

Aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Die Zusammenhänge zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung,
Borderlinesymptomausprägung und psychischer Belastung
in der stationären Gruppenpsychotherapie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Eva Waltermann
(2018)

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress

Zweitgutachter: Priv.-Doz. Dr. med. Til Menge

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte den Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Rahmen einer stationären Gruppenpsychotherapie auf den Therapieerfolg bei Patienten mit Symptomen aus dem Borderline-Spektrum und psychischer Belastung.

Die drei untersuchten Variablen – die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie, die Veränderung der Borderlinesymptomausprägung und die Veränderung der allgemeinen psychischen Belastung – wurden bei 41 Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mithilfe von drei Fragebögen erhoben: Der Gruppenfragebogen (GQ-D; Bormann, Burlingame & Strauß, 2011) diente zur Erfassung der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie. Anhand der Borderline-Symptom-Liste-23 (BSL-23; Bohus et al., 2009) wurde die graduelle Ausprägung der Borderlinesymptomatik erhoben. Der Global Severity Index (GSI) der deutschen Version der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R; Franke, 2002) diente als Messinstrument der psychischen Belastung.

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den drei Variablen wurde das von Hayes und Preacher (2010) entwickelte Mediationsverfahren zur Berechnung von *instantaneous indirect effects* herangezogen. Die Studienergebnisse zeigten, dass die Veränderung der Borderlinesymptomausprägung als mediiender Faktor zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf der einen und der Veränderung der psychischen Belastung auf der anderen Seite fungierte. Somit lag ein indirekter Effekt der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung über eine Veränderung der Borderlinesymptomausprägung auf die Veränderung der psychischen Belastung vor. Dabei wurden ungefähr 58 % der Varianz der Veränderung der psychischen Belastung allein durch das aufgestellte Mediationsmodell erklärt.

Im Rahmen des Mediationsmodells zeigte sich, dass sowohl eine gering, eine moderat als auch eine stark ausgeprägte therapeutische Arbeitsbeziehung vermittelt über eine Veränderung der Borderlinesymptomausprägung mit einer nur geringen Reduktion der psychischen Belastung einherging. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass mit einer zunehmend besseren therapeutischen Arbeitsbeziehung ihr Einfluss auf die psychische Belastung der untersuchten Patienten sank. Je besser die Patienten der

vorliegenden Studie die therapeutische Arbeitsbeziehung demnach einschätzten, desto weniger Einfluss hatte diese indirekt auf ihre psychische Belastung.

Als weitere Erkenntnis dieser Studie zeigte sich, dass sich eine aus Patientensicht als sehr gut eingeschätzte therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppe negativ im Sinne einer leichten Zunahme der Borderlinesymptomausprägung auswirkte.

Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation können insgesamt zu einem besseren Verständnis der Zusammenhänge zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung, Borderlinesymptomausprägung und psychischer Belastung in der stationären Gruppenpsychotherapie beitragen. Um Patienten mit unterschiedlich stark ausgeprägten Anteilen einer Borderlinesymptomatik hinsichtlich einer Symptomreduktion zu fördern, sollte den Studienergebnissen entsprechend noch intensiver und expliziter auf die Borderlinesymptomatik eingegangen werden. Dies könnte beispielsweise durch die Integration gewisser Borderline-spezifischer Therapieelemente auch in ein allgemeines therapeutisches Setting erfolgen.

Abstract

This study investigated therapeutic alliance between patients receiving inpatient group psychotherapy and its effects on borderline-spectrum symptoms along with levels of psychological distress.

The three examined variables – therapeutic alliance in inpatient group psychotherapy, change in severity of symptoms from the borderline-spectrum and change in psychological distress – were ascertained from a total of 41 patients of the Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of Heinrich-Heine-University Duesseldorf using three questionnaires: the group questionnaire (GQ-D; Bormann, Burlingame & Strauß, 2011) to assess the therapeutic alliance in the group psychotherapy, the Borderline Symptom List 23 (BSL-23; Bohus et al., 2009) to gather the severity of symptoms from the borderline-spectrum, and lastly the Global Severity Index (GSI) of the German version of the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Franke, 2002) to measure psychological distress.

The relationships between the three examined variables were analyzed by using a procedure for calculation of *instantaneous indirect effects* in a mediation model, developed by Hayes and Preacher (2010). The study results showed that the change in severity of symptoms from the borderline-spectrum functioned as a mediating factor between the therapeutic alliance as the causal agent and the change in psychological distress as the presumed effect. According to these findings, therapeutic alliance impacted psychological distress indirectly through an intermediate variable, specifically the change in severity of symptoms from the borderline-spectrum. Thereby, about 58 % of the variance of change in psychological distress was singularly explained by the conducted mediation model.

On the basis of the mediation model, a low, moderate and high level of therapeutic alliance mediated by a change in severity of symptoms from the borderline-spectrum was associated with a low reduction in psychological distress. Furthermore, an increase of the level of therapeutic alliance led to a decrease in its effect on the psychological distress of the examined patients. So the better the patients assessed the therapeutic alliance, the smaller was its indirect effect on their psychological distress.

The study further revealed that a very high rated therapeutic alliance in the group led to a slight increase of the symptoms from the borderline-spectrum.

