmt genau“	Je höher, desto größer die Erwartung der eigenen Wirksam- keit

## 2.2.4 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie und Lebensqualität

Die **Borderline-Symptom-Liste** (BSL; Bohus et al. 2001) ist eine Selbstbeurteilungsskala zur Quantifizierung der intrapsychischen Belastung von Borderline-Patientinnen. Sie besteht aus 95 items sowie einer visuellen Analogskala zur Gesamtbefindlichkeit und einer aus 11 items bestehenden Skala, die während der vergangenen sieben Tage auftretendes Verhalten abfragt. Die aus 95 items bestehende Skala erfaßt sieben Faktoren (Selbstwahrnehmung, Affektregulation, Autoaggression, Dysthymie, soziale Isolation, Intrusionen und Feindseligkeit), die zu einem Gesamtwert zusammengefaßt werden können. Die innere Konsistenz erweist sich durchweg als sehr hoch (Selbstwahrnehmung,  $\alpha=.93$ ; Affektregulation,  $\alpha=.88$ ; Autoaggression,  $\alpha=.94$ ; Dysthymie,  $\alpha=.88$ ; soziale Isolation,  $\alpha=.87$ ; Intrusionen,  $\alpha=.82$ ; Feindseligkeit,  $\alpha=.80$ ). Die Validität ist gut belegt: es findet sich kein signifikanter Zusammenhang mit Alter ( $|r|<.07$ ) und Schulbildung ( $|r|.02-.16$ ). Der Zusammenhang der Subskalen mit der Globalbeurteilung und die Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen gehen in die erwartete Richtung.

Die **Symptom Checkliste** (SCL-90-R; Derogatis, 1977, dt. Version von Franke, 1995) besteht aus 90 Items, die Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Angstneigung, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus sowie als Gesamtwert allgemeine Psychopathologie erfassen. Alle Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten sieben Tage. Aufgrund zahlreicher Studien kann den Items heute „face validity“ zugesprochen werden (Franke, 1995). Die interne Konsistenz für die dem SCL-90-R vorangegangene Version, die SCL-90, ergab Werte zwischen  $r=.77$  und  $r=.90$  (Derogatis, Rickel & Rock, 1976).

Das **State-Trait-Angstinventar** (STAI; Laux, Glanzmann, Schaffner, Spielberger, 1981) ist die deutsche Übersetzung und Adaptation des von Spielberger, Gorsuch & Lushene (1970) entwickelten „State-Trait Anxiety Inventory“. Die zwei Skalen mit jeweils 20 Items dienen der Erfassung von Angst als Zustand, wobei der Proband angibt, wie er sich „in diesem Moment“ fühlt (State-Angst, STAI-X1), und Angstneigung als Wesenszug (Trait-Angst, STAI- X2), wobei gefragt wird, wie sich der Proband „im allgemeinen“ fühlt. Die Test-Retest-Reliabilität des Trait-Tests lag bei  $r=.77-.90$ , die der State-Angstskala zwischen  $r=.22$  und  $r=.53$  entsprechend dem Konzept der Zustandsangst im Sinne eines zeitlich instabilen Merkmals (Laux et al., 1981). Die interne Konsistenz betrug für die Trait-Angst zwischen  $\alpha=.88$  und  $\alpha=.91$  und für die State-Angst  $\alpha=.90-.92$  (Laux et al., 1981).

Die **Allgemeine Depressions-Skala** (ADS) ist die deutsche Version der CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, Radloff, 1977). Die Kurzform (ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993), die im Rahmen dieser Studie verwendet wurde, besteht aus 15 Items, die Depressivität erfassen. Diese Items werden zu einem Gesamtwert zusammengefaßt.

Bei einer Bevölkerungsstichprobe lag die interne Konsistenz bei  $\alpha=.90$  und die Reliabilität nach der Spearman-Brown Formel bei  $r=.90$ , für die Gruppe der depressiven Patienten wurden Werte von  $\alpha=.93$  und  $r=.93$  erzielt (Hautzinger & Bailer, 1993). Die lange und die kurze Form der ADS zeigten eine gute Übereinstimmung. Insgesamt erwies sich damit die kurze Version als reliabel und valide und nahezu identisch mit der langen Form der ADS (Hautzinger & Bailer, 1993). Die ADS korreliert mit anderen Selbstbeurteilungsdepressionsskalen wie dem BDI (Beck Depressionsinventar, Beck & Steer, 1987) hoch und positiv (Hautzinger & Bailer, 1993).

Das **Beck-Depressionsinventar** (BDI) ist die deutsche Version (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1991) des von Beck und Steer 1987 entwickelten Beck Depression Inventory. Es ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung depressiver Symptomatik und besteht aus 21 Items. Für psychiatrische Patienten lagen die Werte der internen Konsistenz (Cronbach-Alpha) zwischen  $\alpha=.76$  und  $\alpha=.95$  und für nichtpsychiatrische Stichproben zwischen  $\alpha=.73$  und  $\alpha=.92$  (Hautzinger et al., 1991). Die Test-Retest-Reliabilität für eine Woche ergab Werte zwischen  $r=.60$  und  $r=.86$  (Hautzinger et al., 1991). Konkurrente Validität zeigte sich in mittleren bis hohen Korrelationen, u.a. zwischen globaler klinischer Beurteilung ( $r=.55-.96$ ) und der Hamilton-Depressionsskala ( $r=.61-.86$ , Hautzinger et al., 1991).

Die **SmithKline Beecham Quality of Life Scale** (SBQoL, Stoker, Dunbar & Beaumont, 1992) besteht aus 28 Items, die Lebensqualität (in mentaler, körperlicher und sozialer Hinsicht) erfassen. Untersucht wurde die SBQoL an 129 Patienten, die entweder an einer Major Depression oder einer generalisierten Angststörung litten. Der Vergleich zur Hamilton Depressionsskala (HAMD, Hamilton, 1960) und Hamilton Angstskala (HAMA, Hamilton, 1959) zeigte gute Konstruktvalidität (Stoker et al., 1992). Die Konkurrenzvalidität wurde u.a. durch den Vergleich mit dem General Health Questionnaire (GHQ, Goldberg, 1987) mit  $r=.69$  bestätigt (Stoker et al., 1992). Die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) ergab  $\alpha=.85-.95$ , die Test-Retest-Reliabilität lag zwischen  $r=.66$  und  $r=.83$  (Stoker et al., 1992). In dieser Studie wurde die deutsche Version (Rüsch & Brück) verwendet.

Tab. 2. 13 Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Psychopathologie und Lebensqualität

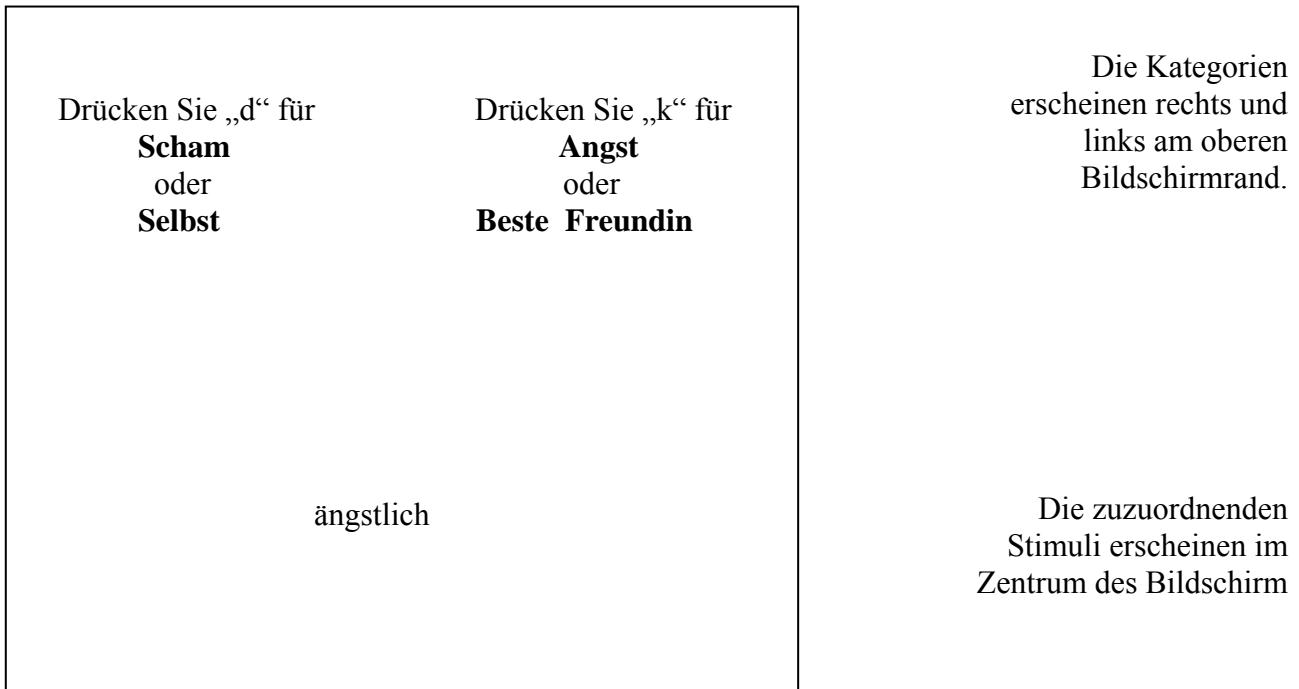
Instrum- ment	Konstrukt	Subskalen (Zahl der Items und Range)	Meßskalen	Richtung
BSL	Intra-psychische Belastung von Frauen mit Borderline-störung	Gesamtwert (95;0-4) Selbstwahrnehmung(19;0-4) Affektregulation (13;0-4) Autoaggressivität (12;0-4) Dysthymie (10;0-4) Soziale Isolation(12;0-4) Intrusionen (11;0-4) Feindseligkeit (6;0-4) Gesamtbefindlichkeit (1; 0-100)  Verhalten (11;0-4)	5 Punkte, von 0=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr stark“;  11 Punkte, von 0%=„ganz schlecht“ bis 100%=„ausgezeichnet“;  5 Punkte, von 0=“gar nicht“ bis 4=“mehrmals täglich“	Je höher, desto höher die intra-psychische Belastung
SCL-90-R	Allgemeine Psycho-pathologie	Gesamtwert (90; 0-4) Somatisierung (12; 0-4) Zwanghaftigkeit (10; 0-4) Unsicherheit im Sozialkontakt (9; 0-4) Depressivität (13; 0-4) Angstneigung(10; 0-4) Aggressivität(6; 0-4) Phobische Angst(7; 0-4) Paranoides Denken (6; 0-4) Psychotizismus (10; 0-4)	5 Punkte, von 0=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr stark“	Je höher, desto stärker die Symptome
STAI X1	Angst als Zustand	Gesamtwert (20; 20-80)	4 Punkte, von 1=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr“	Je höher, desto größer die Angst
STAI X2	Angst als Eigenschaft	Gesamtwert (20; 20-80)	4 Punkte, von 1=„fast nie“ bis 4=„fast immer“	Je höher, desto größer die Angst
ADS	Depressivität	Gesamtwert (15; 15-60)	4 Punkte, von 1=„selten“ bis 4=„meistens“	Je höher, desto stärker die Depressivität
BDI	Depressive Symptomatik	Gesamtwert (21; 0-63)	3 Punkte, von 0=keine bis 3=ausgeprägte Symptomatik, für die einzelnen Items individuell formuliert	Je höher, desto stärker die depressive Symptomatik
SBQoL	Lebensqualität	Gesamtwert (28; 28-196)	7 Punkte, Beurteilungsintervall wurde für die einzelnen Items individuell formuliert (von 1-7)	Je höher, desto besser die Lebens-qualität

## 2.2.5 Messung impliziter Assoziationen

Der Implicit Association Test (IAT) ist erst einige Jahre alt und wurde als Meßinstrument für implizite oder automatische Assoziationen benutzt, um die relative Stärke von Assoziationen zu verschiedenen Konstrukten zu beurteilen (Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998). Implizite Einstellungen manifestieren sich als Handlungen oder Beurteilungen, die unter der Kontrolle automatischer Bewertungen stattfinden. Dabei ist sich die Person der Ursache nicht bewußt. Beispielsweise würde eine Person, die in einer Psychotherapie gelernt hat, daß Scham eine negative Emotion ist, bei expliziten Messungen eher niedrige Schamwerte erreichen, selbst wenn die Emotion noch eine große Rolle bei ihr spielt. Bei einer Scham-Messung durch den IAT, in der auf Assoziationen von „Selbst“ zu „Scham“ geachtet wird, würde sie wahrscheinlich relativ starke Assoziationen von „Selbst“ zu „Scham“ aufweisen. Während der IAT in den ersten Jahren verwendet wurde, um Vorurteile gegen Menschen anderer Hautfarben, Frauen und andere soziale Gruppen zu messen, ist er in jüngster Zeit angewendet worden, um implizite Selbst-Konzepte zu untersuchen (Greenwald & Farnham, 2000). Er wurde auch bei klinischen Studien benutzt, um dysfunktionale kognitive Schemata, insbesondere bei Angststörungen, zu untersuchen (Teachman, Gregg & Woody, 2001). Frühere Studien belegten die Reliabilität und Validität des IAT bei Assoziationen von „Selbst“ zu angstbezogenen Wörtern. 41 Psychologiestudenten nahmen an zwei Sitzungen teil. In der ersten wurde der IAT durchgeführt, in der zweiten füllten die Studenten das State-Trait Anxiety Inventory (STAI) aus. Dabei zeigte sich ein Cronbachs Alpha von  $\alpha=.77$  in der ersten und  $\alpha=.80$  in der zweiten Sitzung. Die Test-Retest-Korrelation betrug  $r=.57$  (Egloff & Schmukle, 2002). Zudem ist der IAT robust gegen Selbstpräsentationsstrategien (Greenwald et al., 1998).

Der IAT wurde bei unserer Studie genutzt, um unbewußte, implizite Assoziationen von „Selbst“ (relativ zu „Beste Freundin“) zu „Scham“ (relativ zu „Angst“) zu messen. Die Teilnehmerinnen bekamen Anweisung, auf dem Bildschirm erscheinende Wörter übergeordneten Kategorien zuzuordnen. Vier Kategorien wurden auf dem Bildschirm gleichzeitig dargeboten. Zwei repräsentierten die Zielkategorien („Selbst“ und „Beste Freundin“), zwei die beschreibenden Kategorien („Scham“ und „Angst“). In der Mitte des Bildschirms erschienen verbale Stimuli, die aus allen vier Kategorien stammen konnten, beispielsweise „ängstlich“ für die beschreibende Kategorie „Angst“ (s. Abb. 1). Die Teilnehmerinnen mußten die Wörter nach rechts oder links zuordnen, je nach dem, in welche Kategorie der Stimulus gehörte. Dazu benutzten sie die Tasten „k“ für rechts und „d“ für links.

Abb. 1 Schematische Beschreibung des IAT



In diesem Fall müßte die Teilnehmerin „k“ drücken, um den Stimulus „ängstlich“ der Kategorie Angst zuzuordnen.

Der IAT lief folgendermaßen ab (Tab. 2. 14): Erst wurden die beschreibenden Kategorien geübt. Dafür erschienen „Scham“ und „Angst“ links bzw. rechts am oberen Bildschirmrand. In der Mitte des Bildschirms wurden nun verbale Stimuli hintereinander eingeblendet, die aus diesen zwei Kategorien stammten. Im Anschluß daran wurden nach dem gleichen Schema die Zielkategorien, also „Selbst“ und „Beste Freundin“, eingeübt. Jetzt folgte eine Übungsphase mit kombinierten Kategorien, zum Beispiel „Scham“ mit „Selbst“ kombiniert und „Angst“ mit „Beste Freundin“, danach folgte dasselbe als Test (Abb. 1). Daraufhin wurden die Zielkategorien nochmals einzeln geübt, da die Seiten getauscht wurden. Stand beispielsweise „Selbst“ im ersten Durchlauf auf der linken Seite, „Beste Freundin“ dagegen auf der rechten, wurde jetzt „Selbst“ auf der rechten Seite und „Beste Freundin“ auf der linken Seite eingeblendet. Die Seitenveränderung der beschreibenden Kategorien wurde eingehalten und mit den Zielkategorien kombiniert, so daß jetzt die andere mögliche Kombination getestet wurde, in diesem Beispiel also „Beste Freundin“ mit „Scham“ und „Selbst“ mit „Angst“.

