

## EVALUATION EINES AMBULANTEN NETZWERKS FÜR DIALEKTISCH BEHAVIORALE THERAPIE

JÜRGEN FRIEDRICH, HANS GUNIA, MICHAEL HUPPERTZ

Technische Universität, Darmstadt

**ZUSAMMENFASSUNG.** Anhand der grundlegenden Elemente der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) werden die Besonderheiten der Umsetzung dieses Ansatzes in einem Netzwerk niedergelassener Psychotherapeuten<sup>1</sup> verdeutlicht. Soziodemographische Kennzeichen und Psychopathologie von 33 im Netzwerk behandelten Patienten werden beschrieben. Die Abbruchquote von 12% im Verlauf eines Jahres ist im Vergleich zu anderen Studien als niedrig einzuschätzen. Signifikante Verbesserungen fanden sich hinsichtlich der Suizidrate, Selbstverletzungen und Hospitalisierungen. Für 11 der Patienten werden im Therapieverlauf mehrfach erhobene Selbstbeurteilungs-Fragebögen ausgewertet. Während die Depressivität kaum verringert war und auch ein hohes Maß an Ärger weiterbestand, wuchs jedoch die Fähigkeit zum Umgang mit diesen negativen Emotionen und die Patienten berichteten von höherer Problemlösekompetenz. Die Ergebnisse dieser Evaluation unter Versorgungsbedingungen werden im Vergleich zu bisherigen DBT Wirksamkeitsstudien diskutiert.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Verhaltenstherapie, Borderline Persönlichkeitsstörung, ambulante Behandlung, Evaluation, Selbstverletzung, Ärger

---

<sup>1</sup> Wir danken dem Darmstädter Netzwerk, bestehend aus den Psychotherapeuten: I. Allissat, P. Beckmann-Fieber, I. Freienstein, H. Gunia, Dr. G. Heetderks, P. Höbel, Dres. F. u. M. Huppertz, F. Jacob, Dr. U. Sängler, G. Malm, D. Scholz-Förster, J. Teuscher-Blumenschein, und all ihren Patienten.

## EVALUATION OF AN OUTPATIENT DBT NETWORK

**ABSTRACT.** On the basis of the fundamental elements of Dialectical Behavior Therapy (DBT) the characteristics of their realization in a network of private practitioners are outlined. The socio-demographic characteristics and psychopathology of 33 patients treated in this network are described. Compared to other studies, the 1-year drop-out rate of 12% is low. Significant improvement of outcome measures assessing suicide attempts, self-injuries and hospitalizations was found. Throughout one year, 11 of the patients completed a battery of self-report questionnaires at four assessment points. While almost no change in depression and anger scores was observed, the ability to handle these negative emotions grew and patients reported better problem-solving capabilities. Results of this naturalistic evaluation are discussed and compared to other DBT effectiveness studies.

**KEY WORDS:** behavior therapy, borderline personality, evaluation, outpatient treatment, parasuicide, anger

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) wurde entwickelt und manualisiert als störungsspezifisches Intensivangebot für parasuizidale selbstverletzende Klienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS). Diese waren in den meisten traditionellen psychotherapeutischen Behandlungsformen nur unbefriedigend behandelbar (Hull et al., 1993; Fiedler, 2001; Jerschke et al., 1998). Um dieser Aufgabe besser gerecht zu werden, entstand mit der DBT (Linehan, 1996a) ein umfassendes und dennoch kompaktes Therapieprogramm. Durch erste Erfolge bei diesem schwierigen Klientel zog die DBT schnell die Aufmerksamkeit breiterer therapeutischer Kreise auf sich. Ein früher Wirknachweis (Linehan et al., 1991) des Behandlungsprogramms belegte Verbesserungen der Symptomatik, insbesondere hinsichtlich 'harter' Outcome Daten wie Suizidrate, Krankenhaustage und

Selbstverletzungen. Die Bestandteile der DBT waren bekannt, neu ist die Art ihrer Kombination: Die solide Basis von verhaltenstherapeutischer Diagnostik und Interventionstechniken wurde bereichert durch Wege der aktiven Compliance-Sicherung, durch Elemente humanistischer Therapie und Hypnotherapie, kognitive Techniken und durch die philosophische Inspiration einer Grundhaltung, die therapeutische Beziehungen ohne Verstrickung oder rigide Abstinenz anstrebt. Die Therapie wird von einer Lebenseinstellung getragen, die dem Zen-Buddhismus entlehnt ist (Huppertz, im Druck). DBT ist insofern eher eine an der aktuellen Störungsebene orientierte Steuerungsheuristik (Linehan, 1996a, S. 327) als ein linear manualisiertes Programm, das man nach Diagnostik eines prototypischen Problemverhaltens abarbeiten könnte.

Die Borderline-Störung gilt als schwere psychische Störung, die nach Gundersons Einteilung (1975) eine Störung des Selbst ist. Die BPS ist mit ihrer teils ich-dystonen, situationsgeleiteten Symptomatik eine der Verhaltensmodifikation durchaus zugängliche Persönlichkeitsstörung (Merod, 2001). Linehans 'biopsychosoziales' Störungsentwicklungsmodell legt eine Vulnerabilität vor allem der Emotionsregulation zugrunde, die schon die frühkindliche Anpassung erschwere. In neueren Forschungen (Ledoux, 1998) wird die Rolle früher emotionaler Lernerfahrungen immer mehr betont. Dabei entstandene dysfunktionale kognitiv-emotionale Schemata (Beck et al., 2001) können eine Grundstruktur bilden, die selbsterhaltend ist (Millon et al., 1994). Die damit verbundene Einschränkung der Interaktionsmöglichkeiten kann zur Persönlichkeitsstörung führen (Fiedler, 2001).

#### WIRKSAMKEITSNACHWEIS UND NEUE ANWENDUNGSBEREICHE

Bei der Vielfalt der BPS-Symptome ist einleuchtend, dass adäquate Therapieprogramme wie die DBT notwendigerweise recht komplex sind. Für ihre 'Evidenzbasierung' zu sorgen, ist ein anspruchsvolles Unterfangen. Dass eine empirische Bewährung der Effektivität von DBT für parasuizidale selbstverletzende BPS vorliegt (Linehan 1991, 1993, 1994; zusammenfassend Bohus, 2002), wird kaum mehr bestritten. Auch aus kritischem Blickwinkel (Dammann et al., 2000) wurden die

Wirksamkeitsnachweise wie eine geringere Abbruchrate, der Rückgang selbstschädigenden und parasuizidalen Verhaltens und damit auch der Hospitalisierungen, bessere soziale Anpassung und weniger Ärger gewürdigt. Trotz dieser Erfolge bewertet Linehan selbst (1994, S. 1775) die Therapieergebnisse sehr realistisch bezüglich des von den Betroffenen empfundenen Leids: „... sie blieben aber insgesamt in einem eher kläglichen Zustand“.