Taken as a whole, the results of the present study may lead to a better understanding of the relationships between therapeutic alliance, severity of symptoms from the borderline-spectrum and psychological distress in inpatient group psychotherapy. For the purpose of supporting patients with diverse manifestations of symptoms from the borderline-spectrum, one should show a more intensive and explicit interest in those symptoms. For example, this could happen by the integration of borderline-specific therapeutic elements in a general therapeutic setting.

Abkürzungsverzeichnis

BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSL-23	Borderline-Symptom-Liste-23
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GQ	Group Questionnaire
GQ-D	Deutsche Version des Group Questionnaire
GSI	Global Severity Index
KI(s)	Konfidenzintervall(e)
M	Mittelwert
MBT	Mentalization-Based Treatment
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
r_{xx}	Reliabilitätskoeffizient
RBSL	Rückgang des BSL-23-Gesamtwertes
RCI	Reliable Change Index
RGSI	Rückgang des GSI
S_{diff}	Standardfehler der Differenzen
S_E	Standardmessfehler
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90 revised
SD	Standardabweichung
SFT	Schemafokussierte Therapie
SPSS	Statistical Package for Social Science
TAB	Therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie
TFP	Transference-Focused Psychotherapy

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Gruppenpsychotherapie.....	1
1.1.1	Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie	2
1.1.2	Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie.....	3
1.2	Therapeutische Arbeitsbeziehung	4
1.2.1	Forschungsergebnisse in der Einzelpsychotherapie	4
1.2.2	Forschungsergebnisse in der Gruppenpsychotherapie.....	6
1.3	Borderlinesymptomausprägung	7
1.3.1	Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung	7
1.3.2	Dimensionale Ausprägung der Borderlinesymptomatik.....	8
1.3.3	Krankheitsursachen.....	9
1.3.4	Symptomatik.....	10
1.3.5	Schwierigkeiten im Rahmen der therapeutischen Arbeitsbeziehung	11
1.3.6	Therapieformen.....	12
1.4	Fragestellung und Hypothesen.....	14
1.4.1	Hypothese I.....	15
1.4.2	Hypothese II.....	16
1.4.3	Hypothese III	17
1.4.4	Hypothese IV	18
2	Material und Methoden.....	20
2.1	Stichprobenbeschreibung	20
2.2	Studiendesign und -durchführung.....	22
2.3	Untersuchungsmaterialien.....	22
2.3.1	Der Gruppenfragebogen (GQ-D).....	22
2.3.2	Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23).....	24
2.3.3	Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R).....	25
2.4	Messzeitpunkte und Operationalisierung.....	26
2.5	Methoden.....	29
3	Ergebnisse.....	33
3.1	Regressionsanalysen	33
3.1.1	Hypothese I.....	33
3.1.2	Hypothese II.....	34

3.1.3	Hypothese III	37
3.2	Nichtlineare Mediation.....	39
3.2.1	Hypothese IV	41
4	Diskussion.....	44
4.1	Ergebnisdiskussion.....	44
4.2	Limitationen	50
4.3	Zukünftige Forschung/Ausblick.....	52
4.4	Schlussfolgerungen	54
5	Literatur- und Quellenverzeichnis	56
6	Anhang.....	66

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1** Pfadmodell der Mediationsanalyse zur Berechnung des *instantaneous indirect effect* der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 auf den Rückgang der psychischen Belastung über den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung 30, 39
- Abbildung 2** Streudiagramm der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 (x-Achse) und dem Rückgang der psychischen Belastung (y-Achse) 34
- Abbildung 3** Streudiagramm der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 (x-Achse) und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung (y-Achse) 36
- Abbildung 4** Streudiagramm des Rückgangs der Borderlinesymptomausprägung (x-Achse) und des Rückgangs der psychischen Belastung (y-Achse) 38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Beschreibung der Patientenstichprobe	21
Tabelle 2	Regressionsmodell der Hypothese I.....	33
Tabelle 3	Regressionsmodell der Hypothese II	35
Tabelle 4	Regressionsmodell der Hypothese III	37
Tabelle 5	Ergebnis der Mediationsanalyse: Unstandardisierte Pfadkoeffizienten mit Standardfehlern entsprechend dem Mediationsmodell in Abbildung 1	40

Um eine bessere Lesbarkeit des Textes zu erreichen, wird in der folgenden Dissertation nur die männliche Form verwendet. Es handelt sich jedoch stets um Personen sowohl männlichen als auch weiblichen Geschlechts.

1 Einleitung

Psychische und psychosomatische Erkrankungen besitzen sowohl in der deutschen Bevölkerung (Kurth, 2012) als auch weltweit (Collins et al., 2011) eine hohe Relevanz. So geht aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts hervor, dass annähernd „jeder vierte männliche und jede dritte weibliche Erwachsene im Erhebungsjahr zumindest zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Störungen gelitten haben“ (Kurth, 2012, S. 989). Auch nehmen Patienten mit psychischen Beschwerden immer häufiger professionelle Hilfe im Rahmen ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung in Anspruch: Die Anzahl der psychosomatischen Krankenhäuser, Abteilungen, Betten und behandelten Patienten hat sich in den vergangenen Jahren mehr als verdoppelt (Kruse et al., 2013).