Da der IAT die relative Assoziationsstärke mißt, mußten für die beschreibenden Kategorien vergleichbare Konstrukte gewählt werden, daher wurde neben Scham Angst als ebenfalls negative Emotion ausgewählt. Wir verwendeten folgende Stimuli für die jeweiligen Kategorien: Für „Selbst“ wurden am Anfang des Experiments persönliche Daten der Teilnehmerin erfragt wie Vorname, Nachname und Geburtstag (in der Form von beispielsweise 6. Juni). Diese sowie zusätzlich „Ich“ wurden in den Computer eingegeben, so daß sie als idiographische Stimuli während des Tests

erschienen. Für „Beste Freundin“ machte die Teilnehmerin ebenfalls Angaben. Sie wählte eine gute Freundin oder Bekannte aus und machte die gleichen Angaben auch für sie, statt „Ich“ wurde dann „sie“ benutzt. Für Scham wurden die Wörter „Scham“, „beschäm“ und „peinlich“ gewählt, für Angst dagegen „Angst“, „Furcht“ und „ängstlich“.

Der IAT mißt Reaktionszeiten, schnellere Reaktionen erfolgen, wenn die kombinierten Kategorien vorbewußten Assoziationen entsprechen. Die Antwort wird also schneller erfolgen, wenn die gepaarten Kategorien für die Teilnehmerin zusammenpassen, d.h. wenn sie den automatischen Assoziationen der Person entsprechen, als wenn sie dies nicht tun. Wenn also beispielsweise eine Teilnehmerin sich selbst mehr mit Scham als mit Angst assoziiert, wird sie schneller reagieren, wenn „Scham“ und „Selbst“ gepaart auf der einen und „Angst“ und „Beste Freundin“ gepaart auf der anderen Seite stehen, als wenn „Angst“ und „Selbst“ gegen „Scham“ und „Beste Freundin“ kombiniert dargeboten werden.

Der IAT lief auf Windows 98 oder Windows NT und wurde durch Inquisit, Version 1.33 (Draine, 2003) ausgeführt. Er bestand aus 7 Blöcken (Tab. 2. 14). Bei Block 2, also der Festlegung, auf welcher Seite „Selbst“ und „Beste Freundin“ anfänglich erschienen, wurde bei jedem zweiten IAT die Seitenzuordnung ausgetauscht, um in Block 3 am Anfang abwechselnd „Scham“ mit „Selbst“ oder „Beste Freundin“ zu kombinieren. Dies geschah, um Beeinflussungen durch die Reihenfolge der Blocks auszuschließen, in der Annahme, daß die erste dargebotene Kombination stärker verinnerlicht wird.

Zur Berechnung des IAT-Effekts wurde ein verbesserter Algorithmus (Greenwald, Nosek & Banaji, 2003) benutzt. Der IAT-Effekt, resultierend in einem D-Wert, wird folgendermaßen errechnet (Tab. 2.14): Die Daten aus den Blöcken 3, 4, 6 und 7 werden für die Berechnung benutzt, alle anderen Blöcke werden nicht berücksichtigt. Aus den Latenzzeiten jedes dieser Blöcke wird je ein Mittelwert errechnet. Zwei Standardabweichungen werden errechnet, eine für die Blöcke 3 und 6 (den Übungsblöcken), eine für die Blöcke 4 und 7 (den Testblöcken). Von dem Mittelwert des Blockes 6 wird der des Blockes 3 abgezogen, genauso wird von Block 4 der Mittelwert von Block 7 abgezogen. Jede dieser Differenzen wird durch die jeweilige Standardabweichung geteilt. Aus den erhaltenen beiden Quotienten wird wieder ein Mittelwert gebildet, dieser ist jetzt der benutzte D-Wert. Negative D-Werte bedeuten in unserem Fall eine stärkere Assoziation von „Selbst“ zu „Angst“, relativ zu „Scham“, während positive Werte eine stärkere Assoziation von „Selbst“ zu „Scham“ bedeuten.

Tab. 2. 14 Aufteilung der Blöcke des IAT

<b>Block</b>	<b>Anzahl der Stimuli</b>	<b>Funktion des Blockes</b>	<b>Links zuzuordnende Stimuli</b>	<b>Rechts zuzuordnende Stimuli</b>
1	20	Übung	Scham	Angst
2	16	Übung	Selbst	Beste Freundin
3	24	Übung	Scham+Selbst	Angst+Beste Freundin
4	40	Test	Scham+Selbst	Angst+Beste Freundin
5	24	Übung	Beste Freundin	Selbst
6	24	Übung	Scham+Beste Freundin	Angst+Selbst
7	40	Test	Scham+Beste Freundin	Angst+Selbst

### 2.3 Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des SPSS-Statistikprogrammes, Version 9.0. Zunächst wurden die Mittelwerte aller zu Beginn der Therapie erhobenen Daten mit den dazugehörigen Mittelwerten der gegen Ende der Therapie erhobenen Daten durch einen **t-Test bei abhängigen Stichproben** (Tab. 3. 1) verglichen. In einem zweiten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen den bei Therapiebeginn erhobenen Testdaten und den Therapieerfolgsmaßen (Tab. 3. 2) untersucht. Zur Überprüfung, ob sich der Therapieerfolg durch die vor Therapiebeginn erhobenen Werte vorhersagen lässt, wurden zunächst explorativ univariate lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Ließ sich auf einem Signifikanzniveau von  $p \leq 0.10$  ein Trend erkennen, wurden die entsprechenden Prädiktoren der **multiplen linearen Regressionsanalyse** zugefügt (Übersicht zur Regressionsstatistik und Ergebnisinterpretation bei Brosius, 2002), zunächst in der Einschluß-Methode (Tab. 3. 3), um zu zeigen wie groß der Einfluß der Prädiktoren auf das jeweilige Therapieerfolgsmaß ist. Dadurch, daß die Prädiktoren untereinander korrelierten, ergab sich für einige der Prädiktoren keine Signifikanz, da sich durch ihre Aufnahme in das Modell keine weitere Information ergab. Um herauszufinden, welche der Prädiktoren am aussagekräftigsten sind, wurde die multiple lineare Regressionsanalyse auch in der Schrittweise-Vorwärts-Methode durchgeführt (Tab. 3. 4). Die Schrittweise-Vorwärts-Methode ist ein gebräuchliches Verfahren (Hair, Anderson & Tatham, 1990), bei dem nach jedem Schritt, also jeder Aufnahme einer neuen Variablen in das Prädiktionsmodell, alle Variablen des Modells neu auf Signifikanz überprüft werden. Die gelegentlich auch angewandte Schrittweise-Rückwärts-Methode ist nur bei hohen Fallzahlen und wenigen Prädiktorvariablen sinnvoll, da sich im ersten Schritt unter Einschluß aller Prädiktorvariablen ein sinnvolles Modell ergeben sollte. Die Signifikanzschwelle für Aufnahme in

das Modell und Ausschluß aus dem Modell wurde mit  $p=0.11$  bewußt großzügig gehalten, um bei der kleinen Stichprobengröße schwache Effekte nicht zu übersehen. Die Regressionsanalyse hat den Vorzug, daß sie den Zusammenhang zwischen Prädiktorvariablen und Therapieerfolg jedes einzelnen Patienten ohne Mittelwertbildung einbezieht. Allerdings ist unser Stichprobenumfang mit  $N=25$  begrenzt. Ebenso wurde der Zusammenhang zwischen den bei Therapiebeginn erhobenen Testdaten und dem Therapieabbruch untersucht. Zur Überprüfung, ob sich der Therapieabbruch durch die vor Therapiebeginn erhobenen Werte vorhersagen läßt, wurde eine **logistische Regression** durchgeführt (Übersicht zur Regressionsstatistik und Ergebnisinterpretation bei Brosius, 2002). Zunächst in der Einschluß-Methode (Tab. 3. 6), um zu zeigen wie groß der Einfluß der Prädiktoren auf die abhängige Variable ist. Da bei der Einschluß-Methode sich einige Prädiktoren jedoch gegenseitig die Signifikanz nahmen, wurde die logistische Regressionsanalyse auch in der Vorwärts-LR (Likelihood-Ratio)-Methode (Tab. 3. 8) durchgeführt. Die Methode der Vorwärtsselektion beginnt dabei zunächst mit der Einbeziehung nur der Konstanten und nimmt dann sukzessive jeweils die Variablen auf, welche die höchste Korrelation zur abhängigen Variablen aufweisen. Ferner wird mit der Likelihood-Funktion als Kriterium jeweils überprüft, welche Variablen wieder entfernt werden müssen. Als Prädiktoren wurden die Variablen ausgewählt, in denen sich Abbrecher und Nicht-Abbrecher im t-Test bei unabhängigen Stichproben auf einem Signifikanzniveau von  $p \leq 0.10$  unterschieden (Tab. 3. 5).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Vergleich der Untersuchungsergebnisse am Anfang und am Ende der Therapie

Im folgenden werden die Unterschiede dargestellt, die sich in der Gruppe von 25 Patientinnen, die die stationäre DBT abschlossen, zwischen der Testung zum ersten Untersuchungszeitpunkt (T1) und der Untersuchung zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (T2) ergaben (Tab. 3. 1). Mit einem t-Test bei abhängigen Stichproben wurde geprüft, ob sich die Mittelwerte der zum ersten Untersuchungszeitpunkt erhobenen Daten von den Mittelwerten der zum zweiten Untersuchungszeitpunkt erhobenen Daten signifikant unterscheiden. Fehlende Werte sind dadurch zu erklären, daß eine Patientin aufgrund einer Sehbehinderung nicht am IAT teilnehmen konnte, und daß einige der Fragebögen jeweils von einer Person nicht ausgefüllt wurden; dabei handelt es sich um die ESS, den PFQ-2, die Subskala Gesamtbefinden der BSL und den STAI-X-1.

Beim IAT ergab sich kein signifikanter Unterschied. Zu beiden Untersuchungszeitpunkten erzielten die Patientinnen durchschnittlich einen Wert um Null, was eine etwa gleich starke Assoziation der Konstrukte „Scham+Selbst“ und der Konstrukte „Angst+Selbst“ bedeutet. Die Werte der Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Scham unterschieden sich signifikant in der Schamneigung und in emotionaler Unberührtheit. Die Schamneigung (TOSCA-3 und PFQ-2) sank während der stationären Therapie, wohingegen emotionale Unberührtheit zunahm. Die Werte der Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von Stigmatisierung unterschieden sich signifikant in den Bereichen self concurrence (SSMIS) und sozialer Rückzug (PSQ). Die Werte für Selbstwertminderung nach Selbst-Stigmatisierung (SSMIS), wahrgenommene Diskriminierung (PSQ) und Edukation (PSQ) unterschieden sich ebenfalls signifikant, wohingegen bei Geheimhaltung (PSQ) nur ein Trend zu erkennen war. Die Stigmawerte und die Neigung, mit Minderung des Selbstwertes, Geheimhaltung und mit sozialem Rückzug auf Stigmatisierung zu reagieren, sanken im Laufe der Therapie, wohingegen die Neigung, mit Edukation des sozialen Umfeldes auf Stigmatisierung zu reagieren, anstieg. Ebenso nahmen Krankheitsakzeptanz (AAQ), Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), Selbstwert (RSE), und Selbstwert (ES) zu. Die Werte der Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von psychischen Symptomen unterschieden sich in Dysphorie (BSL), in Depressivität (BDI) und Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90-R). Alle Werte der Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung von psychischen Symptomen nahmen im Laufe der Therapie ab. In die gleiche Richtung tendierte auch die depressive Symptomatik (ADS, SCL-90-R), der Gesamtwert der BSL und der SCL-90-R, sowie die Werte der Subskalen Zwanghaftigkeit und Angstneigung der SCL-90-R. Lebensqualität (SBQoL) nahm signifikant zu. Das Gesamtbefinden (BSL) tendierte zur Verbesserung.

Tab. 3. 1 Vergleich der Mittelwerte am Anfang und am Ende der zwölfwöchigen Therapie durch t-Test bei abhängigen Stichproben

Es sind alle Ergebnisse mit einer Signifikanz von  $p \leq 0.10$ , die Ergebnisse des IAT, des STAI-X-1, des STAI-X-2 und die Ergebnisse aller Gesamtwerte der Skalen, bei deren Subskalen sich Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten ergaben, aufgeführt.

<b>Meßinstrument</b>	<b>N</b>	<b>Mittelwert bei T1 (SD)</b>	<b>Mittelwert bei T2 (SD)</b>	<b>Signifikanz p</b>
IAT, D-Wert	24	-0.07 (.29)	0.01 (.37)	0.29 n. s.
STAI-X-1	24	57.79 (10.86)	54.13 (11.74)	0.23 n. s.
STAI-X-2	25	59.04 (11.64)	56.36 (11.02)	0.13 n. s.
TOSCA-3, Schamneigung	25	43.84 (5.44)	39.20 (9.10)	0.01 **
TOSCA-3, emotionale Unberührtheit	25	22.84 (5.60)	25.64 (7.29)	0.04 *
PFQ-2, Schamneigung	24	25.54 (5.35)	23.21 (6.27)	0.04 *
SSMIS, Stereotypen-Zustimmung	25	26.60 (11.45)	22.16 (9.47)	0.03 *
SSMIS, self concurrence	25	33.60 (15.14)	25.60 (12.41)	0.01 **
SSMIS, Selbstwertminderung	25	34.92 (17.43)	26.84 (13.65)	0.01 **
PSQ, wahrgenommene Diskriminierung	25	4.22 (.80)	3.75 (.87)	0.01 **
PSQ, Geheimhaltung	25	4.45 (1.27)	3.99 (1.08)	0.08 (*)
PSQ, Edukation	25	3.98 (.91)	4.43 (1.01)	0.02 *
PSQ, sozialer Rückzug	25	4.21 (1.00)	3.80 (1.11)	0.01 **
SWE	25	2.31 (.79)	2.73 (.93)	0.01 **
ES, Gesamtwert	25	3.70 (.75)	3.93 (.80)	0.13 n. s.
ES, Selbstwert	25	2.80 (1.02)	3.37 (1.10)	0.01 **
RSE	25	0.88 (.66)	1.21 (.69)	0.01 **
AAQ	25	46.24 (6.64)	42.16 (7.36)	0.001 ***
SBQoL	25	2.99 (.63)	3.60 (.84)	0.001 ***
BDI	25	28.44 (9.43)	24.64 (11.44)	0.04 *
ADS	25	26.96 (9.16)	24.00 (10.07)	0.10 (*)
BSL, Gesamtwert	25	1.92 (.71)	1.69 (.79)	0.09 (*)
BSL, Dysphorie	25	3.20 (.49)	2.82 (.72)	0.01 **
BSL, Gesamtbefinden	25	36.67 (16.04)	45.83 (20.83)	0.09 (*)
SCL-90-R, Gesamtwert	25	1.51 (.61)	1.35 (.72)	0.09 (*)
SCL-90-R, Zwanghaftigkeit	25	1.63 (.75)	1.39 (.70)	0.06 (*)
SCL-90-R, Unsicherheit im Sozialkontakt	25	1.69 (.78)	1.40 (.82)	0.03 *
SCL-90-R, Depressivität	25	2.05 (.85)	1.77 (.99)	0.07 (*)
SCL-90-R, Angstneigung	25	1.81 (1.03)	1.57 (.85)	0.08 (*)

n. s.= nicht signifikant (\*) $p \leq 0.10$  \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$

### 3.2 Prädiktion des Therapieerfolgs mit multiplen Regressionsanalysen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der regressionsanalytischen **Prädiktionsmodelle** dargestellt.

Folgende zu prädizierende Therapieerfolgmaße wurden ausgewählt:

1. Schamneigung (TOSCA-3, Scham)
2. Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (SSMIS, self-esteem decrement)
3. Krankheitsakzeptanz (AAQ)
4. Lebensqualität (SBQoL)
5. Borderline-Symptome (BSL, Gesamtwert)

Als mögliche Prädiktoren wurden folgende T1-Werte ausgewählt:

1. aufgrund des Regression-zur-Mitte-Effektes die T1-Werte des jeweils zu prädizierenden Therapieerfolgmaßes

2. scham- bzw. angstbetontes Selbstkonzept (IAT)
3. Schamneigung (TOSCA-3)
4. emotionale Unberührtheit (TOSCA-3)
5. wahrgenommene Diskriminierung (PSQ)
6. Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (SSMIS)
7. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)
8. Krankheitsakzeptanz (AAQ)
9. Feindseligkeit (BSL)
10. Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90-R)
11. Angstneigung (STAI-X-2)

Außerdem wurde das Vorliegen einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als Prädiktor aufgenommen.

Die Auswahl der Prädiktoren erfolgte nach den in der Einleitung (1.7) beschriebenen Hypothesen.

Die absoluten Werte der Therapieerfolgsmaße finden sich in der folgenden Tabelle (Tab. 3.2).