Dringend erforderlich ist eine Ausweitung der empirischen Wirksamkeitsnachweise wie auch der Belege für das Störungsentwicklungsmodell. Dafür bedarf es neben Grundlagenforschung auch weiterer Therapie-Evaluationsforschung (Shearin & Linehan, 1994). Erfolgreiche Erweiterungen des DBT-Anwendungsbereichs könnten z.B. erhellen, welches Behandlungsmodul bei welchem Störungsaspekt wirkt.

Linehan ist zwei therapeutischen Hauptproblemen bei BPS-Patienten gerecht geworden, zum ersten der akuten Polysymptomatik, hinter welcher der Zugang zum zweiten, der Dysfunktionalität tiefverwurzelter Persönlichkeitsstrukturen, oft verschüttet blieb. DBT-Adaptationen versuchen, diese Lösungsansätze für andere Störungen zu nutzen, die zumindest eines der beiden Hauptprobleme ebenfalls zeigen. Beim ersten Problem nimmt die Multi-Symptomatik herkömmlichen Therapieansätzen häufig jeden Raum für Arbeit an strukturellen Veränderungen. Das ist oft der Fall bei selbstverletzenden Jugendlichen, Delinquenten und Drogenabhängigen,

selbstverständlich auch bei Patienten mit BPS und zusätzlichen Achse-1-Diagnosen. Die starre Persönlichkeitsstruktur führt allzu leicht zur Frustration des Therapeuten. Zu allen eben erwähnten Störungsbildern entstanden bereits DBT-Modifikationen (Koerner & Linehan, 2000). Einen Überblick gibt Tabelle 1.

Eine weitere Variante ist die Umorganisation von DBT für stationäre Settings (Barley et al., 1993; Bohus, 2002; Sipos & Schweiger, in diesem Band). DBT wurde ursprünglich als ein ambulantes Angebot für ein immer wieder stationär zu behandelndes Klientel entwickelt und manualisiert. Es forderte schon Optimismus, das Ziel geringerer stationärer Aufenthaltszeiten mit einer stationären Intervention anzugehen. Inzwischen liegen gute Ergebnisse für diesen Behandlungsansatz vor (Bohus et al., 2000).

Da in der BRD die ambulante Versorgung mit DBT derzeit noch äußerst ungenügend ist (Jerschke et al., 1998), drängen viele Patienten mit BPS in überregionale stationäre Behandlungszentren. Nachteile einer stationären Behandlung sind laut Bohus (2002) neben den hohen Kosten der unregelmäßige Kontakt mit anderen BPS-Patienten und die Verstärkung von dysfunktionalem Verhalten durch Team-Aufmerksamkeit. Das wird wohl aufgewogen durch die intensive Startphase, hohe Know-how-Synergien, den festen Rahmen zum Auffangen von Krisen und eine bessere Behandlung von Komorbiditäten. Als Ziel der stationären DBT benennt Bohus das Erreichen ambulanter Behandelbarkeit.

Neben den erwähnten Übertragungen auf andere Störungsbilder etablierte sich die DBT mittlerweile auch als Behandlung für das gesamte BPS Spektrum, also auch für Patienten, die nicht alle Kriterien

Tabelle 1: Erweiterungen der DBT-Anwendungsbereiche nach Problem-Ausrichtung und Adaptationsart (PS = Persönlichkeitsstörung)

Setting	Patientengruppe	Autor	Problem-Parallele	Art der DBT-Adaptation
DBT in Forensik	Gewalttätige ASPS <sup>1)</sup> od. BPS	McCann	Symptomatik	Assimilation
DBT ambulant	Alle BPS	Koons	Struktur	Assimilation
Kogn.- & Biblio-Th.	Suizidale Selbstverletzer	Evans	Symptomatik	Akkommodation
DBT stationär	PS-Spektrum	Barley	Struktur	Akkommodation
DBT stationär	suizidale selbstverletz. BPS	Bohus	Beides	Akkommodation

<sup>1)</sup> ASPS = antisoziale Persönlichkeitsstörung

der BPS erfüllen. Ist DBT effizient für all diese Patienten, mit oder ohne Selbstverletzung bzw. Suizidversuche? Koerner (2000) diskutierte erste empirische Befunde zu weniger schweren BPS (Koons et al., 1998; Barley et al., 1993; Evans et al., 1999): Suizidgedanken, Depressivität und Hoffnungslosigkeit waren im Vergleich zu ebenfalls signifikant effektiver Standardbehandlung (TAU) teilweise verbessert. In Katamnesen sind diese Effekte bis zu 1 Jahr lang stabil geblieben. Zusammengefasst konnte man bei DBT im BPS-Gesamtspektrum Verbesserungen weniger der manifesten Symptomatik als der selbst eingeschätzten Befindlichkeit feststellen.

#### DAS DARMSTÄDTER MODELL

Reguläre DBT setzt die Vernetzung mehrerer Psychotherapeuten voraus, da jeder DBT-Klient mehrere Therapeuten haben soll. Solche Strukturen gab es in Deutschland bisher nur in Kliniken oder in an diesen angebotenen Behandlungszentren. DBT in der Regelversorgung über vernetzte Praxen niedergelassener Psychotherapeuten ist hingegen Neuland. Voraussetzungen, Entstehung, Finanzierung und weitere behandlungspraktische Gegebenheiten des Darmstädter ambulanten Netzwerks haben wir bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Gunia et al., 2000). Die Darmstädter Behandler haben den Anspruch, Patienten mit BPS möglichst ambulant zu behandeln, so dass unser Klientel das ganze BPS-Spektrum abdeckt.

Die Darmstädter Therapeuten-gruppe besteht zurzeit aus 12 niedergelassenen Psychotherapeuten, 9 Frauen und 3 Männern. Es sind 5 ärztliche und 7 psychologische Psychotherapeuten. Die Ärzte sind als tiefenpsychologische Psychotherapeuten zugelassen, die Psychologen als Verhaltenstherapeuten. Im Mittel sind sie 50 Jahre alt und haben 3 psychotherapeutische Ausbildungen und 20 Jahre Berufserfahrung. Eine ausführlichere Beschreibung der Therapeuten liegt vor (Gunia et al., 2000).