Durch eine stationäre Aufnahme wird dem Patienten eine intensive Therapie in einer geschützten Umgebung ermöglicht (Kunz, 2007). Kruse et al. (2013) beschreiben die stationäre Psychotherapie als „die Anwendung eines speziellen, bei einer vorliegenden Störung effektiven, psychotherapeutischen Kombinationstherapeutikums in ausreichender Dosierung durch ein multidisziplinäres Team“ (S. 65). Die stationäre Behandlung zeichnet sich folglich durch multimodale Therapiekonzepte aus: Ein störungsspezifischer, auf den Patienten abgestimmter, intensiver Behandlungsplan setzt sich aus verschiedenen Elementen wie Einzel- und Gruppentherapie, Kreativtherapie, Entspannungstechniken, Physio- oder Sozialtherapie zusammen (Kruse et al., 2013).

1.1 Gruppenpsychotherapie

Ein Hauptschwerpunkt der stationären Psychotherapie ist die Gruppenpsychotherapie (Tschuschke, 2004). Tschuschke (2004) geht davon aus, dass bis zu 40 % aller Patienten mit psychischen Störungen in Gruppen therapiert werden. Ein Grund hierfür besteht in erster Linie in der Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie. Diese wurde in empirischen Studien vielfach untersucht und belegt (zum Beispiel: Barlow, Burlingame & Fuhriman, 2005; Burlingame, Strauß & Joyce, 2013). Bei Studien zur Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie vor allem in einem stationären, multimodalen Setting muss jedoch die Komplexität dieser Therapieform beachtet werden (Fuhriman & Burlingame, 1994; Kösters, Burlingame,

Nachtigall & Strauß, 2006; Strauß, 2010). Ebendiese Komplexität der Gruppenpsychotherapie – eingebunden in einem multimodalen Setting – ist ein Grund für das bisher nur limitierte Wissen über ihre Effektivität speziell im stationären Rahmen (Kösters et al., 2006; Kösters & Strauß, 2007). Ein weiterer Grund für die Gruppenpsychotherapie als Hauptschwerpunkt der stationären Psychotherapie besteht darin, dass die Gruppenpsychotherapie kostengünstiger als die Einzelpsychotherapie ist (Tschuschke, 2004). Eine gleichzeitige Behandlung mehrerer Patienten ist möglich, wodurch eine Optimierung von Ressourcen in einer Zeit der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen ermöglicht wird (Morrison, 2001).

1.1.1 Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie

Die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie im Allgemeinen konnte durch die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsstudie von Burlingame et al. (2013) bestätigt werden.

Die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie speziell im ambulanten Setting untersuchten Tschuschke und Anbeh (2010). Es wurden zwei unterschiedliche Therapiekonzepte betrachtet: die analytisch beziehungsweise tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie und Psychodramagruppen. Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass beide Behandlungsformen – unter der Bedingung, dass die Gruppenpsychotherapeuten über eine gute bis sehr gute praktische Erfahrung verfügen – sehr effektiv sind und gerade auch bei stark belasteten, chronisch schwer gestörten Patienten Therapieerfolge erzielen. Außerdem wird laut Autoren aus den Ergebnissen dieser Studie ersichtlich, dass der Therapieerfolg von Therapiedauer und Frequenz der Behandlung abhängig ist.

In Hinblick auf die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie im stationären Setting ist eine Metaanalyse von Kösters et al. (2006) zu nennen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Gruppenpsychotherapie im stationären Rahmen einen positiven Effekt auf den Behandlungserfolg der Patienten hat. In die Metaanalyse gingen 24 kontrollierte und 46 Studien mit Prä-Post-Vergleichen ein, die im Zeitraum von 1980 bis 2004 veröffentlicht worden waren. Die Gruppenpsychotherapien in den eingeschlossenen Studien wurden nach verschiedenen Behandlungsmodellen und bei verschiedenen Diagnosegruppen durchgeführt. Sowohl für die stationäre Gruppenpsychotherapie in den kontrollierten Studien als auch in den Studien mit Prä-

Post-Vergleichen konnten positive Effekte auf den Therapieerfolg der Patienten nachgewiesen werden.

1.1.2 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie

Der Therapieprozess wird sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting von Wirkfaktoren beeinflusst. Es gibt jedoch in einem Gruppensetting aufgrund der Pluralität der Personen bestimmte Wirkfaktoren, die sich infolge der dyadischen Situation in einer Einzeltherapie nicht entwickeln können (Tschuschke, 2004, 2010). Als Beispiel ist hier die „Universalität des Leidens“ (Tschuschke, 2004, S. 102) zu nennen. Diese impliziert, dass die Gruppenmitglieder innerhalb der Gruppe erkennen, dass sie mit ihren Problemen und Schwierigkeiten nicht allein sind, sondern andere Mitglieder der Gruppe ebenfalls ähnliche Probleme haben (Tschuschke, 2004).

Johnson, Burlingame, Olsen, Davies und Gleave (2005) identifizierten vier zentrale therapeutische Wirkfaktoren in einem Gruppenprozess: das Gruppenklima (*group climate*), die Kohäsion (*group cohesion*), die Empathie (*empathy*) und die Allianz (*alliance*). Dabei verstehen die Autoren unter dem Gruppenklima eine Atmosphäre, die typisch für die Gruppe ist und die durch beständige Verhaltensmotive und -weisen der Gruppenmitglieder bestimmt wird. Die Kohäsion wird als Zusammengehörigkeitsgefühl inmitten der Gruppe beschrieben. Unter Empathie ist ein Gefühl des Verstandenwerdens und unter Allianz die therapeutische Arbeitsbeziehung zwischen Mitglied und Therapeut zu verstehen.