Tab. 3.2 Mittelwerte der Therapieerfolgsmaße (N=25)

<b>Therapieerfolgsmaße</b>	<b>Mittelwert (SD)</b>
Veränderung in TOSCA-3, Scham	4.64 (8.42)
Veränderung in SSMIS, Selbstwertminderung	8.08 (14.74)
Veränderung in AAQ	6.08 (5.14)
Veränderung in SBQoL	0.61 (0.79)
Veränderung in BSL, Gesamtwert	0.23 (0.64)

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in den folgenden Tabellen dargestellt. Die Tabellen führen in der ersten Spalte links die *Outcome-Maße* auf, die jeweils prädiziert werden. Sie sind die abhängigen Kriteriumsvariablen y im Regressionsmodell. In der nächsten Spalte folgen die Variablen, die als *Prädiktoren* einen Teil der Veränderung des Outcome-Maßes signifikant vorhersagen. Genannt ist jeweils dasjenige Vorzeichen des Prädiktors (*wenig* emotionale Unberührtheit, *hohe* Schamneigung etc.), das eine Verbesserung in dem Therapieerfolgsmaß vorhersagt. Die fünf Ziffern in der folgenden Spalte beziehen sich auf den links genannten Prädiktor und definieren seine Vorhersagekraft. Der nicht-standardisierte Regressionskoeffizient B hängt in der Regressionsgeradengleichung unmittelbar mit der zugehörigen Prädiktorvariablen x zusammen:  $y = B_1x_1 + B_2x_2 + \dots + c$ . Der Standardfehler des Regressionskoeffizienten (SE B) zeigt an, wie sehr der Regressionskoeffizient von dieser Stichprobe abhängt. Je kleiner die Standardabweichung und entsprechend das Konfidenzintervall des Koeffizienten sind, desto verlässlicher ist die Prädiktion durch diesen Koeffizienten. Der Koeffizient  $\beta$  der standardisierten Variablen erlaubt einen direkten Vergleich der verschiedenen Koeffizienten einer Gleichung untereinander. Dafür werden alle Prädiktorvariablen z-standardisiert, d.h. so umgeformt, daß ihr Mittelwert bei 0 und ihre Standardabweichung bei 1 liegen. So können die Koeffizienten verglichen werden, auch wenn die ursprünglichen Variablen unterschiedliche Einheiten hatten. Die Signifikanz gibt an, wie deutlich sich der Koeffizient B von 0 unterscheidet. Ist B=0, trägt diese Prädiktorvariable nichts zur

Steigung der Regressionsgeraden bei: Jeder x-Wert erhält, was diesen Prädiktor angeht, denselben y-Wert, weil die Gerade waagrecht verläuft. Je mehr B bzw.  $\beta$  von Null abweichen, desto höher die Signifikanz. Da jede Prädiktorvariable im Schrittweise-Vorwärts-Verfahren einzeln in das Prädiktionsmodell eingeht, läßt sich ermitteln, welchen Varianzanteil des Outcome-Maßes der neu aufgenommene Prädiktor zusätzlich aufklärt.  $\Delta R^2$  gibt diesen Varianzanteil an. Die Güte des *Gesamtmodells* läßt sich mit zwei Werten beurteilen, die in der rechten Spalte aufgeführt sind. Adj.  $R^2$  bezeichnet den Anteil der abhängigen Variablen, den die Prädiktionsgleichung aufklären kann. Es entspricht der Summe der  $\Delta R^2$ -Werte der einzelnen Prädiktorvariablen. Adj.  $R^2$  ist gegenüber dem einfachen  $R^2$  adjustiert, d.h. leicht nach unten korrigiert, so daß zu optimistische Prädiktionsmodelle bei hoher Prädiktorenzahl vermieden werden. Der Standardfehler des Schätzers macht anschaulich, wie weit die vorhergesagten Schätzwerte von den tatsächlichen Outcome-Maßen abweichen. Je höher der Standardfehler ist, desto ungenauer ist die Vorhersage. Diese Zahl muß in Bezug gesetzt werden zu der Streuung der tatsächlichen Werte des Erfolgsmaßes um ihren Mittelwert, die als Standardabweichung jeweils in Klammern angegeben ist. Je näher die beiden Werte beieinander liegen, desto schlechter ist das Prädiktionsmodell. Ist adj.  $R^2$  des Gesamtmodells nahe Null, dann liegt auch der Standardfehler des Schätzers kaum niedriger als die Standardabweichung der tatsächlichen Outcome-Werte von ihrem Mittelwert.

Zunächst wurde die multiple lineare Regressionsanalyse in der Einschluß-Methode durchgeführt, um zu zeigen wie groß der Einfluß der Prädiktoren auf das jeweilige Therapieerfolgsmaß ist (Tab. 3. 3).

Tab. 3. 3 Prädiktion der Verbesserung in den Outcome-Maßen, für 25 Patientinnen, in der Einschluß-Methode  
 Zunächst wurden explorativ univariante lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Ließ sich auf einem Signifikanzniveau von  $p \leq 0.10$  ein Trend erkennen, wurden die entsprechenden Prädiktoren der multiplen linearen Regressionsanalyse zugefügt.

<b>Präzidierte Outcome-Bereich</b>	<b>Prädiktoren</b> (jeweils mit dem Vorzeichen, das eine Verbesserung präzidiert)	<b>Nicht- standard- isierte Koeffizien- ten</b>				<b>Gesamtmodell:</b> Standard- fehler des $R^2$ Schätzers <sup>1</sup>
		B	SEB	$\beta$	p	
<b>TOSCA-3, Scham</b>	-					
<b>SSMIS, Selbstwert- minderung</b>	Hohe Selbstwert- minderung (SSMIS)	0.51	0.15	0.60	0.002 **	
	Hohe wahrgenommene Diskriminierung (PSQ)	2.16	3.21	0.12	0.51 n. s.	11.57 (14.74)
<b>AAQ</b>	keine PTSD-Diagnose	-3.77	2.04	-.36	0.08 (*)	0.09 4.90 (5.14)
<b>SBQoL</b>	Hohe Schamneigung (TOSCA-3)	0.05	0.03	0.32	0.14 n.s.	
	Hohe Feindseligkeit (BSL)	0.27	0.23	0.24	0.26 n.s.	0.14 0.74 (0.79)
<b>BSL, Gesamtwert</b>	Hohe Schamneigung (TOSCA-3)	0.04	0.02	0.36	0.07 (*)	
	geringe emotionale Unberührtheit (TOSCA-3)	-0.03	0.02	-0.28	0.16 n.s.	
	hohe Feindseligkeit (BSL)	0.17	0.18	0.18	0.35 n.s.	0.34 0.52 (0.64)

n. s.= nicht signifikant (\*) $p \leq 0.10$  \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$

Exemplarisch sei hier das Prädiktionsmodell für die BSL-Veränderung erläutert: Bei der Prädiktion der Veränderung des BSL-Wertes über den Therapiezeitraum mit der Einschluß-Methode zeigt sich ein Trend für den TOSCA-3-Scham-Wert als Prädiktor, wohingegen die Prädiktoren emotionale Unberührtheit (TOSCA-3) und Feindseligkeit (BSL) nicht signifikant werden. Dies lässt sich durch die negative Korrelation zwischen emotionale Unberührtheit (TOSCA-3) und Feindseligkeit (BSL) ( $r=-0.46$ ) und die negative Korrelation zwischen emotionale Unberührtheit (TOSCA-3) und

<sup>1</sup>Zum Vergleich in Klammern die Standardabweichung des präzidierten Outcome-Maßes von seinem Mittelwert

Schamneigung (TOSCA-3) ( $r=-0.40$ ) erklären. Das Gesamtmodell erklärt 34% der Varianz der BSL-Veränderung (adj.  $R^2= 0.34$ ). Der Standardfehler des Schätzers für das Gesamtmodell beträgt 0.52. Im Vergleich ist die Standardabweichung der BSL-Differenz mit 0.64 deutlich höher.

Dadurch, daß die Prädiktoren untereinander korrelierten, ergab sich für einige der Prädiktoren keine Signifikanz, da sich durch ihre Aufnahme in das Modell keine weitere Information ergab. Um herauszufinden, welche der Prädiktoren am aussagekräftigsten sind, wurde die multiple lineare Regressionsanalyse auch in der Schrittweise-Vorwärts-Methode (Signifikanzschwelle:  $p=0.11$ ) durchgeführt (Tab. 3. 4).

Tab. 3. 4 Prädiktion der Verbesserung in den Outcome-Maßen, für 25 Patientinnen, in der Vorwärts-Methode  
Zunächst wurden explorativ univariate lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Ließ sich auf einem Signifikanzniveau von  $p\leq 0.10$  ein Trend erkennen, wurden die entsprechenden Prädiktoren der multiplen linearen Regressionsanalyse zugefügt.

<b>Prädizierter Outcome-Bereich</b>	<b>Prädiktoren</b> (jeweils mit dem Vorzeichen, das eine Verbesserung präzisiert)	<b>Nicht-standardisierte Koeffizienten</b>					$\Delta R^2^2$	<b>Gesamtmodell:</b> Standard-Fehler des Schätzers <sup>3</sup>
		B	SEB	$\beta$	p	Signifikanz		
<b>SSMIS, Selbstwertminderung</b>	Hohe Selbstwertminderung (SSMIS)	0.55	0.13	0.65	0.001	0.40 ***		
							0.40	11.43 (14.74)
<b>AAQ</b>	keine PTSD-Diagnose	-3.77	2.04	-.36	0.08	0.09 (*)	0.09	4.90 (5.14)
<b>SBQoL</b>	Hohe Schamneigung (TOSCA-3)	0.06	0.03	0.40	0.04	0.13 *	0.13	0.74 (0.79)
<b>BSL, Gesamtwert</b>	Hohe Schamneigung (TOSCA-3)	0.05	0.02	0.40	0.04	0.26 *		
	Niedrige emotionale Unberührtheit (TOSCA-3)	-0.04	0.02	-0.35	0.07	0.08 (*)	0.34	0.52 (0.64)

n. s.= nicht signifikant (\*) $p\leq 0.10$  \* $p\leq 0.05$  \*\* $p\leq 0.01$  \*\*\* $p\leq 0.001$

Exemplarisch sei hier wiederum das Prädiktionsmodell für die BSL-Veränderung erläutert: Bei der Prädiktion der Veränderung des BSL-Wertes über den Therapiezeitraum mit der Schrittweise-Vorwärts-Methode erweist sich nun der TOSCA-3-Scham-Wert als signifikanter Prädiktor, ein Trend zeigt sich für den TOSCA-3-emotionale-Unberührtheit-Wert. Feindseligkeit wurde aufgrund ihrer zu geringen Signifikanz als Prädiktor aus dem Modell ausgeschlossen. Ein hoher Grad an

<sup>2</sup> Schrittweises Anwachsen von adj.  $R^2$  durch Aufnahme je einer neuen Variablen in das Prädiktionsmodell

<sup>3</sup>Zum Vergleich in Klammern die Standardabweichung des prädizierten Outcome-Maßes von seinem Mittelwert

Schamneigung und ein geringer Grad an Neigung zu emotionaler Unberührtheit zu Therapiebeginn sind prädiktiv für eine Verbesserung des BSL-Wertes während der Therapie. Schamneigung (TOSCA-3) allein erklärt schon 26% der Varianz der BSL-Veränderung, emotionale Unberührtheit (TOSCA-3) darüber hinaus noch 8%, so daß das Gesamtmodell 34% erklären kann (adj. R<sup>2</sup>= 0.34). Der Standardfehler des Schätzers für das Gesamtmodell beträgt 0.52. Im Vergleich ist die Standardabweichung der BSL-Differenz mit 0.64 deutlich höher.

Bei der Abnahme der Selbstwertminderung durch Selbst-Stigma liegt eine *Regression zur Mitte* vor, weshalb ein schlechter Ausgangswert eine Verbesserung prädiziert. Dieser Effekt erklärt sich dadurch, daß zu Beginn stark beeinträchtigte Patienten einen größeren Spielraum für Verbesserungen haben und sich deshalb durchschnittlich stärker verbessern als die Patientinnen, die schon zu Therapiebeginn relativ wenig eingeschränkt sind. Eine Verbesserung in Lebensqualität und borderlinespezifischen Symptomen läßt sich signifikant durch eine hohe Schamneigung prädizieren. Als zweiter Prädiktor für eine Verbesserung in der BSL ist auch eine geringe Neigung mit emotionaler Unberührtheit auf eigenes Fehlverhalten zu reagieren zu erkennen. Außerdem konnte die Verbesserung der Krankheitsakzeptanz durch das Fehlen der PTSD-Diagnose prädiziert werden.

### 3.3 Prädiktion des Therapieabbruches mit binär logistischer Regression

Zunächst wurde die Gruppe der Therapieabbrecher (N=19) mit der Gruppe der Nicht-Abbrecher (N=41) mit einem t-Test bei unabhängigen Stichproben bezüglich der Mittelwerte der zu Beginn der Therapie erhobenen Daten verglichen (Tab. 3. 5).

Tab. 3. 5 Vergleich der Mittelwerte zu T1 zwischen Abbrechern (N=19) und Nicht-Abbrechern (N=41)  
Ergebnisse mit einer Signifikanz von p≤0.10

Messinstrument	Mittelwert der Nicht- Abbrecher (SD) (N=41)	Mittelwert der Abbrecher (SD) (N=19)	Signifikanz p
Schuljahre	10.17 (1.38)	10.95 (1.61)	0.06 (*)
PSQ, wahrgenommene Diskriminierung	4.18 (0.77)	4.54 (0.54)	0.07 (*)
ADS	26.46 (10.71)	31.11(7.14)	0.05 *
AAQ	44.73 (6.63)	49.21 (5.65)	0.01 **
BSL, soziale Isolation	1.66 (0.82)	2.11 (0.86)	0.06 (*)
BSL, Feindseligkeit	1.35 (0.74)	1.79 (1.03)	0.06 (*)
SBQoL	3.10 (0.65)	2.74 (0.70)	0.06 (*)
SCL-90-R, Aggressivität	1.41 (1.01)	1.91 (0.75)	0.08 (*)
SCL-90-R, Paranoides Denken	1.00 (0.60)	1.32 (9.08)	0.08 (*)
STAI-X-2	58.90 (10.38)	65.89 (9.08)	0.01 **
Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	4.90 (4.98)	1.89 (1.59)	0.001***

n. s.= nicht signifikant (\*p≤0.10 \*p≤0.05 \*\*p≤0.01 \*\*\*p≤0.001

Patientinnen, die die Therapie abbrachen, waren im Durchschnitt länger zur Schule gegangen, nahmen Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker wahr, zeigten mehr Depressivität, weniger Krankheitsakzeptanz, mehr soziale Isolation, mehr Feindseligkeit, weniger Lebensqualität, mehr Aggressivität, mehr paranoides Denken, mehr Angstneigung und hatten weniger Suizidversuche in der Vorgeschichte.

Die Variablen, in denen sich Abbrecher von Nicht-Abbrechern unterschieden, wurden als mögliche Prädiktoren in die binär logistische Regression aufgenommen, um einen Abbruch zu prädizieren. Zusätzlich wurde auch die binäre Variable Alkohol- oder Substanzmißbrauch aktuell als möglicher Prädiktor aufgenommen, da einige Patientinnen die Therapie nicht von sich aus abbrachen, sondern aufgrund von Alkohol- oder Drogenmißbrauch die Klinik verlassen mußten. In den folgenden Tabellen sind die Ergebnisse der logistischen Regression dargestellt. Bei der abhängigen dichotomen Kriteriumsvariable Therapieabbruch handelt es sich um ein Ereignis, das eintreten kann oder nicht. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des Ereignisses bei einem Fall

wird dabei nach dem Ansatz  $p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$  berechnet, wobei  $z = B_1x_1 + B_2x_2 + \dots + c$ .  $x_i$  sind die

Werte der unabhängigen Variablen (=Prädiktoren),  $B_i$  sind Koeffizienten, deren Berechnung Aufgabe der binären logistischen Regression ist;  $c$  ist eine Konstante. Ergibt sich für  $p$  ein Wert kleiner als 0.5, nimmt man an, daß das Ereignis nicht eintritt; im anderen Fall nimmt man das Eintreffen des Ereignisses an. Der Standardfehler des Regressionskoeffizienten (SE B) zeigt an, wie sehr der Regressionskoeffizient von dieser Stichprobe abhängt. Je kleiner die Standardabweichung und entsprechend das Konfidenzintervall des Koeffizienten sind, desto verlässlicher ist die Prädiktion durch diesen Koeffizienten. Die Signifikanz gibt an, wie deutlich sich der Koeffizient B von 0 unterscheidet. Je mehr B von Null abweicht, desto höher die Signifikanz. Da jede Prädiktorvariable im Schrittweise-Vorwärts-Verfahren einzeln in das Prädiktionsmodell eingeht, läßt sich ermitteln, welchen Varianzanteil des Therapieabbruches der neu aufgenommene Prädiktor zusätzlich aufklärt.  $\Delta R^2$  gibt diesen Varianzanteil an. Die Güte des *Gesamtmodells* läßt sich am besten mit dem Bestimmtheitsmaß Nagelkerke  $R^2$  beurteilen. Es entspricht der Summe der  $\Delta R^2$ -Werte der einzelnen Prädiktorvariablen. Nagelkerke  $R^2$  gibt den Anteil der durch die logistische Regression erklären Varianz an. Dieses Gütemaß ist besser zur Einschätzung des Modells geeignet, als der Prozentsatz der richtig prädizierten Ereignisse.