Das Darmstädter Angebot entspricht fast völlig den Manualvorgaben (Linehan, 1996b). Es ist ambulant und besteht aus den vier Bausteinen Einzeltherapie, Fertigkeiten-training in der Gruppe, Telefonkontakt im Notfall und regelmäßiger Intervention und Supervision der Therapeuten. Nur hinsichtlich der Zielgruppe gibt es leichte Abweichungen: Selbstverletzungen und Parasuizidalität sind keine zwingenden Aufnahmekriterien, es werden auch Männer aufgenommen, Psychopharmaka sind nicht prinzipiell abzusetzen. Je nach Bedarf laufen in Darmstadt parallel 4 bis 5 Fertigkeitengruppen mit jeweils maximal 8 Patienten und zwei Therapeuten. Die Teilnahme an Einzel- und einer Gruppentherapie ist obligatorisch. Die Gruppen sind halb offen, nur zu Beginn eines Moduls (etwa vierteljährlich) können neue Patienten aufgenommen werden. Das wöchentliche, 90-minütige Fertigkeitentraining wird 2 komplette Moduldurchläufe lang besucht, was 2 Jahre dauern kann. Die Einzeltherapie kann da-

nach noch fortgeführt werden. Auch sie darf nur bei einem dem Netzwerk zugehörigen DBT-Therapeuten absolviert werden. Wichtig ist, dass die Behandler nicht gleichzeitig Einzel- und Gruppentherapeut eines Klienten sind. Die Verantwortung ist dann geteilt, die Gruppe frei von Kriseninterventionen.

In der Gruppe erlernte Fertigkeiten werden in der Einzeltherapie in Handlungspläne eingebaut und zu einem sinnvollen Ganzen verbunden. Das Fertigkeitentraining hat Workshop-Charakter; Gruppendynamik wird nur soweit wie notwendig thematisiert. Es besteht aus den vier Modulen 'Innere Achtsamkeit', 'Umgang mit Gefühlen', 'Stresstoleranz' und 'Zwischenmenschliche Fertigkeiten'. Die Module bauen nicht aufeinander auf, man kann sie in unterschiedlicher Reihenfolge absolvieren. Nur 'Innere Achtsamkeit' wird jeweils den anderen Modulen vorgeschaltet.

In der Einzeltherapie werden Problemfelder hierarchisch im Sinne ihrer Dringlichkeit bearbeitet. An oberster Stelle stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von therapiegefährdendem Verhalten. Wenn nötig, wird sofort wieder auf eine höhere Ebene zurückgegangen. Das erfordert von beiden Seiten einige Flexibilität.

Der Einzeltherapeut versucht mit 'dialektischen Strategien' (Linehan, 1996a; kritisch dazu Huppertz, 2003) eine Balance zwischen Validierung und Veränderung zu finden. Für eine nähere Beschäftigung mit den einzelnen Therapiebausteinen sei auf unsere Veröffentlichung dazu (Gunia

et al., 2000) und ein deutsches Praxismanual (Bohus, 2002) verwiesen.

## METHODE

Da Wirknachweise der Therapiemethode DBT bereits in mehreren universitären Zentren erfolgt sind (Koerner et al., 2000), erschien es uns richtig, wenn die Darmstädter Evaluation sich um einen Effektivitätsnachweis des als 'good clinical practice' empfohlenen Ansatzes eben im alltäglichen therapeutischen Setting bemüht. Standards für solche Evaluationen psychotherapeutischer Routineversorgung wurden zwar auch für Niedergelassene formuliert (Braun & Regli, 2000), man findet dazu hierzulande allerdings nur wenige Veröffentlichungen. Studien mit randomisierten Kontrollgruppen sind in den Praxen Niedergelassener aus verschiedenen Gründen kaum durchführbar. Es gab bislang allenfalls einzelne Hinweise auf die praktische Bewährung ambulanten DBT auch mit nicht suizidalen und selbstverletzenden BPS (Koons et al., 1998). Unsere Hauptfrage lautete also: Inwieweit können wir mit DBT den von Anfang an ambulant behandelbaren BPS-Klienten effizient helfen?

Die Prüfung der Einschlusskriterien bei der Diagnosestellung erfolgte durch die Einzeltherapeuten. Sie beurteilten auch den Verlauf nach jedem vollen Moduldurchlauf, zugleich beurteilten auch die Klienten ihre Zielerreichung im 'Goal Attainment Scaling' (Kiresuk et al., 1994). Beide wissen, das sämtliche Evaluationsdaten verschlüsselt und für die Therapeuten unzugänglich von der

Technischen Universität Darmstadt ausgewertet werden.

Wie in fast allen DBT-Therapiestudien wird hauptsächlich die Skillsgruppen-Phase untersucht. Wöchentlich füllen die Therapeuten Sitzungsprotokolle und die Patienten sogenannte Wochenrückblicke aus. Zirka jedes Vierteljahr füllen die Patienten zum Modulwechsel eine gut halbstündige Fragebogenbatterie aus Skalen zu: Borderline-Symptomen (BSL; Bohus et al., 2001), Depressivität (BDI; Hautzinger et al., 1995), Suizidalität (FBS; Storck, 1977), Ärgerausdruck (STAXI; Schwenkmezger, 1992), Sozialer Unterstützung (F-SOZU-K-22; Sommer & Fydrich, 1989) und Selbstwirksamkeit (AS; Jerusalem & Schwarzer, 1986). Es handelt sich insgesamt um eine formative Evaluation, die auch Zwischenergebnisse veröffentlicht (Günia et al., im Druck). Im vorliegenden Artikel werden Aussagen über den Stand der Patienten nach einem Jahr ambulanter DBT gemacht.

## PATIENTEN

Im 16-monatigen Zeitfenster dieser Zwischenauswertung waren insgesamt 56 Patienten mit der laufenden Evaluation in Berührung gekommen. 23 von ihnen waren schon vor Evaluationsbeginn in einer der Skillsgruppen, sie blieben von den Auswertungen ausgeschlossen. Zu den restlichen 33 Patienten werden im Folgenden soziodemografische Daten (Klier, 2001) und verschiedene Erfolgsmaße nach Ablauf eines Jahres, d. h. am Ende des ersten

Durchlaufs aller Skillsgruppen-Module berichtet. Erste Analysen der subjektiven Fragebogendaten auf Modulbasis werden an einer Untergruppe von 11 Klienten vorgestellt.

Die Stichprobe umfasst 30 Frauen und 3 Männer (9%). Sie waren zwischen 20 und 57 Jahren alt ( $M = 33,4$  Jahre,  $SD = 8,8$ ). Alleinstehend waren 58% der Patienten, 33% verheiratet und 9% geschieden. 30% der Patienten hatten ein oder mehrere Kinder. Allein wohnten 36% der Patienten, 39% lebten mit dem Partner, 18% mit Angehörigen oder Bekannten. Hauptschulabschluss hatten 24% der Patienten, 30% hatten Realschulabschluss, 39% hatten die Hochschulreife, einen Hochschulabschluss hätten 6% erreicht.

Voll berufstätig waren 30% der Patienten, 24% standen in Ausbildung, 18% waren arbeitslos, ebenso viele berentet, 6% bezeichneten sich als Hausfrau, 9% waren länger krankgeschrieben. Ihren Unterhalt bestritten 61% der Patienten aus eigenem Einkommen und 21% ganz aus fremdem. Die ausgeübten Berufe reichten von der Aushilfe bis zum Programmierer.