Die therapeutische Arbeitsbeziehung wird als ein wichtiger Wirkfaktor der Gruppenpsychotherapie betrachtet (Johnson, Burlingame, Strauß & Bormann, 2008) und ist hierbei der Faktor, der den Therapieerfolg von Patienten am besten vorhersagt (Johnson et al., 2008). Durch eine Vielzahl von Studien konnte belegt werden, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung im Gruppenprozess in besonderem Maße zum Therapieerfolg des Patienten beiträgt (Johnson et al., 2008; Joyce, Piper & Ogrodniczuk, 2007; Piper, Ogrodniczuk, Lamarche, Hilscher & Joyce, 2005; van Andel, Erdman, Karsdorp, Appels & Trijsburg, 2003).

1.2 Therapeutische Arbeitsbeziehung

Die Bindung zwischen Therapeut und seinem Patienten wird im Allgemeinen als therapeutische Arbeitsbeziehung beschrieben (van Andel et al., 2003). Die Fähigkeiten beider Beziehungspartner, sich auf gemeinsame Behandlungsziele und im Rahmen der Therapie zu bewältigende Aufgaben zu einigen, wirken sich auf die therapeutische Arbeitsbeziehung aus (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991).

Der Begriff der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurde erstmals im Rahmen der Psychoanalyse verwendet, kann jedoch verallgemeinert auf alle Therapieformen angewandt werden (Bordin, 1979). In der Fachliteratur existiert eine Vielzahl von Definitionen und Konzepten der therapeutischen Arbeitsbeziehung (Horvath & Symonds, 1991). Es wird jedoch immer wieder auf die Definition von Bordin (1979) verwiesen. Laut Bordin (1979) ist die Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut durch drei Elemente charakterisiert: die Festlegung und Übereinstimmung in Zielen, die in der Therapie erreicht werden sollen (*goals*); eine Verständigung über konkrete Aufgaben, die in der Therapie zu bewältigen sind (*tasks*); und die Entwicklung von positiven Bindungen zwischen Therapeut und Patient (*bonds*), die im Rahmen einer komplexen Beziehung zwischen den beiden Akteuren entstehen und von gegenseitigem Vertrauen, Respekt und Akzeptanz geprägt sind.

Auch verschiedene Begriffsbezeichnungen für die therapeutische Arbeitsbeziehung (wie beispielsweise Allianz) lassen sich in der Literatur finden. Für eine bessere Verständlichkeit wird in dieser Dissertation stets einheitlich die Bezeichnung therapeutische Arbeitsbeziehung verwendet.

Im Folgenden wird die Bedeutsamkeit der therapeutischen Arbeitsbeziehung anhand von Forschungsergebnissen in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie dargelegt.

1.2.1 Forschungsergebnisse in der Einzelpsychotherapie

Der Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf das Therapieergebnis von Patienten in der Einzelpsychotherapie konnte mehrmals bestätigt werden (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1994; Martin, Garske & Davis, 2000). So konnte in einer Metaanalyse von Horvath und Symonds (1991) eine moderate, reliable Beziehung zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und einem erfolgreichen Therapieergebnis in der

Einzelpsychotherapie nachgewiesen werden. Dabei sagt die durch den Patienten eingeschätzte Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung den Therapieerfolg besser vorher als die durch den Therapeuten bewertete Qualität. Ferner konstatieren die Autoren, dass die Beziehung zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieergebnis unabhängig von der therapeutischen Orientierung sowie Länge der Behandlung ist.

Da seit der ersten Metaanalyse zur therapeutischen Arbeitsbeziehung (Horvath & Symonds, 1991) die Anzahl an neuen Studien zu diesem Thema zugenommen hat, führten Martin et al. (2000) und Horvath et al. (2011) Aktualisierungen des Forschungsstandes in Form von weiteren Metaanalysen durch. Die Ergebnisse bestätigten den moderaten Zusammenhang zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieergebnis.

DeRubeis, Brotman und Gibbons (2005) untersuchten mögliche Faktoren, die für den Zusammenhang zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieergebnis und die von Fall zu Fall auftretende Variabilität der therapeutischen Arbeitsbeziehung verantwortlich sein könnten. Sie benennen vier Aspekte, die den Zusammenhang zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieergebnis erklären könnten: der Einfluss des Therapeuten, der Einfluss des Patienten, die Interaktionen zwischen den jeweiligen spezifischen Eigenschaften des Therapeuten und Patienten sowie eine frühe Symptomverbesserung. Nähere Erläuterungen zum Einfluss des Patienten liefern Strauß und Schwark (2007). Sie konnten zeigen, dass Patienten mit sicheren Bindungserfahrungen und gut entwickelten sozialen Fähigkeiten bessere Arbeitsbeziehungen zu ihrem Therapeuten aufbauen und dadurch eine bessere Prognose haben als beispielsweise ängstlich gebundene Patienten.