In Tab. 3. 6 sind die Ergebnisse der logistischen Regression in der Einschluß-Methode dargestellt.

Tab. 3. 6 Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Einschluß-Methode

<b>Prädiktoren</b>	<b>Regressionskoeffizienten</b>			<b>Signifikanz</b> p	<b>Gesamtmodell: Nagelkerke R<sup>2</sup></b>
	B	SE B			
Schuljahre	0.07	0.27	0.79 n.s.		
PSQ, wahrgenommene Diskriminierung	0.91	0.66	0.17 n.s.		
ADS	0.04	0.06	0.51 n.s.		
AAQ	0.13	0.07	0.08 (*)		
BSL, soziale Isolation	-0.80	0.74	0.28 n.s.		
BSL, Feindseligkeit	0.31	0.60	0.61 n.s.		
SBQoL	0.27	0.76	0.72 n.s.		
SCL-90-R, Aggressivität/Feindseligkeit	0.19	0.51	0.71 n.s.		
SCL-90-R, Paranoides Denken	0.92	0.77	0.23 n.s.		
STAI-X-2	-0.00	0.06	0.94 n.s.		
Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	-0.35	0.20	0.08 (*)		
Alkohol- oder Substanzmißbrauch aktuell	0.27	0.72	0.70 n.s.		0.41

n. s.= nicht signifikant    (\*)p≤0.10    \*p≤0.05    \*\*p≤0.01    \*\*\*p≤0.001

Es läßt sich ein Trend dahingehend erkennen, daß weniger Krankheitsakzeptanz und weniger Suizidversuche in der Vorgeschichte einen Therapieabbruch prädizieren. Der Anteil der durch die logistische Regression erklärten Varianz beträgt 41 % (Nagelkerke R<sup>2</sup>=0.41). Das ist weitaus weniger als das grobe Gütemaß Prozentsatz der Richtigen mit 82%, das mit Hilfe der Vier-Felder-Tafel berechnet wird (Tab. 3. 7).

Tab. 3. 7 Vier-Felder-Tafel zur Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Einschluß-Methode

		<b>Predicted</b>		<b>Percent Correct</b>
		<b>kein Abbruch</b>	<b>Abbruch</b>	
<b>Observed</b>	<b>kein Abbruch</b>	k	A	
		37	4	90,24%
<b>Abbruch</b>	<b>Abbruch</b>	7	12	63,16%
		49	11	81,67%

Es wurden insgesamt 41 Nicht-Abbrüche und 19 Abbrüche beobachtet (Zeilen: Observed). Mithilfe des Prädiktionsmodells in der Einschluß-Methode wurden 44 Nicht-Abbrüche und 16 Abbrüche prädiziert (Spalten: Predicted). Die Anzahl der richtig prädizierten Nicht-Abbrüche beträgt 37, was ca. 90% entspricht. Die Anzahl der richtig prädizierten Abbrüche beträgt 12, was ca. 63 % entspricht. Der Prozentsatz der Richtigen insgesamt beträgt ca. 82% (49 von 60).

In Tab. 3. 8 sind die Ergebnisse der logistischen Regression in der Vorwärts-LR-Methode dargestellt.

Tab. 3. 8 Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Vorwärts-LR-Methode

<b>Prädiktoren</b>	<b>Regressions- koeffizienten</b>			<b>Signifi- kanz</b>	<b>Gesamt- modell: Nagel- kerke R<sup>2</sup></b>
	B	SE B	p	ΔR <sup>2</sup> <sup>4</sup>	
Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte	-0.31	0.14	0.03 *	0.19	
AAQ	0.11	0.05	0.03 *	0.11	0.30

n. s.= nicht signifikant (\*) $p<0.10$  \* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

Die Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte und die Krankheitsakzeptanz bleiben als signifikante Prädiktoren im Modell, während alle anderen Prädiktoren ausgeschlossen werden. Wenig Suizidversuche in der Vorgeschichte prädizieren einen Therapieabbruch und erklären 19% der Varianz. Wenig Krankheitsakzeptanz prädiziert ebenfalls einen Therapieabbruch und erklärt weitere 11%. Insgesamt können mit diesen beiden Prädiktoren 30% der Varianz erklärt werden. Das Gütemaß des Prozentsatz der Richtigen beträgt 73% (Tab. 3. 9).

Tab. 3. 9 Vier-Felder-Tafel zur Prädiktion des Therapieabbruches, für 60 Patientinnen, in der Vorwärts-LR-Methode

		<b>Predicted</b>			
		<b>kein Abbruch</b>	<b>Abbruch</b>	<b>Percent Correct</b>	
<b>Observed</b>	<b>kein Abbruch</b>	k	A		
		34	7	82,93%	
<b>Abbruch</b>	<b>Abbruch</b>	9	10	52,63%	
				<b>Overall</b> 73,33%	

Es wurden insgesamt 41 Nicht-Abbrüche und 19 Abbrüche beobachtet (Zeilen: Observed). Mithilfe des Prädiktionsmodells in der Vorwärts-LR-Methode wurden 43 Nicht-Abbrüche und 17 Abbrüche prädiziert. Die Anzahl der richtig prädizierten Nicht-Abbrüche beträgt 34, was ca. 83% entspricht. Die Anzahl der richtig prädizierten Abbrüche beträgt 10, was ca. 53% entspricht. Der Prozentsatz der Richtigen insgesamt beträgt ca. 73% (44 von 60).

<sup>4</sup> Schrittweises Anwachsen von Nagelkerke R<sup>2</sup> durch Aufnahme je einer neuen Variablen in das Prädiktionsmodell

## 4. Diskussion

### 4.1 Veränderung während der Therapie

Der IAT-Wert veränderte sich nicht signifikant. Schamneigung in der expliziten Messung, sowohl mit dem TOSCA-3, als auch mit dem PFQ-2 gemessen, nahm signifikant ab ( $p \leq 0.05$ ), während sich die Angstwerte in der expliziten Messung (STAI-X-1, STAI-X-2 und SCL-90-R-Angstneigung) kaum veränderten. Dies würde die Vermutung nahe legen, daß gegen Ende der Therapie die Assoziation von Selbst zu Angst stärker ist als die Assoziation von Selbst zu Scham, so daß zu erwarten gewesen wäre, daß der IAT-D-Wert negativer wird. Teachman und Woody (2003) konnten signifikante Veränderungen von impliziten Assoziationen bei Patienten mit Spinnenphobie vor und nach Expositionstherapie zeigen. Die Patienten führten verschieden konstruierte IATs durch. Die Zielkategorien „Spinne“ versus „Schlange“ waren immer die gleichen, während die beschreibenden Kategorien ausgewechselt wurden. Signifikante Änderungen zeigten sich bei den IATs, die in den beschreibenden Kategorien „Furcht“, „keine Furcht“ und „ekelerregend“, „ansprechend“ gegenüber stellten. Bei den IATs, die in den beschreibenden Kategorien „Gefahr“, „Sicherheit“ und „böse“ „gut“ gegenüber stellten, waren die Veränderungen jedoch nicht signifikant. Teachman und Woody (2003) interpretieren dieses Ergebnis so, daß die Patienten Spinnen immer noch als böse und gefährlich empfinden, während Furcht und Ekel aufgrund der Therapie reduziert werden konnten. Da jedoch explizite und implizite Maße in der hier vorliegenden Studie kaum korrelierten, ist es nicht verwunderlich, daß sich mit Hilfe des IAT kein Therapieeffekt erkennen ließ. Eine Möglichkeit der Interpretation wäre, daß Patientinnen sich zwar explizit verbessern, das heißt, daß sie in der Therapie gelernt haben, daß sie sich nicht zu schämen brauchen, und sich daher in den Selbstbeurteilungsskalen zur Messung von Schamneigung verbessern, daß Schamneigung jedoch unbewußt immer noch stark vorhanden ist, so daß sich die implizite Messung mit dem IAT, der nicht bewußt beeinflußbar ist, nicht verändert. Teachman und Woody (2003) sind der Meinung, daß Patienten, die sich in expliziten Maßen verbesserten, jedoch keine Verbesserung im IAT zeigten, ein höheres Rückfallrisiko haben, weil ihre verbliebenen impliziten Furcht-Assoziationen sie vulnerabler für Angst und Vermeidung machen.

Hochsignifikant verbesserten sich die Patientinnen in Lebensqualität und Krankheitsakzeptanz ( $p \leq 0.001$ ).

Auch die Abnahme von Schamneigung (TOSCA-3), self concurrence, Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (SSMIS), wahrgenommener Diskriminierung (PSQ), sozialem Rückzug (PSQ) und Dysphorie (BSL), sowie die Zunahme von Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Selbstwert (ES, RSE) waren signifikant ( $p \leq 0.01$ )

Insgesamt ließ sich feststellen, daß Parameter, von denen angenommen wird, daß sie den Therapieerfolg beeinflussen, wie Krankheitsakzeptanz (AAQ), Schamneigung (TOSCA-3), self concurrence (SSMIS), Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung (SSMIS), sozialer Rückzug (PSQ), Selbstwert (ES, RSE) und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), sich stärker veränderten, als Parameter die einen Überblick über die Gesamtsymptomatik, wie BSL-Gesamtwert, SCL-90-R-Gesamtwert und Empowerment-Gesamtwert, die entweder nicht signifikant waren oder nur einen Trend zur Verbesserung zeigten. Nur die Lebensqualität machte dabei eine Ausnahme. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, daß es in der kurzen Zeit der stationären Therapie nicht gelang, diese Globalwerte entscheidend zu beeinflussen, sondern daß in der stationären Therapie sich nur bestimmte Parameter verbessern, die sozusagen das Handwerkszeug für die anschließende ambulante Therapie darstellen, in der sich der Trend zur Verbesserung (BSL-Gesamtwert und SCL-90-R-Gesamtwert mit  $p=0.09$ ) vermutlich fortsetzt. Es wäre interessant zu untersuchen, ob Patientinnen, die sich in den genannten Parametern entscheidend verbesserten, in der ambulanten Therapie weitere Erfolge vorweisen können. Ebenso ist es jedoch möglich, daß dieser Effekt der Therapie sich in der kleinen Stichprobe der vorliegenden Studie ( $N=25$ ) nicht erkennen läßt. Bohus et al. (2004) stellten bei dem 12-wöchigen Prä-Post-Vergleich einen signifikanten Unterschied im SCL-90-R-Gesamtwert ( $p\leq 0.001$ ) fest. Die Stichprobe bestand ebenfalls aus Frauen mit einer Borderlinestörung zwischen 18 und 50 Jahren. Die Therapie war dieselbe. Die Stichprobe war jedoch etwas größer ( $N=31$ ).

## 4.2 Prädiktion des Therapieerfolges

Die **erste Hypothese** war, daß eine geringe Schamneigung ein Prädiktor für ein positives Therapieoutcome ist. Daher wurde angenommen, daß ein niedriger TOSCA-3-Wert eine Verbesserung prädiziert. Dies konnte nicht bestätigt werden. Statt dessen zeigte sich, daß eine hohe Schamneigung prädiktiv für eine Verbesserung war. Sowohl die Verbesserung der Lebensqualität (SBQoL-Differenz), als auch die Abnahme der Borderline-Symptome (BSL-Gesamtwert-Differenz), konnten durch eine hohe Schamneigung (TOSCA-3) prädiziert werden. In beiden Fällen lag die Signifikanz bei  $p=0.04$ . Im Falle der Verbesserung der Lebensqualität konnten 13% der Varianz durch eine hohe Schamneigung erklärt werden, im Falle der Abnahme der Borderline-Symptome sogar 26%. Am ehesten läßt sich dieses Ergebnis wohl durch den Regression-zur-Mitte-Effekt erklären. Schamneigung (TOSCA-3) korreliert positiv mit dem BSL-Gesamtwert ( $r=0.58$ ;  $p=0.002$ ) und negativ mit dem SBQoL-Wert ( $r=-0.58$ ;  $p=0.002$ ). Dies bedeutet, daß Patientinnen, die stark zu Scham neigen, schlechte Ausgangswerte haben, und sich somit stärker verbessern können.

Außerdem wurde davon ausgegangen, daß Scham einen negativeren Effekt auf das Therapieoutcome hat als Angst. Daher wurde angenommen, daß ein niedriger IAT-Wert eine Verbesserung prädiziert. Auch diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen. Der IAT-Wert war in der univariaten linearen Regressionsanalyse für kein Therapieoutcome-Maß ein signifikanter Prädiktor.

Die **zweite Hypothese** war, daß eine geringe Neigung, mit emotionaler Unberührtheit auf eigenes Fehlverhalten zu reagieren, ein Prädiktor für ein positives Therapieoutcome ist. Daher wurde angenommen, daß niedrige emotionale Unberührtheit (TOSCA-3) eine Verbesserung prädiziert. Die Ergebnisse zeigen einen Trend in diese Richtung: in Form eines nicht-signifikanten Trends ( $p=0.07$ ) prädiziert niedrige emotionale Unberührtheit (TOSCA-3) eine Abnahme der Borderline-Symptome (BSL-Gesamtwert-Differenz). Damit können 8% der Varianz erklärt werden. Dies bedeutet, daß ein Teil des Therapieerfolges davon abhängt, wie stark Patientinnen zu emotionaler Unberührtheit neigen. Möglicherweise würde dieser Effekt sich bei einer größeren Stichprobe deutlicher zeigen.

Die **dritte Hypothese** war, daß wenig wahrgenommene Diskriminierung und wenig Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung ein positives Therapieoutcome prädizieren. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. In der Einschluß-Methode zeigt sich sogar, daß ein hoher PSQ-Wert und viel Selbstwertminderung durch Selbststigmatisierung prädiktiv für eine Verbesserung waren. Da sich keine Signifikanz zeigte, ( $p=0.51$ ) wurde wahrgenommene Diskriminierung nicht in das Modell nach der Schrittweise-Vorwärts-Methode aufgenommen. Es ließ sich also kein Zusammenhang zwischen wahrgenommener Diskriminierung und Therapieerfolg feststellen. Es konnte jedoch festgestellt werden, daß wahrgenommene Diskriminierung einen Zusammenhang zu Therapieabbruch zeigt (siehe 3. 3 und 4. 3). Mit einer Signifikanz von  $p\leq0.001$  prädiziert viel Selbstwertminderung durch Selbst-Stigmatisierung eine Abnahme der Selbstwertminderung. Damit können 40% der Varianz erklärt werden. Dieses Ergebnis lässt sich vermutlich auf den Regression-zur-Mitte-Effekt zurückführen.

Die **vierte Hypothese** war, daß viel Selbstwirksamkeitserwartung zu einem verbesserten Therapieoutcome führt. Daher wurde angenommen, daß ein hoher SWE-Wert eine Verbesserung prädiziert. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Therapieoutcome. Selbstwirksamkeitserwartung spielt entweder in der kurzen stationären Therapie keine entscheidende Rolle, oder dieser Effekt zeigt sich erst bei der Untersuchung größerer Stichproben.

Die **fünfte Hypothese** war, daß viel Krankheitsakzeptanz eine Verbesserung prädiziert. Daher wurde davon ausgegangen, daß ein geringer AAQ-Wert ein Prädiktor für ein positives Therapieoutcome ist. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Krankheitsakzeptanz und Therapieoutcome. Akzeptanz spielt entweder in der kurzen stationären Therapie keine entscheidende Rolle für die Verbesserung oder dieser Effekt konnte wegen der kleinen Stichprobe nicht erkannt werden.

Die **sechste Hypothese** war, daß wenig Feindseligkeit (BSL), eine Verbesserung prädiziert. Feindseligkeit zeigte sich in der univariaten linearen Regressionsanalyse als Prädiktor für die Zunahme der Lebensqualität (SBQoL-Differenz) und für die Abnahme der Borderline-Symptome (BSL-Gesamtwert-Differenz). Jedoch anders als angenommen prädiziert ein hoher Wert eine Verbesserung. Aufgrund seiner geringen Signifikanz wurde dieser Prädiktor jedoch in der Schrittweise-Vorwärts-Methode nicht in das Modell aufgenommen. Feindseligkeit als Prädiktor für den Therapieerfolg ließ sich in dieser kleinen Stichprobe nicht nachweisen.