## SYMPTOMATIK

Einschlusskriterium war eine nach DSM-IV-Kriterien (Saß et al., 1996) diagnostizierte Borderline Persönlichkeitsstörung. Drei Klientinnen, die lediglich 4 statt 5 Kriterien voll erfüllten, wurden ebenfalls aufgenommen. Die Anzahl gesicherter Diagnosekriterien betrug im Gruppenmittel  $M = 6,25$  ( $SD = 1,44$ ), für  $M = 1,3$  weitere Kriterien bestand ein Verdacht.

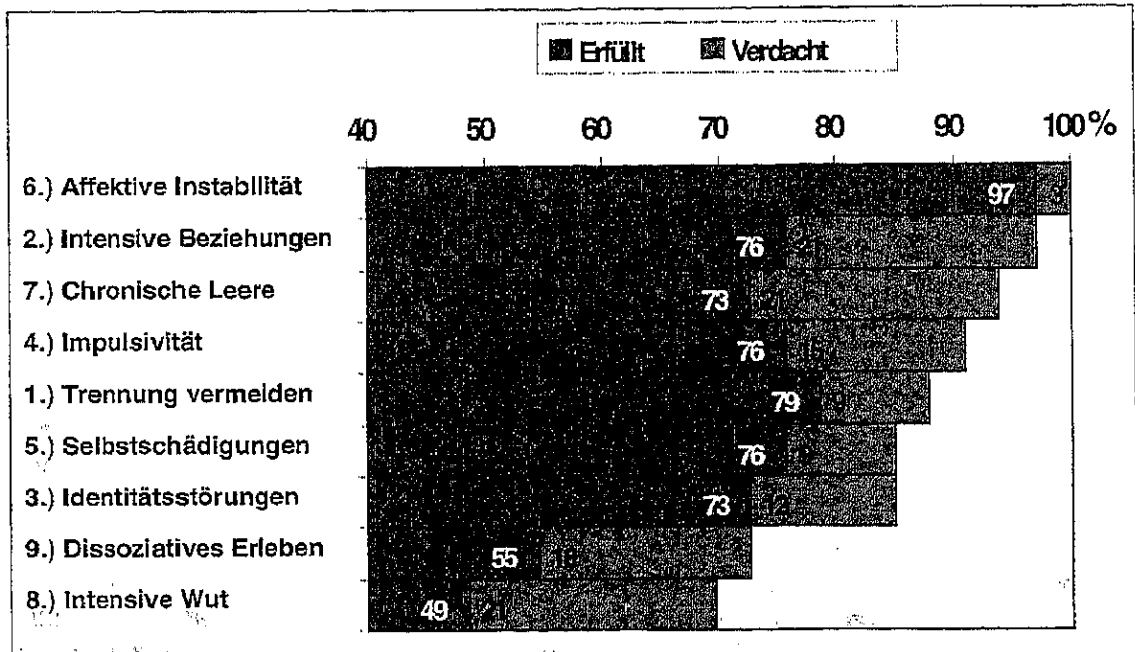


Abbildung 1: Relative Häufigkeiten der einzelnen DSM-IV-BPS-Diagnosekriterien ( $N = 33$ )

Der Schweregrad der Diagnose wurde zu 9% als leicht, zu 59% als mittel und zu 31% als schwer eingestuft. Die Störung bestand seit 2 bis 26 Jahren, im Mittel seit 10 Jahren ( $SD = 7,9$ ), bei 22% schon über 10 Jahre, manchmal seit Kindheit oder frühester Jugend. Als ihr schwerstes Jahr benannten 53% der Klienten das letzte vor Therapiebeginn. Auf der DSM-Achse 5 (GAF, Werte von 1-100) erreichten sie im vergangenen Jahr mit im Durchschnitt 49 Punkten ( $SD = 13,2$ ; *Spannweite*: 20 - 85) ein mittleres globales Funktionsniveau.

Multimorbidität gilt als ein Merkmal der BPS, so war die einzige Ausschlussdiagnose das Vorliegen einer akuten Psychose. Als häufigste Nebendiagnose (klinisch gestellt)

kam bei 70% eine affektive Störung zur BPS hinzu (55% aktuell, meist Depression). Bei 55% der Patienten lagen Essstörungen vor (43% aktuell). Eine Angststörung wiesen 49% der Patienten auf (39% aktuell, überwiegend Panik). Substanzmissbrauch lag ebenfalls bei 49% (21% aktuell, vor allem Alkohol und Tranquillizer). Bei vier Patienten (12%) diagnostizierten die Therapeuten eine weitere Persönlichkeitsstörung genau so häufig waren abgeklungene psychotische Episoden.

Als vergangene kritische Lebensereignisse (Mehrfachnennungen möglich) berichteten 30% der Patienten von erlittenem sexuellen Missbrauch in der Kindheit, 12% von Misshandlung, Vernachlässigung oder Verwahrlosung im Elternhaus.



18% der Patienten waren in einem Heim oder einer Pflegefamilie aufgewachsen, von 21% wurde der Tod Nahestehender als kritisches Ereignis erinnert. Eine Vergewaltigung hatten 15% der Patientinnen erleben müssen.

38% der Patienten berichteten von 1-3 Suizidversuchen weitere 20% gaben mehr als 3 Versuche an ( $M = 1,6$ ). Fast die Hälfte unserer Pat. hatte also noch nie einen Selbstmordversuch unternommen. Sich noch nie selbst verletzt hatten nur 5% der Pat., 8% hatten damit aufgehört, 47% verletzten sich höchstens ab und zu, 40% taten es häufiger als 14-tägig. Häufigste Art der Selbstverletzung war Schneiden (45%). Ebenfalls oft genannt wurden: Verbrennen; Zerkratzen, Kopf an die Wand schlagen, Hungern, Fressanfälle und Drogenmissbrauch.

Die Teilnehmer berichteten von bis zu 7 störungsbedingten Krankenhausaufenthalten im bisherigen Verlauf ( $M = 2,2$ ;  $SD = 1,87$ ). Nur 17% waren noch nie wegen ihrer BPS stationär in Behandlung. Im Mittel wurden pro Patient (in 11,7 Krankheitsjahren) 24 Wochen ( $SD = 23$ ) in stationären Einrichtungen verbracht.

Vor Aufnahme ins DBT-Programm hatten 91% der Patienten bereits eine ambulante Psychotherapie wahrgenommen; von 30% wurden zwei oder mehr Vorbehandlungen genannt. Psychopharmaka nahmen aktuell 55% der Patienten ein (39% Antidepressiva, 9% Neuroleptika und 24% Tranquillizer oder Hypnotika). 33% der Patienten nahmen mehrere Psychopharmaka ein.

## ERGEBNISSE

Erklärte Hauptziele der DBT sind die Sicherung des Überlebens und die Vermeidung von Therapieabbrüchen. Zentrale Ergebnisvariable dafür ist die Abbruchquote. Um unser Therapie-Survival mit dem von Linehans Studie vergleichen zu können, ermittelten wir ebenfalls eine 1-Jahres-Abbruchquote. Sie betrug für die 33 Patienten 12%, nach monatlichem Survival berechnet (Ehrenthal, 2001). Das waren zwei Personen nach 8 bzw. 10 Monaten und zwei weitere, die schon vor der fünften Sitzung die Therapie abbrachen.