Im Gegensatz dazu lassen sich auch Studien finden, die den Zusammenhang zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieergebnis weitestgehend auf den Einfluss des Therapeuten zurückführen. So geht aus einer Metaanalyse von Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds und Wampold (2012) hervor, dass der Einfluss des Therapeuten auf die therapeutische Arbeitsbeziehung ein statistisch signifikanter Prädiktor für das Therapieergebnis ist. Dies war selbst dann der Fall, wenn zeitgleich verschiedene potentielle Kovariablen dieser Beziehung berücksichtigt wurden (wie beispielsweise die Diagnosen der Patienten oder das angewandte Forschungsdesign). Außerdem weisen die Autoren darauf hin, dass einige Therapeuten durchweg besser in der Lage waren, eine starke therapeutische Arbeitsbeziehung zum Patienten

(unabhängig von der Diagnose) aufzubauen als andere. Folglich neigten die Patienten dieser Therapeuten dazu, ein besseres Therapieergebnis zu erzielen.

Es schließt sich nun die Frage an, welche Merkmale des Therapeuten und persönliche Therapietechniken für die Entwicklung einer starken therapeutischen Arbeitsbeziehung verantwortlich sind. Laut Ackerman und Hilsenroth (2003) tragen unter anderem Therapeuteneigenschaften wie Flexibilität, Ehrlichkeit, respektvolles Auftreten, Vertrauenswürdigkeit, Selbstvertrauen, Wärme, Interesse und Offenheit positiv zur therapeutischen Arbeitsbeziehung bei. Ebenso spielen Techniken des Therapeuten wie Exploration, Reflexion, Beachtung vergangener Therapieerfolge, präzise Interpretation und Unterstützung des Patienten eine wichtige Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

1.2.2 Forschungsergebnisse in der Gruppenpsychotherapie

Mehrere Studien untersuchten die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie. So überprüften Joyce et al. (2007), inwiefern die therapeutische Arbeitsbeziehung ein Prädiktor für das Therapieergebnis in unterstützenden und interpretativen Kurzzeitgruppen für Patienten mit pathologischen Trauerreaktionen ist. Dabei bestätigten sie, dass die aus Patientensicht beurteilte therapeutische Arbeitsbeziehung mit einem guten Therapieergebnis in Verbindung steht. Zudem betonen sie die Wichtigkeit und den Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie.

In einer weiteren Untersuchung wurde die therapeutische Arbeitsbeziehung in einer ambulanten psychoanalytischen Langzeitgruppe erforscht (Lorentzen, Sexton & Hoglend, 2004). Die Autoren stellten eine konstante Verbesserung der sowohl durch die Patienten als auch durch den Therapeuten beurteilten therapeutischen Arbeitsbeziehung während der ersten zwei Therapiejahre fest. Sie interpretierten dies als eine Vertiefung der Beziehung, die scheinbar nur in Langzeittherapien erfolgt. Die Autoren führen an, dass sich dieses Ergebnis von Untersuchungsbefunden in Kurzzeittherapien unterscheidet. Denn in Kurzzeittherapien erreicht die therapeutische Arbeitsbeziehung sehr schnell ein hohes Level, verbleibt jedoch über den gesamten Therapiezeitraum auf diesem Niveau und steigt nicht weiter an.

Piper et al. (2005) konnten anhand einer Studie zur Kurzzeitgruppenpsychotherapie zeigen, dass die von Patienten beurteilte therapeutische

Arbeitsbeziehung sowohl zu einem frühen Zeitpunkt als auch über die Therapiesitzungen hinweg direkt und signifikant mit dem erwünschten Therapieergebnis in Verbindung steht. Je besser die Therapie begann (beispielsweise durch den vom Patienten vorangetriebenen Aufbau einer starken Arbeitsbeziehung zum Therapeuten), desto positiver war das Therapieergebnis.

Eine weitere Studie beschäftigte sich mit dem Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf das Therapieergebnis von Patienten, die eine zeitlich begrenzte kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting erhielten (van Andel et al., 2003). Dabei leistete die therapeutische Arbeitsbeziehung zum Therapeuten einen signifikant positiven Beitrag zum Therapieerfolg. Darüber hinaus spielten die Bindungen zu anderen Gruppenmitgliedern und zum Gruppenleiter eine bedeutende Rolle für die Wirksamkeit der Therapie.

Johnson et al. (2008) schlussfolgern anhand der Ergebnisse ihrer Übersichtsarbeit, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung in psychotherapeutischen Gruppen „nachhaltig zum Therapieerfolg beiträgt“ (S. 75). Des Weiteren schreiben die Autoren der therapeutischen Arbeitsbeziehung die Fähigkeit zu, die Art und Weise zu verbessern, in der die Gruppe zusammenarbeitet.

1.3 Borderlinesymptomausprägung

Der Aufbau einer guten therapeutischen Arbeitsbeziehung kann von verschiedenen Einflussfaktoren wie beispielsweise Therapeutenmerkmalen oder Patientencharakteristika abhängig sein (DeRubeis et al., 2005). Hinsichtlich der Patientencharakteristika ist aus der Literatur bekannt, dass insbesondere Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) oder Patienten mit diversen Ausprägungsgraden einer Borderlinesymptomatik häufig Schwierigkeiten im Aufbau einer stabilen therapeutischen Arbeitsbeziehung aufweisen können (Bohus & Kröger, 2011).