Die **siebte Hypothese** war, daß wenig Unsicherheit im Sozialkontakt ein Prädiktor für ein positives Therapieoutcome ist. Diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen. Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem SCL-90-R-Unsicherheit-im-Sozialkontakt-Wert und Therapieoutcome festgestellt werden. Dies könnte entweder daran liegen, daß es gelingt auch Patientinnen, die Probleme im sozialen Kontakt haben, in die Gruppe zu integrieren, so daß auch Patientinnen mit Unsicherheit im Sozialkontakt von der Unterstützung durch die „Patinnen“ (siehe 1.7, achte Hypothese) profitieren, oder aber die Unterstützung durch Mitpatientinnen hat nicht so große Bedeutung wie bisher angenommen.

Die **achte Hypothese** war, daß wenig Angstneigung eine Verbesserung prädiziert. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen dem STAI-X-2-Wert und Therapieoutcome feststellen. Angstneigung als Prädiktor für den Therapieerfolg ließ sich in dieser kleinen Stichprobe nicht nachweisen. Die Divergenz zu anderen Studien kann auch dadurch erklärt werden, daß es sich um Patienten mit einer anderen Diagnose (BPD statt Major Depression) und um eine andere Therapieform handelt (DBT statt IPT).

Die **neunte Hypothese** war, daß Patientinnen ohne PTBS stärker von der Therapie profitieren, so daß das Fehlen einer PTBS ein positives Therapieoutcome prädiziert. Diese Hypothese konnte zum Teil bestätigt werden. Es zeigte sich ein Trend ( $p=0.08$ ), dass das Fehlen einer PTBS eine Erhöhung der Krankheitsakzeptanz prädiziert. Dies erklärt 9% der Varianz. Das Fehlen der PTBS ist jedoch

kein Prädiktor für die anderen Therapieoutcome-Maße. Es ist anzunehmen, daß es Patientinnen mit PTBS schwer fällt, ihre Erkrankung zu akzeptieren. Am ehesten ist dies durch Vermeidungsschemata zu erklären: Da die Auseinandersetzung mit der Krankheit oft traumaassoziiert ist, wird eine zu intensive Auseinandersetzung vermieden, so daß keine Krankheitsakzeptanz erreicht werden kann.

#### **4.3 Prädiktion des Therapieabbruches**

Die **zehnte Hypothese** war, daß Abbrecher und Nicht-Abbrecher sich durch bestimmte Merkmale charakterisieren lassen und daß sich Therapieabbruch durch diese Merkmale prädizieren läßt.

Daß Abbrecher sozial isolierter (BSL), feindseliger (BSL), aggressiver (SCL-90-R) und paranoider (SCL-90-R) sind, passt sowohl zum autonomen Typen nach Leihener et al. (2003) als auch zum externalisierenden Typen nach Whewell et al. (2000). Diese Unterschiede zu Nicht-Abbrechern ließen sich jedoch nur als Trend erkennen. Es ist zu vermuten, daß sich dieser Effekt in einer größeren Stichprobe stärker zeigen würde. Der größte Unterschied war in der Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte festzustellen. Abbrecher beginnen 2.6-mal weniger Suizidversuche als Nicht-Abbrecher. Autonomer und dependenter Typ nach Leihener et al. (2003) zeigten keine Unterschiede in Suizidalität, wohingegen der externalisierende Typ nach Whewell et al. (2000) unter anderem durch wenig Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten charakterisiert wird.

Die Vermutung, daß Abbrecher stärker unter Scham leiden, ließ sich in dieser kleinen Stichprobe nicht bestätigen.

Wie erwartet zeigte sich ein Trend zur stärkeren Wahrnehmung von Diskriminierung (PSQ) bei Abbrechern. Dieses Ergebnis ist jedoch vorsichtig zu interpretieren, da sich dieser Unterschied bezüglich Stigma in keiner der Skalen der SSMIS zeigte. Weder die Wahrnehmung von Stereotypen, noch die Zustimmung, noch self concurrence, noch die daraus resultierende Abnahme des Selbstwerts unterschieden sich bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern.

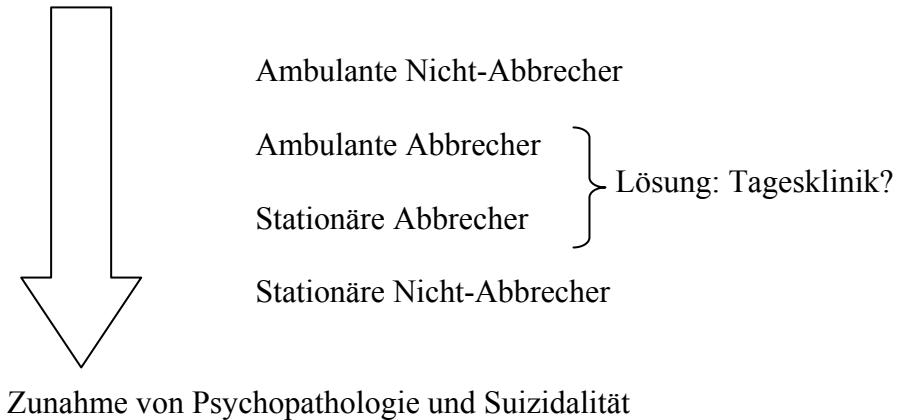
Abbrecher zeigten jedoch wie erwartet weniger Krankheitsakzeptanz (AAQ) als Nicht-Abbrecher. Bei der Krankheitsakzeptanz wäre es interessant zu wissen, ob Patientinnen deshalb die Therapie abbrechen, weil sie sich unbewußt gar nicht mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen möchten, oder weil sie selber merken, daß ohne diesen Schritt der Akzeptanz die ganze Therapie keinen Sinn macht, und sie sich daher ganz bewußt dafür entscheiden, die Therapie abzubrechen. Es wäre vorstellbar, daß einige der Patienten zu diesem ersten Schritt (Akzeptanz und innere Distanzierung, siehe 1. 7 fünfte Hypothese) nicht bereit sind und deshalb die Klinik verlassen.

Das Ergebnis, daß Abbrecher höchstsignifikant weniger Suizidversuche in der Vorgeschichte berichteten, stimmt gut mit den Ergebnissen von Gunderson et al. (1989) überein. Im

Gegensatz zu den Ergebnissen von Gunderson et al. (1989), die feststellten, daß Abbrecher weniger depressiv (SCL-90-R) waren als Nicht-Abbrecher, zeigten Abbrecher jedoch mehr Psychopathologie (ADS, STAI-X2) und einen Trend zu weniger Lebensqualität (SBQoL). Dieses Ergebnis ist nur vorsichtig zu interpretieren, da die Depressivität in der vorliegenden Studie auch mit dem BDI und der SCL-90-R erfaßt wurde, und sich Abbrecher von Nicht-Abbrechern in diesen Maßen nicht unterschieden.

In früheren Studien zeigte sich, daß in der ambulanten Therapie Abbrecher eher kränker waren, wohingegen in der stationären Therapie Abbrecher eher gesünder waren. Dies lässt vermuten, daß es eine Gruppe von Patientinnen gibt, die sozusagen „zu krank“ für eine ambulante und „zu gesund“ für eine stationäre Therapie sind (siehe Abb. 2). Gunderson et al. (1989) schlagen für diese Gruppe, die sozusagen „aus dem Rahmen“ fällt, alternative Therapiemöglichkeiten, wie beispielsweise die Tagesklinik, vor: „If this impression is borne out by future studies, it implies that healthier inpatient borderlines and more disturbed outpatient borderlines might both be better served by an intermediate-level care facility, such as a halfway house or day care center.“(Gunderson et. al., 1989, p.42).

Abb. 2 Therapieabbruch in Abhängigkeit von Psychopathologie und Suizidalität



Zunahme von Psychopathologie und Suizidalität

Der Therapieabbruch läßt sich durch wenige Suizidversuche in der Vorgesichte und wenig Krankheitsakzeptanz prädizieren. Dies läßt erkennen, daß eine starke Krankheitsakzeptanz notwendig ist, damit Patientinnen die Therapie nicht abbrechen. Als Konsequenz für die Klinik könnte dies bedeuten, daß nur Patientinnen zur stationären Therapie aufgenommen werden, die sich in ambulanter Therapie bereits Krankheitsakzeptanz erarbeitet haben, oder aber, daß zu Beginn der stationären Therapie der Schwerpunkt auf das Erlangen von Krankheitsakzeptanz gelegt wird. Ein noch stärkerer Prädiktor als die geringe Krankheitsakzeptanz waren wenige Suizidversuche in der Vorgesichte. Dieser Prädiktor war sehr viel besser dazu geeignet, einen Therapieabbruch vorauszusagen als die anderen Variablen, die auf eine Zugehörigkeit zu einem bestimmten

Borderline-Typen hinwiesen, die gar nicht in das Prädiktionsmodell in der Vorwärts-LR-Methode aufgenommen wurden. Die Prädiktion des Therapieabbruches durch Variablen, die auf Zugehörigkeit zu einem bestimmten Borderline-Typen hinweisen, konnte in dieser kleinen Stichprobe nicht bestätigt werden. Die Diagnose Alkohol- oder Substanzmißbrauch konnte in dieser kleinen Stichprobe nicht als Prädiktor erkannt werden.

Abschließend läßt sich also sagen, daß wenig Suizidversuche in der Vorgeschichte einen Therapieabbruch prädizieren. Ungeklärt bleibt die Frage, ob die Gründe hierfür, darin zu suchen sind, daß Abbrecher sich eher dem launisch-externalisierenden Typen nach Whewell et al. (2000) zurechnen lassen oder darin, daß Abbrecher unter einem geringeren Leidensdruck standen. Es wäre interessant, dies in einer weiterführenden Studie mit einer möglichst großen Stichprobe zu untersuchen. Diese Unterscheidung hätte durchaus klinische Relevanz: Ließe sich zeigen, daß Patientinnen, die eher dem „externalisierenden“ Typen zugehören, die Therapie eher abbrechen, wäre zu überlegen, ob für diese Patientinnen nicht eine andere Therapie entwickelt werden müßte. Ist dieses Ergebnis jedoch allein als Bestätigung von dem bereits von Gunderson et al. (1989) gefundenen Ergebnis, daß gesündere Patientinnen die stationäre Therapie eher abbrechen, zu interpretieren, zeigt es die Bedeutung der sorgfältigen Beurteilung, ob eine Patientin stationär, ambulant oder in der Tagesklinik zu behandeln ist.

## 5.Anhang: Bögen der Messinstrumente

### ESS

(Turner & Waugh, 2001; dt. Version von Rüsch & Brück)

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in diesem Augenblick** fühlen, wenn Sie die zwei entgegengesetzten Wort-Zustände vergleichen. Zum Beispiel, wenn Sie sich sehr warm fühlen (im Vergleich zu sehr kühl), kreuzen Sie die 1 an. Wenn Sie sich jedoch sehr kühl fühlen (im Vergleich zu sehr warm), markieren Sie die 7. Wenn Sie sich zwischen diesen beiden Zuständen fühlen, kreuzen Sie die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten beschreibt, wie Sie sich in diesem Augenblick fühlen.

#### **Körperlich fühle ich mich:**

1.	sehr warm	1	2	3	4	5	6	7	sehr kühl
2.	mit normalem Herzschlag	1	2	3	4	5	6	7	mit raschem Herzschlag
3.	blaß	1	2	3	4	5	6	7	errötet

#### **Emotional fühle ich mich:**

4.	gut	1	2	3	4	5	6	7	schlecht
5.	klar	1	2	3	4	5	6	7	verwirrt
6.	zufrieden	1	2	3	4	5	6	7	unglücklich
7.	ruhig	1	2	3	4	5	6	7	sehr erregt/unruhig

#### **Unter Menschen möchte ich:**

8.	mich verstecken	1	2	3	4	5	6	7	gesellig sein
9.	mich unterhalten	1	2	3	4	5	6	7	ruhig sein

#### **Unter Menschen habe ich das Gefühl:**

10.	keiner sieht mich	1	2	3	4	5	6	7	Leute sehen mich an
-----	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

**Bitte beurteilen Sie die folgende Aussage je nachdem, wie sehr Sie anderer Meinung sind oder mit der Aussage übereinstimmen.**

1	2	3	4	5	6	7
<b>Stimme überhaupt nicht zu</b>						<b>Stimme stark zu</b>

11. Ich wäre bereit, meine Noten/Beurteilungen in Ausbildung/Beruf mit meinen Kollegen/Bekannten in diesem Augenblick zu besprechen.

PFQ-2  
 (Harder & Lewis, 1987; dt. Version von Rüscher & Brück)

**Bitte schreiben Sie links neben jedes der unten aufgeführten Gefühle eine Zahl von 0 bis 4, die angibt, wie häufig Sie das Gefühl haben.**

**4** = Sie haben das Gefühl andauernd oder fast andauernd.

**3** = Sie haben das Gefühl häufig, doch nicht andauernd.

**2** = Sie haben das Gefühl zeitweise.

**1** = Sie haben das Gefühl selten.

**0** = Sie haben das Gefühl nie.

- 1. Peinlichkeit
- 2. leichtes Schuldgefühl
- 3. sich lächerlich fühlen
- 4. Sorge, jemand anderen zu verletzen oder ihm weh zu tun
- 5. Traurigkeit
- 6. Befangenheit
- 7. sich erniedrigt fühlen
- 8. intensives Schuldgefühl
- 9. Euphorie
- 10. sich "blöd" vorkommen
- 11. Bedauern
- 12. sich kindisch fühlen
- 13. leichte Freude
- 14. sich hilflos, gelähmt fühlen
- 15. Depression
- 16. Gefühl zu erröten
- 17. Gefühl, Kritik zu verdienen dafür, was man getan hat
- 18. sich lachhaft fühlen
- 19. Wut
- 20. Freude
- 21. sich abscheulich gegenüber anderen vorkommen
- 22. Reue

**TOSCA-3**

(Tangney et al., 2000; dt. Version von Rüscher &amp; Brück, kurz: 11 neg., 0 pos.)

**Instruktion:**

**In diesem Fragebogen sind Situationen beschrieben, denen Sie im alltäglichen Leben begegnen könnten. Anschließend werden mehrere häufig vorkommende Reaktionsweisen genannt.**

Wenn Sie die einzelnen Situationsbeschreibungen lesen, versetzen Sie sich bitte in diese Lage. Schätzen Sie dann bitte ein, wie wahrscheinlich jede der genannten Reaktionen für Sie ist. Es ist wichtig, daß Sie alle Reaktionsweisen nach ihrer Wahrscheinlichkeit einschätzen, da in einer und derselben Situation mehr als eine Reaktionsweise auf Sie zutreffen kann. Es ist auch möglich, daß Ihre Reaktion zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich ausfällt.

**Zum Beispiel:**

**Sie wachen an einem Samstag morgen früh auf. Draußen ist es kalt und regnerisch.**

	1= nicht wahrscheinlich		5= sehr wahrscheinlich		
a.) Sie würden einen Freund anrufen, um Neuigkeiten auszutauschen.	1	2	3	4	5
b.) Sie würden die gewonnene Zeit nutzen, um die Zeitung zu lesen.	1	2	3	4	5
c.) Sie wären darüber enttäuscht, daß es regnet.	1	2	3	4	5
d.) Sie würden sich fragen, warum Sie so früh aufgewacht sind.	1	2	3	4	5

In dem oben angegebenen Beispiel habe ich alle Reaktionsweisen auf einer Skala von 1-5 durch das Ankreuzen einer Zahl eingeschätzt.

Unter **a.)** habe ich z.B. die 1 angekreuzt, weil ich Samstags früh morgens keinen Freund wecken möchte – es ist deshalb nicht wahrscheinlich, daß ich dies tun würde.

Unter **b.)** habe ich die 5 angekreuzt, da ich fast immer Zeitung lese, wenn ich morgens mal Zeit dafür habe.

Unter **c.)** habe ich die 3 angekreuzt, weil es für mich mal so und mal so sein kann. Manchmal bin ich enttäuscht über den Regen und manchmal auch nicht. Es hängt davon ab, was ich mir für den Tag vorgenommen habe.

Unter **d.)** habe ich die 4 angekreuzt, weil ich mich wahrscheinlich fragen würde, warum ich so früh aufgewacht bin.