Die Teilnahmequote über alle Sitzungen der Skillsgruppen hinweg ( $N = 200$ ) betrug 77% (63% - 84% je nach Gruppe). Aktiv mitgearbeitet hatten laut Einschätzung der Gruppenleiter durchschnittlich 69% (45% - 89%). Die 4 Module nahmen dabei unterschiedlich viel Zeit in Anspruch: 17% Achtsamkeit, 22% Umgang mit Gefühlen, 26% Stresstoleranz und 31% zwischenmenschliche Fertigkeiten.

Inhaltliche Grundannahme aller weiteren Hypothesen war die einer globalen Besserung durch das Therapieprogramm. Im Jahr vor Therapiebeginn hatten 36% der Pat. ( $N = 12$ ) Suizidversuche unternommen. Im ca. einjährigen DBT-Moduldurchlauf hatten nur zwei Teilnehmer (6%) erneut Suizidversuche unternommen, keiner davon war letal. Im Wilcoxon-Test erwies sich dieser Rückgang um 30% als eine sehr signifikante Änderung ( $Z = -3,16$ ;  $p = .002$ ).

In den 4 Monaten vor Gruppenbeginn hatten sich 79% selbst verletzt. Im Wochenmittel traten pro Patient 0,73 ( $SD = 1,43$ ) Selbstverletzungen auf (17% verletzten sich mindestens wöchentlich). Diese Selbstverletzungsrate sank über den Moduldurchlauf hinweg gemittelt auf 0,13 ( $SD = 0,25$ ) Selbstverletzungen pro Woche, nur 48% verletzten sich überhaupt noch (nur noch 4% mindestens wöchentlich). Der Rückgang von anschaulich gesagt einer wöchentlichen auf eine monatliche Selbstverletzung ist statistisch signifikant ( $t = 2,32$ ;  $df: 28$ ;  $p = .014$ ). Auch die vom Einzeltherapeuten eingestufte Intensität der Selbstverletzungen sank signifikant.

Die Dauer der stationären Aufenthalte betrug vor Beginn der DBT im langjährigen Jahresmittel 2,57 Wochen ( $SD = 2,69$ ). Im ersten Jahr der DBT betrug sie nur noch 0,35 ( $SD = 1,04$ ) Wochen. Nur 12% der Patienten ( $N = 4$ ) wurden erneut stationär behandelt. Die Dauer der Krankenhausaufenthalte pro Patient war um 2,2 Wochen signifikant auf ca. 2,5 Tage im Jahr gesunken ( $t = 4,13$ ;  $df: 28$ ;  $p < .001$ ). Diese Ergebnisse sind in Abb. 2 dargestellt.

#### SELBSTBEURTEILUNG IM THERAPIEVERLAUF

Die Fragebogenbatterien waren während des ersten Moduldurchlaufs viermal von den Gruppenteilnehmern auszufüllen. Die Ausfüllrate betrug 87%, bedingt durch Urlaube, Krankenhausaufenthalte und Abbrüche. Lückenlos vollständig lagen alle 4 Batterien daher nur von 11 der 33

Patienten vor. Um zu kontrollieren, ob sie sich von den Patienten unterschieden, die die Fragebögen nicht vollständig ausfüllten, wurden diese beiden Gruppen bezüglich möglicher Unterschiede untersucht. Für eine adäquate Prüfung der hierbei erwünschten Beibehaltung der Nullhypothese wurde der kritische Alpha-Wert auf  $p = .25$  heraufgesetzt. So wird das Risiko einer irrtümlichen Annahme von Gruppengleichheit möglichst gering gehalten (Bortz, 1989). Trotz dieses strengen Kriteriums gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede im Ausgangsniveau hinsichtlich Anzahl von Suizidversuchen, Selbstverletzungen und stationären Aufenthalten. Die 11 Patienten, von denen vollständige Daten vorlagen, waren lediglich signifikant jünger (30 vs. 35 Jahre) und kinderreicher (1 vs. 0,3 Kinder) als die restlichen 22 Patienten. Auch hatten erstere anfangs eine stärkere soziale Unterstützung erlebt (F-SozU-K-22).

Der BDI-Summenwert lag zu Beginn bei  $M = 26,6$  ( $SD = 10,2$ ), nach einem Jahr Therapie war er auf  $M = 23,7$  ( $SD = 7,5$ ) gesunken. Der Kontrast zwischen diesen Werten zeigte eine signifikante Verbesserung in den BDI Werten an ( $F[1,9] = 6,03$ ;  $p = .036$ ), auch wenn die selbstberichtete Depressivität weiter im klinisch bedeutsamen Bereich lag.

Im Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SozU-K-22 (Fydrich et al., 1999) erzielten die 11 Patienten anfangs einen Mittelwert von  $M = 3,4$  ( $SD = 0,7$ ) und nach einem Jahr von  $M = 3,7$  ( $SD = 0,8$ ). Diese leichte Zunahme war statistisch nicht signifikant.

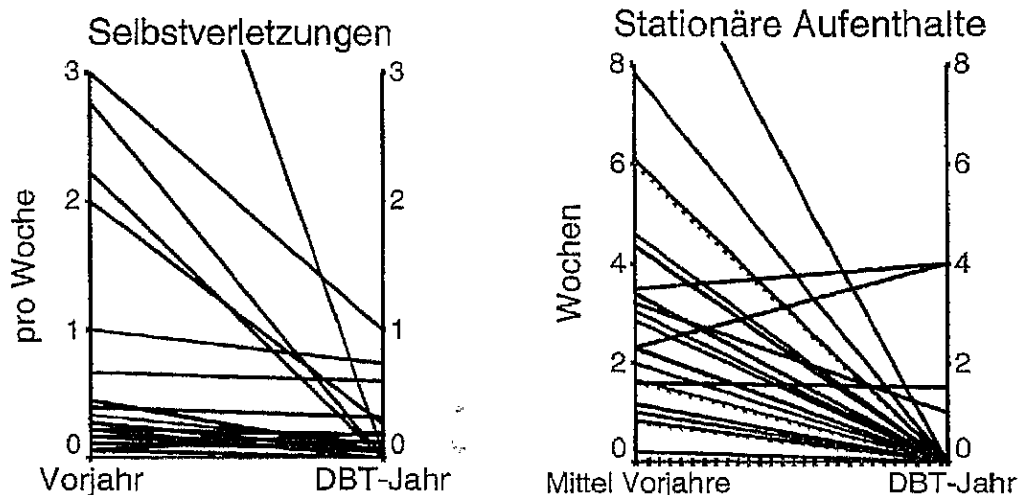


Abbildung 2: Links die Selbstverletzungsquote von 33 Patienten im Jahresmittel vor und während des ca. einjährigen Moduldurchlaufs. Rechts die jährliche Dauer ihrer stationären Aufenthalte im Mittel der Vorjahre im Vergleich zu ihrem ersten Jahr DBT