1.3.1 *Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung*

Die BPS (beziehungsweise emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs) ist eine psychische Erkrankung, die durch Instabilität in der Affektregulation und Impulskontrolle, verzerrter Wahrnehmung des Selbstbildes und

der Identität sowie durch Störungen im Aufbau und in der Aufrechterhaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen charakterisiert wird (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

1.3.2 Dimensionale Ausprägung der Borderlinesymptomatik

In der Vergangenheit erfolgte die Einteilung von Persönlichkeitsstörungen, zu denen auch die BPS gehört, vornehmlich in kategorialen Klassifikationssystemen. Den Ausführungen von Rounsaville et al. (2002) folgend wurde in der Vergangenheit zumeist angenommen, dass psychische Störungen eigenständige Entitäten sind. Außerdem wurde davon ausgegangen, dass sie untereinander und von normalen Persönlichkeitszügen entweder durch anerkannte eindeutige Symptomkombinationen oder durch nachweisliche, eindeutige Krankheitsursachen getrennt sind. In den letzten Jahren hingegen wurde die Annahme über die psychischen Störungen als eigenständige Entitäten zunehmend bezweifelt (Kendler & Gardner, 1998; Rounsaville et al., 2002). Denn es häuften sich Erkenntnisse, dass typische psychische Störungen wie Major Depression, Angststörung, Schizophrenie und bipolare Störung sowohl fließend ineinander als auch in einen Bereich normaler Persönlichkeitszüge ohne eindeutig bestimmbare Grenzen überzugehen scheinen (Kendler & Gardner, 1998). Jede Störung ist durch eine Kombination von verschiedenen Symptomen charakterisiert, die nicht spezifisch für diese Störung sind und jeweils unterschiedliche, unspezifische Ausprägungsgrade annehmen (Widiger & Clark, 2000). Infolgedessen zeigt die Forschung, dass die Variation in der Symptomatik psychischer Störungen – vor allem im Bereich der Persönlichkeitsstörungen – besser durch Dimensionen als durch eine Reihe von Kategorien dargestellt und erfasst werden kann (Rounsaville et al., 2002; Widiger & Clark, 2000). Ein Beispiel hierfür ist die verstärkte Einführung dimensionaler Diagnosekriterien und Messinstrumente im DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013) gegenüber des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Außerdem wird angenommen, dass auch gesunde Menschen emotional instabile Anteile, wie sie zur Definition der BPS gehören, in unterschiedlicher Ausprägung in sich tragen können (Kröger & Unckel, 2006). Auch Widiger und Costa (1994) gehen davon aus, dass maladaptive Persönlichkeitszüge, die in den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) für Persönlichkeitsstörungen

inbegriffen sind, bei Personen der allgemeinen Bevölkerung ohne Diagnose einer DSM-IV-Persönlichkeitsstörung in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen. So können beispielsweise viele Symptome der BPS als extreme Ausprägungen von Persönlichkeitseigenschaften – wie sie in der allgemeinen Bevölkerung vorkommen – angesehen werden. Dazu zählen unter anderem die Eigenschaften Feindseligkeit, Verletzlichkeit, Impulsivität und emotionale Instabilität (Clarkin, Hull, Cantor & Sanderson, 1993; Trull, 1992; Wilberg, Urnes, Friis, Pedersen & Karterud, 1999).

Um einen Einblick in das Störungsbild der BPS zu erhalten, wird im Folgenden auf ihre Krankheitsursachen, Symptomatik und den daraus resultierenden Schwierigkeiten im Rahmen der therapeutischen Arbeitsbeziehung sowie auf eine Therapieform der BPS eingegangen.

1.3.3 Krankheitsursachen

Bezüglich der Krankheitsursachen der BPS gibt es je nach Therapieform verschiedene Erklärungsansätze. Aus psychoanalytischer Sicht lässt sich die Entwicklung einer BPS auf Traumata in der Kindheit zurückführen. Dazu zählen Vernachlässigungen durch nahe Bezugspersonen, häufige Wechsel von Bezugspersonen sowie körperlicher und sexueller Missbrauch (Rohde-Dachser, 2000). Es wird angenommen, dass auftretende Probleme im Erwachsenenalter meist auf nicht bewältigte Prozesse in der Vergangenheit zurückzuführen sind (Unckel & Kröger, 2006).

Die spezifisch für die BPS entwickelte dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993a, 1993b, 2006) basiert auf einem neurobehavioralen beziehungsweise biosozialen Entstehungsmodell der Erkrankung. Dieses Modell beruht auf Wechselwirkungen zwischen dysfunktionalen Verhaltensmustern, genetischen und psychosozialen Faktoren wie beispielsweise schweren traumatischen biographischen Erfahrungen (Bohus & Schmahl, 2006; Lieb et al., 2004). Laut Linehan (2006) ist die wichtigste Annahme des biosozialen Entstehungsmodells, dass die BPS hauptsächlich auf einer Störung des emotionsregulierenden Systems basiert. Sie ist demnach eine Folge der Kombination von biologischen Fehlprozessen und dysfunktionalen sozialen Rahmenbedingungen, die im Laufe des Lebens in Interaktion treten. Dysfunktionales Verhalten, welches sich in den Symptomen der BPS beispielsweise als selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität äußert, kann als direkte Folge der