**Bitte lassen Sie keine Antwort aus – bearbeiten Sie alle Fragen.**

**1. Sie planen, mit einem Freund gemeinsam Mittagessen zu gehen. Um fünf Uhr nachmittags bemerken Sie, daß Sie ihn versetzt haben.**

<b>1= nicht wahrscheinlich</b>	<b>5= sehr wahrscheinlich</b>
--------------------------------	-------------------------------

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a.) Sie würden denken: „Ich bin rücksichtslos“.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.) Sie würden denken: „Er wird schon Verständnis dafür haben.“                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c.) Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gutzumachen.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d.) Sie würden denken: „Na ja, mein Chef hat mich kurz vor der Mittagspause noch aufgehalten.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**2. Sie haben auf der Arbeit einen Gegenstand kaputtgemacht und verstecken ihn anschließend.**

<b>1= nicht wahrscheinlich</b>	<b>5= sehr wahrscheinlich</b>
--------------------------------	-------------------------------

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a.) Sie würden denken: „Das ist mir unangenehm. Ich muß ihn entweder selbst wieder in Ordnung bringen oder jemanden finden, der dies für mich tun könnte.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.) Sie würden über eine Kündigung nachdenken.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c.) Sie würden denken: „Viele Dinge sind heutzutage eben nicht sehr gut verarbeitet.“  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d.) Sie würden denken: „Es war nur ein Versehen.“  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**3. Auf der Arbeit verschieben Sie die Planung einer wichtigen Aufgabe auf die letzte Minute, und alles geht schief.**

<b>1= nicht wahrscheinlich</b>	<b>5= sehr wahrscheinlich</b>
--------------------------------	-------------------------------

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a.) Sie würden sich inkompotent fühlen.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.) Sie würden denken: „Der Tag hat eben nie genug Stunden.“              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c.) Sie würden denken: „Ich hätte eine Strafe verdient.“                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d.) Sie würden denken: „Ich habe alles getan, was in meiner Macht stand.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**4. Auf der Arbeit machen Sie einen Fehler. Sie finden heraus, daß ein anderer Mitarbeiter dafür verantwortlich gemacht wird.**

	1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich	
a.) Sie würden denken: „Die Firmenleitung mag diesen Mitarbeiter eben nicht.“	1	2	3	4	5
b.) Sie würden denken: „Das Leben ist ungerecht.“	1	2	3	4	5
c.) Sie würden schweigen und diesem Mitarbeiter aus dem Weg gehen.	1	2	3	4	5
d.) Sie wären unzufrieden und sehr darum bemüht, die Situation richtigzustellen.	1	2	3	4	5

**5. Während eines Spieles werfen Sie einen Ball. Dieser trifft einen Freund ins Gesicht.**

	1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich	
a.) Sie fühlen sich unfähig, da Sie noch nicht einmal in der Lage sind, einen Ball zu werfen.	1	2	3	4	5
b.) Sie würden denken, daß Ihr Freund das Fangen wohl noch ein bißchen üben muß.	1	2	3	4	5
c.) Sie würden denken: „Es war nur ein Versehen.“	1	2	3	4	5
c.) Sie würden sich entschuldigen und dafür sorgen, daß es Ihrem Freund besser geht.	1	2	3	4	5

**6. Sie überfahren auf der Straße ein kleines Tier.**

	1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich	
a.) Sie würden denken, daß dieses Tier nicht auf die Straße gehört.	1	2	3	4	5
b.) Sie würden denken: „Ich bin ein schrecklicher Mensch.“	1	2	3	4	5
c.) Sie würden es als Unfall ansehen.	1	2	3	4	5
d.) Sie würden wahrscheinlich mehrmals darüber nachdenken und sich fragen, ob Sie es hätten verhindern können.	1	2	3	4	5

**7. Sie verlassen eine Prüfung und denken, Sie waren sehr gut. Dann finden Sie heraus, daß Sie schlecht abgeschnitten haben.**

	1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich	
a.) Sie würden denken: „Es war ja nur eine Prüfung.“	1	2	3	4	5
b.) Sie würden denken: „Der Prüfer mag mich nicht.“	1	2	3	4	5
c.) Sie würden denken: „Ich hätte mehr lernen sollen.“	1	2	3	4	5
d.) Sie würden sich blöd vorkommen.	1	2	3	4	5

**8. Während Sie mit einer Gruppe von Freunden ausgehen, machen Sie sich über einen Freund lustig, der nicht anwesend ist.**

	1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich	
a.) Sie würden denken: „Das war ja nur Spaß; das ist harmlos.“	1	2	3	4	5
b.) Sie würden sich klein und mies vorkommen.	1	2	3	4	5
c.) Sie würden denken, daß dieser Freund vielleicht hätte dabeisein sollen, um sich verteidigen zu können.	1	2	3	4	5
d.) Sie würden sich entschuldigen und über die guten Seiten dieses Freundes reden.	1	2	3	4	5

**9. Sie machen auf der Arbeit bei einer wichtigen Aufgabe einen großen Fehler. Andere Leute waren von Ihrer Arbeit abhängig, und Ihr Chef kritisiert Sie.**

	1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich	
a.) Sie würden denken, Ihr Chef hätte die Erwartungen, die an Sie gestellt werden, klarer machen sollen.	1	2	3	4	5
b.) Sie würden sich am liebsten verstecken.	1	2	3	4	5
c.) Sie würden denken: „Ich hätte das Problem erkennen und lösen sollen.“	1	2	3	4	5
d.) Sie würden denken: „Na ja, es ist eben niemand perfekt.“	1	2	3	4	5

**10. Sie kümmern sich um den Hund Ihres Freundes, während der Freund im Urlaub ist, und der Hund läuft Ihnen davon.**

<b>1=</b>	<b>5=</b>
<b>nicht</b>	<b>sehr</b>
<b>wahrscheinlich</b>	<b>wahrscheinlich</b>

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a) Sie würden denken, "Ich bin verantwortungslos und inkompetent."   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.) Sie würden denken, Ihr Freund kann sich nicht sehr gut um seinen Hund kümmern, denn sonst wäre er nicht davongelaufen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c.) Sie würden schwören, beim nächsten Mal vorsichtiger zu sein.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d.) Sie würden denken, Ihr Freund könnte sich einfach einen neuen Hund zulegen   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**11. Sie gehen zur Hauseinweihungsfeier eines Kollegen und verschütten Rotwein auf seinem neuen cremefarbenen Teppich, doch Sie denken, es bemerkt niemand.**

<b>1=</b>	<b>5=</b>
<b>nicht</b>	<b>sehr</b>
<b>wahrscheinlich</b>	<b>wahrscheinlich</b>

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Sie denken, Ihr Kollege hätte mit einigen Mißgeschicken bei so einer großen Party rechnen sollen.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b.) Sie würden bis zum Ende bleiben, um nach der Party zu helfen, den Fleck zu entfernen.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Sie würden sich von der Party fort wünschen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d.) Sie würden sich wundern, warum Ihr Kollege sich entschied, Rotwein bei diesem neuen, hellen Teppich zu servieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Fragebogen zum Umgang mit der Erkrankung Teil I = PSQ** (Link et al. 1989; dt. Version von Angermeyer et al., 1987)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren Umgang mit der Erkrankung. Es geht auch um Meinungen über Menschen, die psychiatrisch behandelt wurden. Was denken Sie: Inwieweit treffen diese Aussagen zu?

Kreuzen Sie einfach die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Die meisten Leute haben nichts dagegen, einen ehemaligen psychiatrischen Patienten zum Freund zu haben.	stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau
2. Die meisten Leute glauben, dass jemand, der einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus war, genauso intelligent ist wie der Durchschnitt der Bevölkerung.	stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau
3. Die meisten Leute sind der Meinung, dass man einem ehemaligen psychiatrischen Patienten genauso vertrauen kann wie einem Durchschnittsbürger.	stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau
4. Die meisten Leute sind damit einverstanden, dass ein ehemaliger psychiatrischer Patient, der sich von seiner Krankheit wieder vollständig erholt hat, als Volksschullehrer kleine Kinder unterrichtet.	stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau
5. Die meisten Leute betrachten es als ein Zeichen persönlichen Versagens, wenn jemand in eine psychiatrische Klinik kommt.	stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
--	------------------------------	--	--	--	-----------------

6. Die meisten Leute lassen keinen ehemaligen psychiatrischen Patienten auf ihre Kinder aufpassen, selbst wenn es diesem seit einiger Zeit gut geht.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Die meisten Leute halten weniger von jemandem, der einmal in einer psychiatrischen Klinik war.

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
1	2	3	4	5	6

8. Die meisten Arbeitgeber stellen einen ehemaligen psychiatrischen Patienten ein, wenn dieser für die Tätigkeit qualifiziert ist.

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
1	2	3	4	5	6

9. Die meisten Arbeitgeber übergehen die Bewerbung eines ehemaligen psychiatrischen Patienten und nehmen lieber einen anderen Bewerber.

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
1	2	3	4	5	6

10. Die meisten Leute behandeln einen ehemaligen Patienten genauso wie andere Menschen.

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
1	2	3	4	5	6

11. Die meisten jungen Frauen verabreden sich nur ungern mit einem Mann, der in einer psychiatrischen Klinik war.

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
1	2	3	4	5	6

12. Wenn jemand einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus war, dann nehmen die meisten Leute seine Meinung nicht mehr ernst.

	stimmt überhaupt nicht				stimmt genau
1	2	3	4	5	6

	stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
13. Ein ehemaliger psychiatrischer Patient verschweigt besser seine Krankenhausaufenthalte, um eine Arbeitsstelle zu bekommen.	1      2      3      4      5      6	

	stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
14. Es gibt keinen Grund, warum jemand verheimlichen sollte, dass er/ sie in psychiatrischer Behandlung war.	1  2  3  4  5  6	

	stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
15. Am besten hält man es geheim, wenn man wegen einer schweren psychischen Krankheit in Behandlung war.	1  	2  

	stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
16. Am besten hält man es geheim, wenn man wegen einer schweren psychischen Krankheit in Behandlung war.	1  2  3  4  5  6	

	stimmt überhaupt nicht	stimmt genau				
17. Ich verheimliche es selten, dass ich in psychiatrischer Behandlung war.	1      	2      	3      	4      	5      	6      

	stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
18. Ich hielt es für das beste, den Leuten, die mir nahestehen, zu einem besseren Verständnis der psychiatrischen Behandlung	1  2  3  4  5  6	

<p>19. Hätte ich den Eindruck, dass sich ein Freund in meiner Gesellschaft unbehaglich fühlt, weil ich in psychiatrischer Behandlung war, würde ich es auf mich nehmen, ihn über</p>	<p>stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt genau</p>
	<p>1      2      3      4      5      6</p>	

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
20. Hätte ich den Eindruck, dass ein Arbeitgeber nur ungern jemanden einstellt, weil er in psychiatrischer Behandlung war, würde ich es auf mich nehmen, ihn über meine Behandlung aufzuklären.						

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
21. Nachdem ich in psychiatrischer Behandlung war, passierte es oft, dass ich andere darüber aufklärte, was es bedeutet, ein psychiatrischer Patient zu sein.						

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
22. Ich würde mich an einer Initiative beteiligen, die sich dafür einsetzt, die Öffentlichkeit mehr über die psychiatrische Behandlung und die Probleme der Menschen, die psychiatrische Hilfe suchen, aufzuklären.						

	Stimmt Überhaupt Nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
23. Es ist leichter für mich, mit Menschen befreundet zu sein, die selbst schon einmal psychiatrische Patienten waren.						

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
24. Wenn ich denke, dass jemand eine negative Einstellung gegenüber psychiatrischen Patienten hat, dann würde ich versuchen, ihm aus dem Weg zu gehen.						

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
25. Nach einer psychiatrischen Behandlung ist es das beste, seine Gedanken bei sich zu behalten.						

26. Bei der Bewerbung um einen Job würde ich Unterlagen, die über vergangene psychiatrische Behandlungen fragen, nicht ausfüllen.

stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6

27. Wenn ich glaube, dass ein Arbeitgeber nur ungern ehemalige psychiatrische Patienten einstellt, würde ich mich bei ihm für einen Job nicht bewerben.

stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6

28. Wenn ich wüßte, dass ein Bekannter weniger von mir hält, weil ich in psychiatrischer Behandlung war, würde ich versuchen, ihm aus dem Weg zu gehen.

stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6

29. Wenn ich Leute das erste Mal treffe, bemühe ich mich darum, meine psychiatrische Vergangenheit für mich zu behalten.

stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6

**Fragebogen zum Umgang mit der Erkrankung Teil II = ES** (Rogers et al., 1997; dt. Version von Kleim): items 1-28; **SWE** (Schwarzer, 1993): items 29-38

Der folgende Fragebogen besteht aus Aussagen zu Lebenseinstellungen. Dabei geht es auch um das Entscheidungen-treffen-müssen im Leben. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am ehesten Ihrer eigenen Einstellung entspricht. Sie brauchen nicht viel Zeit mit einzelnen Aussagen zu verbringen. Kreuzen Sie einfach so an, wie Sie es in diesem Moment empfinden - erste Eingebungen sind normalerweise die besten.

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
	1	2	3	4	5	6
1. Ich kann ziemlich genau bestimmen, was in meinem Leben passieren wird.						
2. Man wird nur durch das eigene Denken eingegrenzt.						
3. Man hat mehr Macht, wenn man sich als Gruppe zusammenschliesst.						
4. Sich aufzuregen hilft niemals.						
5. Ich habe eine positive Einstellung gegenüber mir selbst.						

	stimmt überhaupt nicht			stimmt genau		
6. Was meine Entscheidungen betrifft, bin ich zuversichtlich.	1	2	3	4	5	6
7. Man darf sich nicht über etwas aufregen, bloß weil einem etwas nicht paßt.	1	2	3	4	5	6
8. Die meisten schlechten Dinge in meinem Leben sind auf Pech zurückzuführen.	1	2	3	4	5	6
9. Ich sehe mich selbst als fähige Person.	1	2	3	4	5	6
10. Ärger anzuzetteln bringt einem nichts.	1	2	3	4	5	6
11. Leute, die sich zusammenschliessen, können positive Auswirkungen auf das Gemeinschaftsleben haben.	1	2	3	4	5	6
12. Meistens bin ich fähig, Hindernisse zu überwinden.	1	2	3	4	5	6
13. Normalerweise sehe ich optimistisch in die Zukunft.	1	2	3	4	5	6

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
14. Wenn ich Pläne mache, dann setze ich sie im allgemeinen auch um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
15. Sich über etwas aufzuregen, ist meist der erste Schritt, um es zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
16. Im allgemeinen fühle ich mich alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
17. Experten (wie Ärzte) können oft am besten entscheiden, was die Menschen tun oder lernen sollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
18. Ich kann Dinge genauso gut erledigen, wie die meisten anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
19. Meistens erreiche ich, was ich mir vorgenommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
20. Man soll sein Leben so leben, wie man es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau
21. Es nützt nichts, sich gegen Behörden aufzulehnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau

22. Die meiste Zeit fühle ich mich machtlos.

<p>stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt genau</p>				
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>6</p>

23. Wenn ich in irgendeiner Sache unsicher bin, dann tue ich gewöhnlich das, was die anderen machen.

<p>stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt genau</p>				
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>6</p>

24. Ich meine, dass ich eine wertvolle Person bin, zumindest gleichwertig wie andere auch.

<p>stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt genau</p>				
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>6</p>

25. Man hat das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen, auch wenn sie schlecht sind.

stimmt überhaupt nicht	stimmt genau				
1	2	3	4	5	6

26. Ich glaube, daß ich viele gute  
Eigenschaften habe.

stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau

27. Sehr oft können Probleme gelöst werden indem man etwas unternimmt

stimmt überhaupt nicht	1	2	3	4	5	6	stimmt genau

28. Mit anderen Leuten aus meiner Umgebung zusammenzuarbeiten kann viele Dinge verbessern.

<p>stimmt überhaupt nicht</p>					<p>stimmt genau</p>
1	2	3	4	5	6

stimmt  
überhaupt  
nicht

29. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

30. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

31. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

32. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

33. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zureckkommen werde.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

34. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich immer meinen Fähigkeiten vertrauen kann.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

35. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

stimmt  
überhaupt  
nicht

stimmt  
genau

36. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

						stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
	1	2	3	4	5	6	
37. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.							

						stimmt überhaupt nicht	stimmt genau
	1	2	3	4	5	6	
38. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.							

**Achtung: hier ändern sich die Antwortmöglichkeiten!**

**Während der letzten Woche... = ADS-K** (Radloff, 1977; dt. Version von Hautzinger & Bailer, 1993)

				Selten	manchmal	öfters	meistens
	1	2	3	4			
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.							

				Selten	manchmal	öfters	meistens
	1	2	3	4			
2. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde/ Familie versuchten, aufzumuntern.							