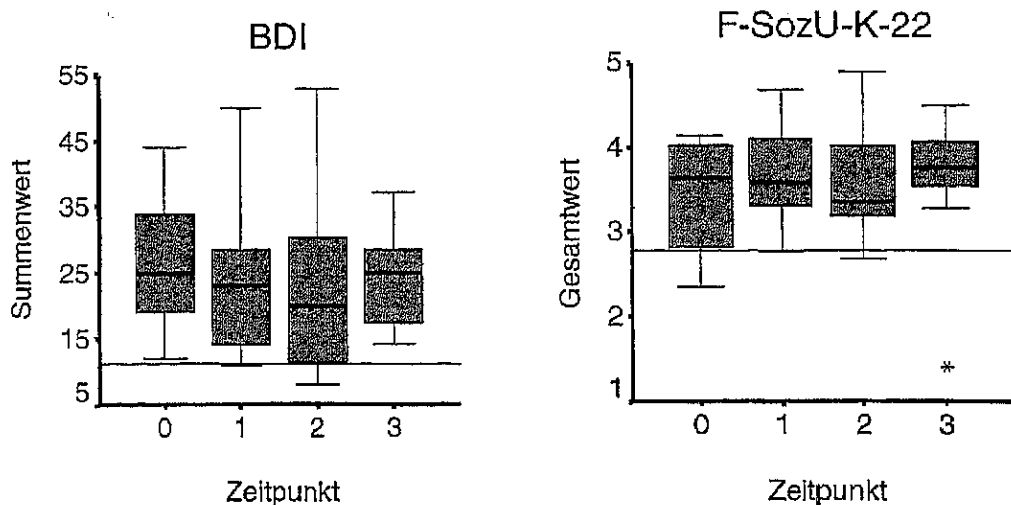


Abbildung 3: Zwei Selbstbeurteilungsskalen im Verlauf des ersten Therapiejahres. Links die BDI Summenwerte, unter dem Schwellenwert 11 beginnt die Nicht-Depressivität. Rechts die der F-SozU-K-22-Gesamtwerte, deren Ausmaß vergleichbar ist mit dem Ausmaß erlebter sozialer Unterstützung von nicht-klinischen Personen

Die Intensität von 'Ärger als Eigenschaft' (STAXI-TA) aus dem 'State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar' (Schwenkmezger et al., 1992) sank nicht signifikant von anfangs  $M = 25,6$  ( $SD = 6,3$ ) auf  $M = 23,3$  ( $SD = 6,0$ ) nach dem Moduldurchlauf. Die Werte liegen um den Mittelwert der Neurotiker-Stichprobe von  $M = 23,96$  ( $SD = 5,79$ ) des STAXI Manuals. Auch die Werte der beiden STAXI-TA-Subskalen blieben kaum verändert hoch, die 'Impulsivität' (TA/T), mit anfangs  $M = 11,9$  ( $SD = 3,8$ ) und schließlich  $M = 10,9$  ( $SD = 3,7$ ), die 'Sensibilität für Kritik durch andere' (TA/R) sank nicht signifikant von  $13,6$  ( $SD = 3,6$ ) auf  $M = 12,36$  ( $SD = 2,8$ ). Auch der Anstieg in der Skala 'Ärgerkontrolle' (AC) war nicht signifikant (zu Beginn:  $M = 19,6$  ( $SD = 5,2$ ) nach einem Jahr:  $M = 21,5$ ,  $SD = 5,5$ ).

Bezüglich des Umgangs mit Ärger wurden auch die STAXI-Skalen zur Ärgerrichtung ausgewertet. Der 'nach innen gerichtete Ärger' (AI) betrug initial  $M = 21,3$  ( $SD = 3,7$ ), er sank signifikant ( $F = 4,147$ ;  $df: 3;8$ ) kontinuierlich ab auf letztlich  $M = 17,6$  ( $SD = 3,1$ ). Das Ausgangsniveau unserer Patienten entsprach ungefähr dem Mittel der STAXI-Neurotiker-Stichprobe von  $M = 20,87$  ( $SD = 4,43$ ).

Der 'nach außen gerichtete Ärger' (AO) sank von  $M = 17,4$  ( $SD = 6,55$ ) signifikant ( $H-F F = 5,27$ ;  $df: 1,5;15$ ) auf schließlich  $M = 14,8$  ( $SD = 5,25$ ). Für die Skala AO liegt der Neurotiker-Mittelwert bei  $15,13$  ( $SD = 4,11$ ). Im Umgang mit dem Trait-Ärger zeigte sich demnach sowohl hinsichtlich 'nach innen gerichtetem Ärger' als auch 'nach außen gerich-

tetem Ärger' eine Verbesserung (s. Abb. 4).

Der "Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr" FBS (Stork, 1977) soll die innere Suizidneigung im „unbewussten suizidalen Feld“ der Persönlichkeit erfassen. Auch Neigungen zu Drogen, Unfällen, antisozialen Verhalten etc. werden erfasst. Laut Manual liegt die Grenze zwischen den Vergleichsgruppen starker und schwacher Suizidgefahr zwischen 39 und 40 Punkten. Die Mittelwerte der Patientengruppe veränderten sich im betrachteten Zeitraum nicht signifikant (anfangs  $M = 40,1$ ; letztlich  $M = 39,6$ ). Die Hypothese der Abnahme auch der inneren, subjektiven Suizidneigung konnte so nicht bestätigt werden.

Der Summenwert der Skala 'Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung' AS (Jerusalem et al., 1986) umfasst die erwartete eigene Kompetenz beim Lösen von Lebensproblemen und neuen Situationen, also das Vertrauen in die eigenen Problemlösefähigkeiten. Hohe Werte spiegeln eine hoch eingeschätzte Selbstwirksamkeit wider (Wertebereich: 10 - 40). Nur nach dem ersten Modul war die erlebte Selbstwirksamkeit statistisch signifikant von  $M = 20,1$  ( $SD = 5,3$ ) angestiegen auf  $M = 23,4$  ( $SD = 5,8$ ). Zirka 13% der Patienten hatten damit den Schwellenwert klinisch signifikanter Gebessertheit nach Jacobson (18,38) überschritten. Nichtklinische Stichproben (Schmitz et al., 2000) liegen mit  $M = 28,28$  ( $SD = 4,95$ ) fast 2 Standardabweichungen günstiger in ihrer erlebten Selbstwirksamkeit, als es unsere 11 Patienten vor Therapiebeginn taten.