emotionalen Dysregulation oder als deren Bewältigungsstrategie angesehen werden und wiederum zu erneuten Regulationsstörungen führen (Bohus & Bathruff, 2000; Linehan, 2006). Einen Beitrag zur Entwicklung einer Emotionsregulationsstörung leistet laut Linehan (2006) eine invalidierende Umgebung, in der ein Kind aufwächst. Wird ein Kind invalidiert, wird auf sein Mitteilen von Gefühlen und persönlichen Erfahrungen unangemessen und sprunghaft reagiert. Persönliche Gefühle und Erfahrungen des Kindes werden nicht ernstgenommen, sondern oftmals bestraft, entwertet und als trivial oder falsch zurückgewiesen (Linehan, 2006). Durch Invalidierung ist es dem Kind nicht möglich, seine ursprünglichen Gefühle und emotionalen Reaktionen in angemessener Weise zu erfassen, zu bewerten und zu steuern. Es lernt nicht, seinen Gefühlen als angemessene Reaktion auf bestimmte Ereignisse zu vertrauen und entwertet seine eigenen Emotionen im Laufe der Zeit (Linehan, 2006). Als Erwachsener übernimmt der Borderline-Patient diese Invalidierung und bezieht sie auf sich selbst. Eigenen Erfahrungen und Gefühlen wird nicht mehr getraut und es wird sich an anderen Menschen orientiert, um die externe Wirklichkeit richtig beurteilen zu können.

Dass bei der Entstehung der BPS neben den genannten Ursachen auch genetische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen, zeigte eine Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000).

1.3.4 Symptomatik

Die BPS beginnt in der Adoleszenz, ihre Symptome erreichen meist mit Mitte 20 den Höhepunkt und flachen dann mit Ende 20 beziehungsweise Anfang 30 langsam ab (Winograd, Cohen & Chen, 2008). Symptome dieser Erkrankung sind emotionale Dysregulation, impulsive Aggression, wiederholte Selbstverletzung und chronische suizidale Neigungen (Lieb et al., 2004).

Bohus und Kröger (2011) gliedern die Psychopathologie der BPS in drei sich gegenseitig beeinflussende Dimensionen: Störungen der Affekt- und Emotionsregulation, Störungen der Identität und Störungen der sozialen Interaktion.

Bei den Störungen der Affekt- und Emotionsregulation überwiegen oftmals aversive Zustände stärkster Anspannung (Bohus & Kröger, 2011). Aufgrund emotionaler Fehlregulation reagieren die Patienten emotional sehr intensiv und impulsiv. Beispielsweise verfallen sie häufig in schwer kontrollierbare Wutausbrüche, sind extrem ängstlich, ärgerlich oder reizbar (Linehan, 2006). Auslöser für

normalerweise schwache Emotionen führen bei diesen Patienten zu stärksten Gefühlsregungen. Borderline-Patienten neigen demnach einerseits im negativen Kontext zur Dramatisierung und andererseits im positiven Kontext zur Idealisierung. Sie versuchen meist diese starken Anspannungszustände durch dysfunktionale, kurzfristig wirksame Strategien wie beispielsweise Essattacken, Alkoholkonsum oder das Zufügen von Selbstverletzungen zu beenden (Bohus & Bathruff, 2000; Bohus & Kröger, 2011; Stiglmayr et al., 2005). Auslöser für aversive Zustände intensivster Anspannung sind Gefühle des Versagens, Alleinseins und der Ablehnung.

Störungen der Identität der Borderline-Patienten drücken sich durch ein äußerst instabiles Selbstbild aus. Oftmals fühlen sie sich leer und wissen nicht, wer sie sind (Linehan, 2006).

Störungen der sozialen Interaktion ergeben sich unter anderem durch eine starke Ambivalenz der Borderline-Patienten. Diese Ambivalenz entsteht dadurch, dass die Patienten einerseits Nähe zu anderen Menschen, Sicherheit, Geborgenheit und Zuwendung suchen, andererseits jedoch gerade vor dieser Nähe zu anderen Menschen eine starke Angst besitzen (Arntz, 1994; Bohus & Kröger, 2011). Borderline-Patienten zeigen sich außerdem unfähig, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen Personen aufrechtzuerhalten und misslungene Zusammenarbeit wiederherzustellen (King-Casas et al., 2008). Störungen der sozialen Interaktion äußern sich darüber hinaus im Eingehen von instabilen, intensiven und meist chaotischen zwischenmenschlichen Beziehungen (Linehan, 2006). Borderline-Patienten neigen dazu, diese Beziehungen im Wechsel extrem zu idealisieren oder stark abzuwerten. Trotz vieler Probleme und Schwierigkeiten empfinden es die Patienten als äußerst schwer, eine Beziehung zu beenden (Linehan, 2006). Da Borderline-Patienten verzweifelt versuchen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern, versuchen sie alles, um nicht von einer wichtigen Bezugsperson verlassen zu werden (Bohus & Wolf-Arehult, 2013; Linehan, 2006).

1.3.5 Schwierigkeiten im Rahmen der therapeutischen Arbeitsbeziehung

Krankheitssymptome der BPS – wie beispielsweise eine emotionale Fehlregulation mit kaum kontrollierbaren Wutausbrüchen oder die Angst vor dem Verlassen- und Alleinsein – erschweren den Aufbau, die Aufrechterhaltung alltäglicher Beziehungen sowie die Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut (Bohus & Kröger, 2011).