				Selten	manchmal	öfters	meistens
	1	2	3	4			
3. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.							

				Selten	manchmal	öfters	meistens
	1	2	3	4			
4. war ich deprimiert/ niedergeschlagen.							

				Selten	manchmal	öfters	meistens
	1	2	3	4			
5. war alles anstrengend für mich							

	Selten	manchmal	öfters	meistens
6. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
7. hatte ich Angst	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
8. habe ich schlecht geschlafen	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
9. war ich fröhlich gestimmt	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
10. habe ich weniger als sonst geredet	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
11. fühlte ich mich einsam	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
12. habe ich das Leben genossen	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
13. war ich traurig	1	2	3	4

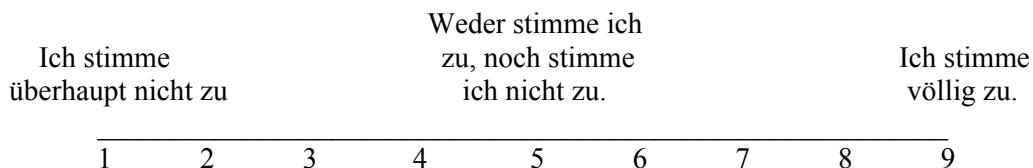
	Selten	manchmal	öfters	meistens
14. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	1	2	3	4

	Selten	manchmal	öfters	meistens
15. konnte ich mich zu nichts aufraffen	1	2	3	4

**SSMIS**

(Corrigan et al., in press; deutsche Version von Rüscher &amp; Brück)

Es gibt viele Einstellungen über psychische Erkrankungen. Wir würden gerne wissen, was nach Ihrer Meinung die Mehrheit der gesamten Bevölkerung oder die meisten Leute denken über diese Einstellungen. Bitte beantworten Sie die folgenden Punkte mit der unten angegebenen 9-Punkt-Skala. Tragen Sie die Zahl, die am besten zu Ihrer Antwort paßt, auf der linken Seite auf die Linie ein. Beantworten Sie bitte jede Frage und lassen Sie keine aus.

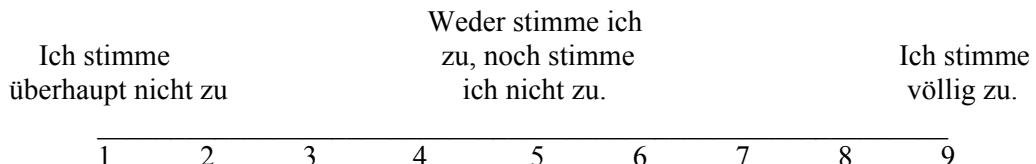
**Abschnitt I:**

Ich denke, die Öffentlichkeit glaubt...

1. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.
2. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.
3. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.
4. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.
5. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.
6. \_\_\_\_\_ den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.
7. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.
8. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.
9. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.
10. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.

**Abschnitt II**

Jetzt würden wir gerne wissen, wie Sie jetzt über diese Einstellungen denken.  
Stimmen Sie ihnen zu?

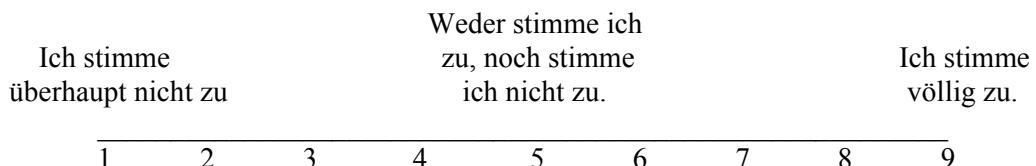


Ich denke...

1. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.
2. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.
3. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.
4. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.
5. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.
6. \_\_\_\_\_ den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.
7. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.
8. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.
9. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.
10. \_\_\_\_\_ die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.

### Abschnitt III

Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie jetzt denken, irgendeine dieser Einstellungen trifft auf Sie zu.

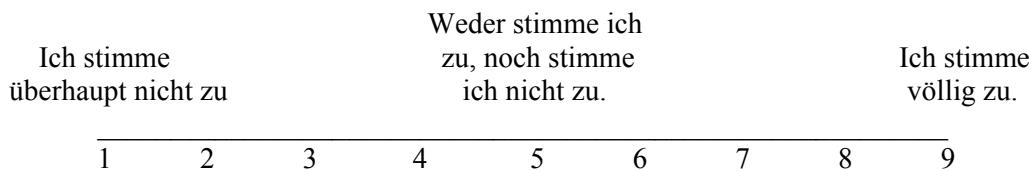


Weil ich eine psychische Erkrankung habe...

1. \_\_\_\_\_ werde ich mich nicht erholen oder bessern.
2. \_\_\_\_\_ bin ich unterdurchschnittlich intelligent.
3. \_\_\_\_\_ bin ich gefährlich.
4. \_\_\_\_\_ bin ich schmutzig und ungepflegt.
5. \_\_\_\_\_ kann ich nicht für mich sorgen.
6. \_\_\_\_\_ bin ich abscheulich.
7. \_\_\_\_\_ bin ich unberechenbar.
8. \_\_\_\_\_ bin ich schuld an meinen Problemen.
9. \_\_\_\_\_ kann man mir nicht trauen.
10. \_\_\_\_\_ kann ich keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.

## Abschnitt IV

Als letztes würden wir gerne wissen, wie diese Einstellungen jetzt Ihr Selbstwertgefühl beeinflussen oder wie sehr Sie sich selbst respektieren.



Ich respektiere mich jetzt weniger, denn...

1. \_\_\_\_\_ ich werde mich nicht erholen oder bessern.
2. \_\_\_\_\_ ich bin unterdurchschnittlich intelligent.
3. \_\_\_\_\_ ich bin gefährlich.
4. \_\_\_\_\_ ich bin schmutzig und ungepflegt.
5. \_\_\_\_\_ ich kann nicht für mich sorgen.
6. \_\_\_\_\_ ich bin abscheulich.
7. \_\_\_\_\_ ich bin unberechenbar.
8. \_\_\_\_\_ ich bin schuld an meinen Problemen.
9. \_\_\_\_\_ man kann mir nicht trauen.
10. \_\_\_\_\_ ich kann keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.

AAQ  
 (Hayes et al., 2004; dt. Version von Rüsch & Brück)

Unten sehen Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte stufen Sie ein, wie sehr jede Aussage auf Sie zutrifft. Verwenden Sie die folgende Skala, um Ihre Wahl zu treffen. Bitte schreiben Sie die Zahl, die für Sie zutrifft, vor jede Aussage.

Die Aussage ist...

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----	6 -----	7
nie wahr	sehr selten wahr	selten wahr	manchmal wahr	häufig wahr	fast immer wahr	immer wahr

- 1. Ich kann bei einem Problem aktiv werden, auch wenn ich unsicher bin, was zu tun richtig ist.
- 2. Ich ertappe mich oft selbst dabei, Tagträumen nachzuhängen über Dinge, die ich getan habe und was ich beim nächsten Mal anders machen würde.
- 3. Wenn ich mich deprimiert oder ängstlich fühle, kann ich nicht meinen Verpflichtungen nachkommen.
- 4. Ich mache mir selten Sorgen darüber, meine Ängste, Sorgen oder Gefühle unter Kontrolle zu bekommen.
- 5. Ich fürchte meine Gefühle nicht.
- 6. Wenn ich etwas negativ bewerte, erkenne ich normalerweise, daß das nur eine Reaktion und nicht eine objektive Tatsache ist.
- 7. Wenn ich mich mit anderen Menschen vergleiche, scheinen die meisten von ihnen ihr Leben besser zu bewältigen als ich.
- 8. Angst ist schlecht.
- 9. Wenn ich mit einem Zaubertrick alle schmerzhaften Erfahrungen, die ich in meinem Leben hatte, beseitigen könnte, würde ich das tun.

RSE

(Rosenberg 1965; dt. Version von Ferring &amp; Filipp, 1996)

Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen durch und tragen Sie links die Zahl ein, die am besten auf Sie zutrifft.

<b>0</b> „trifft gar nicht zu“	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b> „trifft voll und ganz zu“
-----------------------------------	----------	----------	---------------------------------------

1. \_\_\_\_\_ Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.
2. \_\_\_\_\_ Hin und wieder denke ich, daß ich gar nichts tauge.
3. \_\_\_\_\_ Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.
4. \_\_\_\_\_ Ich besitze die gleichen Fähigkeiten wie die meisten anderen Menschen auch.
5. \_\_\_\_\_ Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.
6. \_\_\_\_\_ Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.
7. \_\_\_\_\_ Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.
8. \_\_\_\_\_ Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.
9. \_\_\_\_\_ Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.
10. \_\_\_\_\_ Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.

## Borderline Symptom Liste (BSL) (Bohus et al. 2001)

**Code:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

(\*der Code entspricht den ersten beiden Buchstaben Ihres Nachnamens und den ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens)

Bitte beachten Sie folgende Hinweise beim Ausfüllen des Fragebogens:

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

**Die Fragen beziehen sich auf den Gesamtverlauf der letzten Woche. Bitte beantworten Sie alle Fragen.**

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
1	fühlte ich mich überfordert	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
2	litt ich unter Schlafstörungen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
3	fühlte ich mich von anderen nicht wahrgenommen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
4	litt ich unter massiven Angstzuständen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
5	konnte ich mich schlecht konzentrieren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
6	wußte ich nichts mit mir anzufangen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
7	erlebte ich mich als hilflos	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
8	zog sich in mir alles zusammen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
9	fühlte ich mich innerlich zerrissen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
10	hatte ich Angst, Fehler zu machen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
11	glaubte ich, daß mir niemand helfen kann	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
12	war ich geistig abwesend und erinnerte nicht, was ich genau tat	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
13	stand ich anderen Menschen ablehnend gegenüber, die ich zuvor mochte	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
14	erlebte ich mich wie ein Objekt, nicht wie ein Mensch	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
15	fühlte ich mich niedergeschlagen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
16	erlebte ich mich wie erstarrt	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
17	konnte ich mich kaum artikulieren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
18	hatte ich Todessehnsucht	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
19	war ich auf ich andere Menschen neidisch	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
20	litt ich unter Ekelgefühlen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

<b>Während der letzten Woche...</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
21	war ich zuversichtlich	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
22	dachte ich an Selbstverletzungen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
23	hatte ich Schwierigkeiten meine Gefühle wahrzunehmen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
24	gab es niemanden, dem ich wirklich wichtig war	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
25	fand ich mich an einem Ort/Stelle wieder, ohne zu wissen, wie ich dahin gekommen war	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
26	war ich innerlich ruhig	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
27	traute ich anderen Menschen nicht	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
28	glaubte ich, keine Lebensberechtigung zu haben	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
29	fühlte ich mich einsam	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
30	stand ich innerlich unter Hochspannung	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
31	hatte ich Angst, die Nähe eines anderen Menschen vollständig zu verlieren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
32	tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
33	spürte ich keine Lebendigkeit in mir	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
34	konnte ich die Nähe anderer Menschen nicht ertragen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
35	haßte ich mich selbst	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
36	hatte ich das Gefühl, daß sich Teile meines Körpers auflösen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
37	fielen mir alltägliche Entscheidungen schwer	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
38	hatte ich das Bedürfnis, mich selbst zu bestrafen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
39	fühlte ich mich tatkräftig	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
40	war ich wütend	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
41	konnte ich meine Erinnerungen kaum steuern	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
42	hatte ich Schwierigkeiten mit dem Alleinsein	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
43	konnte ich Teile meines Körpers nicht spüren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
44	fühlte ich mich bedroht	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
45	brach ich Beziehungen abrupt ab	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

<b>Während der letzten Woche...</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
46	hatte ich keine Vorstellung darüber, wie ich wirklich bin	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
47	litt ich unter Schamgefühlen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
48	fühlte ich mich von anderen isoliert	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49	wechselten meine Stimmungen in kurzen Abständen zwischen Angst, Ärger und Depression	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
50	fühlte ich mich unsicher	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
51	fühlte ich mich von anderen verlassen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
52	spürte ich die Anwesenheit einer Person, die nicht wirklich anwesend war	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
53	war ich aggressiv	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
54	fühlte ich mich wie abgeschnitten von mir selbst	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
55	war ich froh	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
56	fand ich mich in einem "Gefühls-Wirrwarr" wieder	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
57	wurde ich von inneren Bildern gequält	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
58	fühlte ich mich innerlich leer	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
59	konnte ich Teile meines Körpers nicht berühren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
60	war ich ärgerlich	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
61	war ich wie versteinert	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
62	litt ich unter Selbstmordgedanken	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
63	fühlte ich mich ausgeglichen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
64	war ich mit anderen Menschen in Schwierigkeiten verwickelt	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
65	erkannte niemand, wie es mir wirklich ging	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
66	litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen <b>von außen</b>	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
67	litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen <b>von innen</b>	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
68	fühlte ich mich unbeschwert	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
69	erlebte ich Kritik als vernichtend	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
70	fühlte ich mich auf die Anwesenheit einer anderen Person ange-wiesen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

71	hatte ich den Eindruck, neben mir zu stehen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
72	fühlte ich mich leistungsfähig	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
73	war ich leicht verletzbar	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
74	übte die Vorstellung vom Tod eine gewisse Faszination auf mich aus	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
75	erlebte ich mich wie gelähmt	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
76	kam ich mir unzulänglich vor	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
77	war ich verzweifelt	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
78	hatte ich Alpträume	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
79	hatte ich Angst, durchschaut zu werden	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
80	fühlte ich mich ausgeruht	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
81	hatte ich den Eindruck, als ob es unterschiedliche Personen in mir gäbe	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
82	konnte ich meinen Körper - so wie er ist - überhaupt nicht akzeptieren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
83	plagten mich Schuldgefühle	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
84	glaubte ich, daß mich niemand versteht	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
85	kam mir alles sinnlos vor	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
86	fühlte ich mich mir selbst gegenüber ausgeliefert	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
87	hatte ich Angst, die Kontrolle zu verlieren	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
88	fand ich mich widerlich	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
89	war ich nicht in der Lage, die Unterstützung anderer Menschen anzunehmen	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
90	war ich wie weit entfernt von mir selbst	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
91	wurde ich von meinen Gefühlen überflutet	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
92	erlebte ich mich wie taub	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
93	fühlte ich mich hoffnungslos	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
94	hielt ich mich für wertlos	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
95	fühlte ich mich zufrieden	über-haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

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

<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>	<b>30%</b>	<b>40%</b>	<b>50%</b>	<b>60%</b>	<b>70%</b>	<b>80%</b>	<b>90%</b>	<b>100%</b>
<b>(ganz schlecht)</b>										<b>(ausgezeichnet)</b>

Zum Abschluss möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu einzelnen Verhaltensweisen stellen.

**Bitte geben Sie bei den einzelnen Fragen an, ob und wenn ja, wie häufig, sie die einzelnen Verhaltensweisen in der letzten Woche durchgeführt haben.**

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

**VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME !**

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

SCL-90-R  
(Derogatis, 1977; dt. Version von Franke, 1995)

																							CIPS																			
																							Initialen des Patienten _____																			
																							Ausfülldatum Tag				Monat		Jahr		Stunde (Uhrz.)		Rater- Nr		Formblatt- Nr		Karten- nummer		Unterschrift des Untersuchers			
																							24 25		26 27		28 29		30 31		32		33 34		35							
																							SCL- 90-R																			
																							Anleitung				Beispiel				Stärkegrade											
																							Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen, unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!				Frage: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?				überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input checked="" type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark X											
																							Wie sehr litten Sie unter...?				Wie sehr litten Sie unter...?				überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark											
																							1. Kopfschmerzen				25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen				<input type="checkbox"/>											
																							2. Nervosität oder innerem Zittern				26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge				<input type="checkbox"/>											
																							3. immer wieder auftauchenden unange- nehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen				27. Kreuzschmerzen				<input type="checkbox"/>											
																							4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen				28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen				<input type="checkbox"/>											
																							5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität				29. Einsamkeitsgefühlen				<input type="checkbox"/>											
																							6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen				30. Schwerkum				<input type="checkbox"/>											
																							7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat				31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen				<input type="checkbox"/>											
																							8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind				32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren				<input type="checkbox"/>											
																							9. Gedächtnisschwierigkeiten				33. Furchtsamkeit				<input type="checkbox"/>											
																							10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit				34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen				<input type="checkbox"/>											
																							11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbbar zu sein				35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen				<input type="checkbox"/>											
																							12. Herz- und Brustschmerzen				36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind				<input type="checkbox"/>											
																							13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße				37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können				<input type="checkbox"/>											
																							14. Energienlosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken				38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird				<input type="checkbox"/>											
																							15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen				39. Herzschlag oder Herzjagen				<input type="checkbox"/>											
																							16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört				40. Übelkeit oder Magenverstimmung				<input type="checkbox"/>											
																							17. Zittern				41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen				<input type="checkbox"/>											
																							18. dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann				42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißer)				<input type="checkbox"/>											
																							19. schlechtem Appetit				43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden				<input type="checkbox"/>											
																							20. Neigung zum Weinen				44. Einschlaf Schwierigkeiten				<input type="checkbox"/>											
																							21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht				45. dem Zwang, wieder und wieder nachzu kontrollieren, was Sie tun				<input type="checkbox"/>											
																							22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden				46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden				<input type="checkbox"/>											
																							23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund				47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug				<input type="checkbox"/>											
																							24. Gefühlausbrüche, denen gegenüber Sie mac...los waren																			

# SCL- 90-R

Seite 2

Wie sehr litten Sie unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	72. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit ange- sichts der Zukunft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgereggt zu sein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60. dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	86. schrecklicherregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64. frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	89. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen zutreffend beantwortet haben!