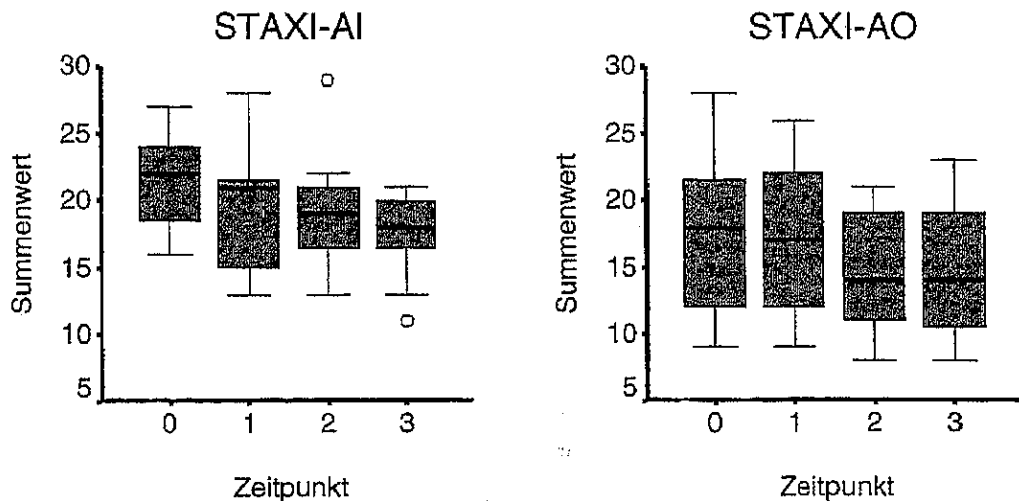


Abbildung 4: Verteilungen der Summenwerte von 'nach innen gerichteter Ärger' STAXI-AO und 'nach außen gerichteter Ärger' STAXI-AI im Verlauf des ersten Jahres der Therapie

Nach dem Absolvieren des ersten Skillgruppenmoduls hatten die Patienten statistisch signifikant mehr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten gewonnen, bleiben aber noch weit unter dem normalem Selbstwirksamkeits-Erleben.

## DISKUSSION

Bei der hier vorgestellten Studie handelt es sich um die erste Evaluation manualgetreuer ambulanter DBT unter deutschen Regelversorgungsbedingungen. Im Unterschied zu den meist universitären Therapiestudien waren die Behandler ältere und sehr berufserfahrene Niedergelassene. Auch war der Teilnehmerkreis nicht eingeschränkt auf selbstverletzend (79%) suizidale (36%) Frauen mit BPS. Aus der ambulanten Versorgungsrealität heraus ergab sich ein

breiter Querschnitt von BPS-Patienten, die im Vergleich zu stationären deutschen Studienpatienten (Bohus, 2000; 2001) signifikant älter (33 statt 28 Jahre,  $t = 2.44$ ;  $df: 54$ ) und häufiger verheiratet (33% statt 13%; Pearson's *Chi-Quadrat* = 56.29;  $df: 1$ ), nur unwesentlich leichter gestört (6,3 vs. 6,7 erfüllte DSM-Kriterien,  $t = -1.69$ ;  $df: 40$ ), aber schon sehr lange erkrankt (10 Jahre) waren. Ebenfalls hatten sie signifikant mehr Tage im Krankenhaus verbracht (168 vs. 94 Tage;  $t = 2.59$ ;  $df: 34$ ) als die Patienten in der Studie von Bohus.

Insgesamt ist unser ambulantes Klientel also akut etwas weniger symptombelastet, zeigt jedoch einen chronischen Verlauf. Bei Betrachtung aller in einem 16-monatigen Zeitraum in unser Netzwerk aufgenommenen 33 Patienten ergaben sich sehr erfreuliche Ergebnisse hinsichtlich der

'harten' Erfolgsmaße: Die Einjahres-Abbruchquote von 12% liegt noch unter den bei den DBT-Patienten Linehan (1991) erzielten 17%. Auch die Teilnahmequote von 77% erscheint uns für Borderline-Therapien bei Niedergelassenen sehr günstig. Bereits im ersten ca. 1-jährigen Moduldurchlauf hatten nur noch 6% der Patienten einen Suizidversuch unternommen, im Jahr zuvor waren es 36% gewesen. Ebenfalls hochsignifikant zurück ging die Selbstverletzungsrate, von einer pro Woche im Vorjahr auf nun eine pro Monat. Statt vorher 79% verletzten sich nun nur noch 48% der Teilnehmenden selbst. In der Studie von Linehan zeigten 36% der DBT-Patientinnen ( $N = 20$ ) nach einem Behandlungsjahr kein parasuizidales Verhalten mehr, was ungefähr unseren 31% entspricht. Bohus et al. (2000) kann man entnehmen, dass 4 Wochen nach 3-monatiger stationärer Intensiv-DBT 45% der 24 Patientinnen kein parasuizidales Verhalten mehr zeigten.

Ein direkt kostenbezogenes Maß der Effizienz einer Therapie sind die Krankenhaustage. In Linehans Behandlungsjahr lag der Median bei 17 Tagen pro Patientin. Ungefähr dieses Niveau hatten die Darmstädter Patienten bereits in den Jahren vor Beginn der DBT. Im Behandlungsjahr sanken hier die Krankenhaustage pro Patient um 15,4 Tage signifikant auf ca. 2,5 Tage. Das dürfte die ambulanten Psychotherapiekosten mehr als amortisieren. Über den langfristigen Einspareffekt kann man ohne Katamnesedaten jedoch nur mutmaßen, was ebenso für die initial wesentlich teurere stationäre DBT gilt.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Darmstädter DBT-Routineversorgung durch Niedergelassene in den wesentlichen objektiven Erfolgsmaßen durchaus an die Erfolge der universitären Forschungszentren heranreicht.

Die Auswirkung von DBT auf das subjektive Erleben war bei Linehan (1991) nicht signifikant besser als unter gewöhnlicher einjähriger Behandlung. Auch für Patientinnen mit leichter Symptomausprägung konnte Koons (2001) zwar signifikante Effekte auf das subjektive Erleben berichten, nicht aber einen Vorteil der DBT gegenüber gewöhnlicher Behandlung. Die Studie von Koons fand übrigens nach Koerner (2000) als bisher einzige in einem 'real life setting' statt ( $N = 10$  DBT-Pat.). In Darmstadt wurde die Selbsteinschätzung im Therapieverlauf an 11 DBT-Patienten analysiert. Nur diese hatten zu allen 4 Modulwechseln lückenlos unsere Fragebogen-Batterien ausgefüllt.

Die aus dem Selbsterleben erschlossene Depressivität (BDI) der Darmstädter Patienten zeigte sich nach dem Durchlauf aller Module signifikant verringert ( $M = 23,7$ ), auch wenn sie nach wie vor stark ausgeprägt war. Linehan beschrieb leider weder Anfangs- noch 1-Jahres-Werte bez. ihrer Fragebogenbatterie. Bei Bohus (2000) war der BDI nach stationärer DBT signifikant auf vergleichbare  $M = 23,2$  gesunken, ebenfalls noch weit entfernt von der Schwelle zur Nicht-Depressivität.