**STAI**  
 (Spielberger et al., 1970; dt. Version von Laux et al., 1981)

**STAI  
X1**

**Anleitung:**

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d. h. **in diesem Moment**, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.  
 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand beschreibt.

überhaupt nicht  
ein wenig  
ziemlich  
sehr

1. Ich bin ruhig	1    2    3    4
2. Ich fühle mich geborgen	1    2    3    4
3. Ich fühle mich angespannt	1    2    3    4
4. Ich bin bekümmert	1    2    3    4
5. Ich bin gelöst	1    2    3    4
6. Ich bin aufgereggt	1    2    3    4
7. Ich bin besorgt, daß etwas schiefgehen könnte	1    2    3    4
8. Ich fühle mich ausgeruht	1    2    3    4
9. Ich bin beunruhigt	1    2    3    4
10. Ich fühle mich wohl	1    2    3    4
11. Ich fühle mich selbstsicher	1    2    3    4
12. Ich bin nervös	1    2    3    4
13. Ich bin zappelig	1    2    3    4
14. Ich bin verkrampft	1    2    3    4
15. Ich bin entspannt	1    2    3    4
16. Ich bin zufrieden	1    2    3    4
17. Ich bin besorgt	1    2    3    4
18. Ich bin überreizt	1    2    3    4
19. Ich bin froh	1    2    3    4
20. Ich bin vergnügt	1    2    3    4

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!

Score X1

--	--

# STAI X2

**Anleitung:**

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im **allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer		
	1	2	3	4		
21. Ich bin vergnügt						
22. Ich werde schnell müde						
23. Mir ist zum Weinen zumute						
24. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten						
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann						
26. Ich fühle mich ausgeruht						
27. Ich bin ruhig und gelassen						
28. Ich glaube, daß mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen						
29. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge						
30. Ich bin glücklich						
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen						
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen						
33. Ich fühle mich geborgen						
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick						
35. Ich fühle mich niedergeschlagen						
36. Ich bin zufrieden						
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich						
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann						
39. Ich bin ausgeglichen						
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke						
<b>Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!</b>						
Score X2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						

BDI

(Beck &amp; Steer, 1987; dt. Version von Hautzinger et al., 1991)

**BDI**

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

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

**A**

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

**F**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

**B**

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.

**G**

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

**C**

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein volliger Versager zu sein.

**H**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

**D**

- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

**I**

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

**E**

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

**J**

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

<b>K</b>	0 Ich bin nicht reizbarer als sonst. 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher. 2 Ich fühle mich dauernd gereizt. 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.	<b>Q</b>	0 Ich ermüde nicht stärker als sonst. 1 Ich ermüde schneller als früher. 2 Fast alles ermüdet mich. 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
<b>L</b>	0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren. 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher. 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren. 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.	<b>R</b>	0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst. 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher. 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen. 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
<b>M</b>	0 Ich bin so entschlussfreudig wie immer. Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf. 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen. 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.	<b>S</b>	0 Ich hab in letzter Zeit kaum abgenommen. 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen. 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen. 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
			Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: JA <input checked="" type="radio"/> NEIN <input type="radio"/>
<b>N</b>	0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher. 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe. 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen. 3 Ich finde mich häßlich.	<b>T</b>	0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst. 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung. 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt an etwas anderes zu denken. 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.
<b>O</b>	0 Ich kann so gut arbeiten wie früher. 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme. 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen. 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.	<b>U</b>	0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher. 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex. 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.
<b>P</b>	0 Ich schlafe so gut wie sonst. 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher. 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen. 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.		 Subtotal Seite 2 Subtotal Seite 1 Summenwert

SBQoL

(Stoker et al., 1992; dt. Version von Rüschen &amp; Brück, 2002)

Im Folgenden finden Sie Fragen dazu, wie es Ihnen im letzten Monat ergangen ist.

Bitte antworten Sie, indem Sie das am ehesten zutreffende Kästchen ankreuzen. Vorgegeben sind jeweils sieben Stufen zwischen zwei Extremen. Sie können jedes der sieben Kästchen ankreuzen. Bitte entscheiden Sie sich für eines und kreuzen Sie nicht die Trennlinie zwischen den Kästchen an.

1. Ich komme mit meinen Problemen...

... gar nicht zurecht.

... sehr gut zurecht.

--	--	--	--	--	--	--

2. Selbstvertrauen habe ich...

... gar nicht.

... ein sehr großes.

--	--	--	--	--	--	--

3. Ich fühle mich...

... sehr nützlich.

... völlig nutzlos.

--	--	--	--	--	--	--

4. Ich fühle mich mit mir selbst...

... sehr wohl.

... sehr unwohl.

--	--	--	--	--	--	--

5. Wie ein Versager fühle ich mich...

... gar nicht.

... völlig.

--	--	--	--	--	--	--

6. Ich fühle mich...

... sehr unsicher.

... sehr sicher.

--	--	--	--	--	--	--

7. Ich schlafe...

... sehr schlecht.

... sehr gut.

--	--	--	--	--	--	--

8. Körperlich bin ich...

... voll beweglich.

... sehr unbeweglich.

--	--	--	--	--	--	--

9. Mein Appetit ist...

... sehr schlecht.

... sehr gut.

--	--	--	--	--	--	--

10. Ich bin immer...

... voller Energie.

... völlig müde.

--	--	--	--	--	--	--

11. Schmerzen und körperliche Beschwerden...

... habe ich nie.

... habe ich viele.

--	--	--	--	--	--	--

12. Irritierbar...

... bin ich gar nicht.

... bin ich sehr leicht.

--	--	--	--	--	--	--

13. Sorgen mache ich mir...

...nie.

... immer.

--	--	--	--	--	--	--

14. Mein Leben ...

... genieße ich sehr.

... genieße ich gar nicht.

--	--	--	--	--	--	--

15. Hoffnung habe ich ...

... immer.

... nie.

--	--	--	--	--	--	--

16. Ich habe das Gefühl, Freundschaften und Beziehungen kann ich...

... gar nicht aufrecht erhalten.

... sehr gut aufrecht erhalten.

--	--	--	--	--	--	--

17. Unterlegen fühle ich mich...

... immer.

... nie.

--	--	--	--	--	--	--

18. Ich fühle mich...

... sehr erwünscht.

... sehr unerwünscht.

--	--	--	--	--	--	--

19. Ich habe das Gefühl, mein Leben im Griff zu haben...

... sehr gut.

... überhaupt nicht.

--	--	--	--	--	--	--

20. Ich fühle mich...

... völlig hilflos.

... sehr leistungsfähig.

--	--	--	--	--	--	--

21. Entscheidungen zu treffen fällt mir...

... extrem schwer. ... sehr leicht.

--	--	--	--	--	--	--

22. Meine Freizeit genieße ich...

... sehr. ... gar nicht.

--	--	--	--	--	--	--

23. Ich habe das Gefühl, ich komme an meiner Arbeitsstelle/ Ausbildung...

... sehr gut zurecht. ... überhaupt nicht zurecht.

--	--	--	--	--	--	--

24. Mit meiner täglichen Arbeit bin ich ...

... sehr zufrieden. ... überhaupt nicht zufrieden.

--	--	--	--	--	--	--

25. Mit meinem Sexualleben bin ich...

... überhaupt nicht zufrieden. ... sehr zufrieden.

--	--	--	--	--	--	--

26. Mein Glauben ist mir ...

... eine große Stütze. ... gar keine Stütze.

--	--	--	--	--	--	--

27. An meine Religion glaube ich...

... gar nicht. ... sehr stark.

--	--	--	--	--	--	--

28. Geldsorgen habe ich ...

... gar keine. ... sehr große.

--	--	--	--	--	--	--

## 6. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington DC: APA.

Angermeyer, M., Link, B. & Majcher-Angermeyer, A. (1987). Stigma perceived by patients attending modern treatment settings – some unanticipated effects of community psychiatry reforms. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 4-11.

Beck, A. & Steer, R. (1987). Beck Depression Inventory-Manual. San Antonio: Psychological Corporation.

Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Bohus, M. & Barthruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. Psychotherapie im Dialog, 4, 55-66.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 42, 487-499.

Bohus, M., Limberger, M., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51(5), 201-211.

Brosius, F. (2002). SPSS 11. Bonn: mitp-Verlag.

Brown, C., Schulberg, H., Madonia, M., Shear, M. & Houck, P. (1996). Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 153, 1293-1300.

Clayton, P., Grove, W., Coryell, W., Keller, M., Hirschfeld, R. & Fawcett, J. (1991). Follow-up and family study of anxious depression. American Journal of Psychiatry, 149, 1512-1517.

Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. Clinical Psychology: Science & Practice, 7(1), 48-67.

Corrigan, P., Watson, A. & Barr, L. (in press) The self-stigma of mental illness; implications for self-esteem and self-efficacy. Psychiatric Services.

Coryell, W., Endicott, J. & Winokur, G. (1992). Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: outcome and familial psychopathology. American Journal of Psychiatry, 149, 100-107.

Crowne, D. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.

De Houwer, J. (2002). The implicit association test as a tool for studying dysfunctional associations in psychopathology: strength and limitations. Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 33(2), 115-133.

Derogatis, L. (1977). SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(revised) version. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.

Derogatis, L., Rickel, K. & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.

Dinos, S., Steven, S., Serfaty, M., Weigh, S. & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. British Journal of Psychiatry, 184, 176-181.

Dowson, H. & Berrios, G. (1991). Factor structure of DSM-III-R personality disorders shown by self-report questionnaire: implications for classifying and assessing personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 555-560.

Draine, S. (2003). Inquisit, Version 1.33. Seattle: Millisecond Software.

Egloff, B. & Schmuckle, S. (2002) Predictive validity of an implicit association test for assessing anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1441-1455.

Ferring, D. & Filipp, S. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 3, 284-292.

Feske, U., Frank, E., Kupfer, D., Shear, K. & Weaver, E. (1998). Anxiety as a predictor of response to interpersonal psychotherapy for recurrent major depression: an exploratory investigation. *Depression and anxiety*, 8, 135-141.

First, M., Spitzer, R. & Gibbon, M. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 3-38). Oxford: Oxford University Press.

Goldberg D., McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. (pp. 139-150) New York: Oxford University Press.

Greenwald, A. & Franham, S. (2000) Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1022-1038.

Greenwald, A., McGhee, D. & Schwartz, J. (1998) Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480

Greenwald, A., Nosek, B. & Banaji, M. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. an improved scoring algorithm. *Journal of Personality & Social Psychology*, 85(2), 197-216.

Gunderson, J., Frank, A., Ronningstam, E., Wachter, S., Lynch, V. & Wolf, P. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 38-42.

Gunderson, J. & Kolb, J. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 135(7), 792-796.

Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. & Bohus, M. (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51, 246-254.

Hair, J., Anderson, R., & Tatham, R. (1990). *Multivariate data analysis with readings (2nd ed.)*. New York: Macmillan.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 32, 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23(1), 56-62.

Harder, D. & Lewis, S. (1987). The assessment of shame and guilt. In J. Butcher & C. Spielberger (Eds.). *Advances in personality assessment*. (Vol. 6, pp. 89-114). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Harder, D. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of personality assessment, 55* (3&4), 729-745.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993) Die allgemeine Depressionsskala. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F., (1991). Das Beck-Depressionsinventar (BDI) in der Klinik. *Der Nervenarzt, 62*, 689-696.

Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Toarmino, D., Pistorello, J., Polusny, M., Dykstra, T., Batten, S., Bergan, J., Stewart, S., Zvolensky, M., Eifert, G., Bond, F., Forsyth, J., Karekla, M. & McCurry, S. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553-578.

Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosah., K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.

Jacoby, M. (1991). Scham - Angst und Selbstwertgefühl: Ihre Bedeutung in der Psychotherapie. Olten: Walter-Verlag.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.). Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit (pp. 15-28). Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.

Joffe, R., Bagby, R. & Levitt, A. (1993). Anxious and nonanxious depression. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1257-1258.

Kaufman, G. (1980). Shame: The power of caring. Rochester, Vermont: Schenkman Books.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association 15(3)*, 641-685.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. (1981) Das State-Trait-Angstinventar. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.

Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R. & Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a complex model of interpersonal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(4), 248-254.

Lewis, H. (1971). Shame and guilt in neurosis. *The Psychoanalytic Review, 58*, 419-438.

Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet, 364* (9432), 453-61.

Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

Linehan, M., Armstrong, H., Suaresz, A., Allmon, D., Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry 48*, 1060-1064.

Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P. & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review, 54*, 400-423.

Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.

Macdonald, J. & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: a study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *The British Psychological Society, 74*, 1-21.

- Nunally, J. (1978). Psychometric theory (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 3, 385-401.
- Reynolds, W. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne. Journal of Clinical Psychology, 38(1), 119-125.
- Rogers, E., Chamberlin, J., Ellison, M. & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatric Services, 48, 1042-1047.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. & Corrigan, P. (in press). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. Psychiatrische Praxis.
- Schwarzer, R. & Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs: assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. World Psychology, 3 (1-2), 177-190.
- Segal S., Silverman C. & Temkin T. (1995) Measuring empowerment in client-run self-help agencies Community Mental Health, 31(3), 215-227.
- Sheehan, D., Lecriubier, Y., Sheehan, K., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L., Lépine, J., Janavs, J., Baker, R., Knapp, E., Sheehan, M., Ackenheil, M., Stotz, G., Dietz-Bauer, R. & Vossen, A. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of Clinical Psychiatry, 59 Suppl 20, 22-33.
- Skodol, A., Buckley, P. & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality? The Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 405-410.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. Archives of General Psychiatry 36(1), 17-24.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly 7, 467-489.
- Stiles, W. (1995). Disclosures as a speech act: is it psychotherapeutic to disclose? In J. Pennebaker (Ed.) Emotion disclosure, and health. (pp.71-91) Washington DC: APA.
- Stoker, M., Dunbar, G. & Beaumont, G. (1992). The SmithKline Beecham "quality of life" scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder. Quality o life Research, 1, 385-395.
- Swan, S. & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. British Journal of Clinical Psychology, 42, 367-378.
- Tangney, J., (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: development of the self-conscious affect and attribution inventory. Journal of Personality and Social Psychology, 39 (1), 102-111.
- Tangney, J., Dearing, R., Wagner, P., & Gramzow, R. (2000). The test of self-conscious affect-3 (TOSCA-3). Fairfax: George Mason University.

Tangney, J., Ferguson, T., Wagner, P., Crowley, S., & Gramzow, R. (1996). The test of self-conscious affect-2 (TOSCA-2). Fairfax: George Mason University.

Teachman, B., Gregg, A. & Woody, S. (2001) Implicit associations for spider-relevant stimuli among individuals with snake and spider fears. Journal of Abnormal Psychology, 110(2), 226-235.

Teachman, B. & Woody, S. (2003). Automatic processing in spider phobia: implicit fear associations over the course of treatment. Journal of Abnormal Psychology, 112 (1), 100-109.

Turner, J. & Waugh, R. (2001). Feelings of shame: capturing the emotion and investigating concomitant experiences. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

Verheul, R., van den Bosch, L., Koeter, M., De Ridder, M., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry, 182, 135-140.

Vollrath, M. & Angst, J. (1989). Outcome of panic and depression in a seven-year follow-up: results of the Zurich study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 80, 591-596.

Waldinger, R. & Gunderson, J. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. American Journal of Psychiatry, 38, 190-202.

Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. Journal of Personality, 62, 615-640.

Wells, A. & Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behaviour Research and Therapy, 32, 871-878.

Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D. & Heather, N. (2000). Does the ICD-10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? British Journal of Medical Psychology, 73, 483-494.

Zaslav, M. (1998). Shame-related states of mind in psychotherapy. The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7, 154-166.