Die erlebte soziale Unterstützung erwies sich als von Beginn an im Normalitätsbereich liegend, so dass

die Nichtsignifikanz der nur leichten Verbesserung nicht verwundert. Die Werte passen zur bereits durch die soziodemografischen Kennwerte dokumentierten relativen sozialen Integriertheit des untersuchten Klientels.

Die erlebte Ärgerlichkeit blieb auf neurotischem Niveau (STAXI-TA  $M = 23$ ). In der Studie von Linehan (1993) berichteten die Patientinnen allerdings ein deutlich stärkeres Ausmaß an Ärger, selbst nach 18 Monaten DBT ( $N = 8$ ) war der Wert ( $M = 31$ ) in der amerikanischen Stichprobe noch deutlich höher. Der Umgang mit dem eigenen Ärger (STAXI-AI u. -AO) hingegen besserte sich von pathologischem Niveau aus kontinuierlich, die Ärgerverarbeitung war am Ende sehr signifikant verbessert. Leider werden dazu weder bei Linehan noch Bohus Ergebnisse berichtet.

Die 'Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung' (AS) besserte sich nicht dauerhaft und blieb weit unter normalem Selbstwirksamkeitserleben. Der anfängliche Anstieg deutet einen initialen Motivationseffekt nach Therapiebeginn an. Aber auch DBT braucht wohl mehr als ein Jahr der Therapie, bevor sich neben dem überlebenswichtigen Abbau dysfunktionalen Verhaltens auch das innere Empfinden mittelbar und allmählich ändern kann. Die gebesserte Ärgerverarbeitung lässt uns weitere Fortschritte im Affektregulations-Bereich nach dem zweiten Therapiejahr erwarten.

Mit dieser naturalistischen Evaluation, die unabhängig von der Entwicklerin durchgeführt wurde, konnten die positiven Wirksamkeitsbefun-

de zur DBT erstmals unter den hiesigen Versorgungsbedingungen Niedergelassener repliziert werden. Ohne Kontrollgruppe können wir natürlich nicht beantworten, ob weniger aufwändige Therapien genauso gut helfen. Auch bleibt offen, ob das Gesamtpaket oder nur eine Komponente den Behandlungserfolg ausmacht.

Dass die von uns erhofften klinischen Besserungen eintraten, lässt uns dennoch ein wenig fester an die Wirksamkeit unserer therapeutischen Arbeit glauben. Die guten Ergebnisse hinsichtlich stationärer Aufenthaltstage und suizidaler Verhaltensweisen spiegeln sich zwar noch nicht in einer gebesserten Grundstimmung, sondern eher im effizienter erlebten Umgang mit den eigenen Problemen. Das entspricht indes einem langfristigen Ziel der Skillsgruppen: 'Unangenehmes ertragen lernen'. Beispielsweise blieb die selbst empfundene Suizidalität (FBS) auch nach 1 Jahr DBT im Bereich 'starker Suizidgefahr', obwohl die Anzahl manifester Suizidversuche deutlich zurückgegangen war. Das mahnt uns an die Persistenz des Leidens unter Borderline Persönlichkeitsstörungen, der wir weiter ein nachhaltiges professionelles Engagement entgegenbringen wollen.

## LITERATUR

- Barley, W. D., Buie, S. E., Peterson, E. W. et al. (1993). Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 232-240.

- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behav. Res. Ther.*, 39(10), 1213-25.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R. & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Behav. Res. Ther.*, 38(9), 875-87.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R. D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother., Psychosom. u. med. Psychol.*, 51, 201-211.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Braun, U. & Regli, D. (2000). Psychotherapie Evaluation in der Praxis. In Laireiter, A. R. (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (459-475). Wien: Springer.
- Dammann, G., Clarkin, J. F. & Kächle, H. (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (701-730). Stuttgart / New York: Schattauer.
- Ehrenthal, J. (2001). *Evaluation zur DBT der BPS in einem ambulanten Netzwerk: Konzeptentwicklung und erste Ergebnisse*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Inst. f. Psychologie der Technischen Universität Darmstadt.
- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J. & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine, Vol 29(1)*, 19-25.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Braehler, E. (1999). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45(4), 212-216.
- Gunderson, J. G. & Kolb, J. E. (1975). Discriminating features of borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 135, 792-796.
- Gunia, H., Friedrich, J. & Huppertz, M. (im Druck) Evaluation eines ambulanten DBT-Netzwerks - Erste Ergebnisse. In: Merod, R. (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen* (im Druck). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrenthal, J. (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltensther. u. Psychosoz. Praxis*, 32, 651-662.



- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995) *Beck-Depressions-Inventar*. Göttingen: Testzentrale.
- Hull, J. W., Clarkin, J. F. & Kakuma, T. (1993). Treatment response of borderline inpatients: A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 181(8), 503-509.
- Huppertz, M. (im Druck). *Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie*. Psychother. Psychosom. u. med. Psychol.
- Huppertz, M. (2003). *Was ist dialektisch an der Dialektisch Behavioralen Therapie?* Vortrag auf dem DBT-Netzwerktreffen 2003 in Lübeck.
- Jacobson, N. S. & Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral-Assessment*, 10(2), 133-145.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. In: Kazdin, A. E. (Hrsg), *Methodological issues & strategies in clinical research* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 12, 219-229.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (15-28). Berlin: Freie Universitätspresse.
- Klier, B. (2001). *Evaluation zur Dialektisch-Behavioralen Therapie in einem ambulanten Netzwerk: Basisdokumentation*. Unveröffentlichte Studienarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Darmstadt.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (Hrsg.) (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Koerner, K. & Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 23(1), 151-167.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, Vol. 32(2), 371-390.
- Ledoux, J. (1998). *Das Netz der Gefühle*. München: DTV.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung*. München: CIP-Medien.

- Linehan, M.M. (1996b). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien. Original: (1993). Skillstraining manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronical Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Merod, R. (2001). Ambulante Therapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. *Verhaltensther. u. psychosoz. Praxis*, 33(4), 675-694.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1994). Millon's evolutionary model of normal and abnormal personality. In: Strack, S. & Lorr, M. (Eds), *Differentiating normal and abnormal personality* (79-113). New York: Springer Publishing.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, G. S. & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde mit einem neuen Instrument. *Zeitschrift-für-Pädagogische-Psychologie*, 14(1), 12-25.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar. Göttingen: Testzentrale.
- Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 379, 61.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Fragebogen zur sozialen Unterstützung. In: *Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, F-SOZU (DGVT Materialie Nr. 22)*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Storck, J. (1977). *Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr*. Salzburg: Otto Müller Verlag.

## KORRESPONDENZADRESSE:

DR. RER. SOC. JÜRGEN FRIEDRICH  
 TECHNISCHE UNIVERSITÄT  
 INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
 HOCHSCHULSTRASSE 1  
 D-64289 DARMSTADT