Als einen weiteren Grund für Schwierigkeiten im Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung zu Borderline-Patienten nennt Arntz (1994) die bereits erwähnte Ambivalenz dieser Patienten, die die Beziehung dominiert: Einerseits wünschen sich die Patienten Hilfe und Akzeptanz, andererseits fürchten sie, verletzt und zurückgewiesen zu werden. Borderline-Patienten misstrauen anderen Menschen und damit auch dem Therapeuten oftmals in solch einem Ausmaß, dass viele Hilfsangebote des Therapeuten abgelehnt werden. Der Therapeut fühlt sich häufig vor eine unlösbare Aufgabe gestellt und lässt sich schnell in abweisendes Verhalten treiben. Um den Therapieerfolg nicht zu gefährden, muss der Therapeut an dieser Stelle realisieren, dass das Verhalten des Patienten direkt auf den Kern des Borderline-Problems zurückzuführen ist. Dieses kann jedoch nicht gelöst werden, bevor ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut aufgebaut wurde (Arntz, 1994).

Borderline-Patienten leiden unter starken und rasch wechselnden Stimmungsschwankungen (Wöller & Tress, 2005). Diese führen zu Missverständnissen und Unverständnis, wodurch der Umgang und der Aufbau von Beziehungen mit anderen Menschen häufig extrem erschwert wird (Kröger & Unckel, 2006).

Ferner konnte festgestellt werden, dass die mit der BPS einhergehende Impulsivität und affektive Instabilität das Führen von Beziehungen, das Einhalten sozialer Rollenverpflichtungen und das Erbringen schulischer und beruflicher Leistungen beeinträchtigen (Bagge et al., 2004).

Insgesamt sind die Therapieverläufe von Patienten mit BPS häufig chaotisch beziehungsweise nonlinear (Reisch, Thommen, Endtner & Tschacher, 2009). Eine Begründung dafür sehen die Autoren in der Instabilität von Beziehungen und Emotionen, die charakteristisch für das Krankheitsbild der BPS ist und daher oftmals zu Krisen führt. Ebenso neigen Borderline-Patienten vermehrt dazu, die Therapie abubrechen (Gunderson et al., 1989; Skodol, Buckley & Charles, 1983).

1.3.6 Therapieformen

Für Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen, wie auch für die BPS im Speziellen, gelten psychotherapeutische Verfahren als Therapie der Wahl (Renneberg, Schmitz, Doering, Herpertz & Bohus, 2010). Für Patienten mit der gesicherten Diagnose einer BPS empfehlen die S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen (Bohus et al., 2008) die folgenden vier störungsspezifischen Behandlungsverfahren: die

dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1993a, 1993b, 2006), die schemafokussierte Therapie (SFT) nach Young (1999), Mentalization-Based Treatment (MBT) nach Fonagy und Bateman (2006) sowie Transference-Focused Psychotherapy (TFP) nach Kernberg (1993).

Die in der untersuchten Patientenstichprobe der vorliegenden Dissertation angewandte psychoanalytisch-interaktionelle Methode nach Heigl-Evers und Heigl (1973) kann im weitesten Sinne auch zu den störungsspezifischen Therapieformen bei Patienten mit einer BPS gezählt werden, da sie sich insbesondere an Borderline-Patienten wendet (Dammann, 2004). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie wurde zur Therapie strukturell schwer gestörter Patienten entwickelt. Sie stellt eine Modifikation psychoanalytischer Therapieansätze dar (Heigl-Evers & Ott, 2000). Vor allem im Rahmen der Gruppentherapie wird die psychoanalytisch-interaktionelle Methode zur Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und Persönlichkeitsstörungen wie beispielsweise der BPS herangezogen (Dammann, 2004). Die Bezeichnung psychoanalytisch-interaktionelle Methode beinhaltet ein psychodynamisches Verständnis der Störung und eine Therapie, die abweichend von der psychoanalytischen Arbeitsweise auf zwischenmenschliche Beziehungen ausgerichtet ist (Streeck & Leichsenring, 2015). Die Methode beruht auf der Annahme, dass sich strukturelle Störungen aus der Verinnerlichung vernachlässigender und traumatisierender Beziehungserfahrungen entwickeln. Diese Patienten haben daher ausgeprägte Schwierigkeiten, sich selbst im Kontakt mit anderen zu regulieren und weisen Probleme in der Gestaltung und Regulierung von zwischenmenschlichen Beziehungen auf. Der Fokus der Therapie liegt auf der Entwicklung und Förderung von psychosozialen Fähigkeiten der Patienten im Kontakt mit anderen, um befriedigende, reziproke interpersonelle Beziehungen zu führen. Nach Ott (2001) ist es durch eine Therapie in der Gruppe möglich, Beziehungsschwierigkeiten greif- und verstehbar zu machen. Außerdem ergibt sich die Möglichkeit, diese durch positive Beziehungserfahrungen innerhalb der Gruppe und in Interaktion mit dem Therapeuten zu korrigieren und selbst- und beziehungsregulierende Fähigkeiten zu entwickeln (Ott, 2001). Im Rahmen der Therapie kommt dem Therapeuten als reale, mitfühlende, akzeptierende, aber zum Teil auch widersprechende Figur eine zentrale Rolle zu (Dammann, 2004). Durch authentische Antworten gibt der Therapeut etwas von sich, seinen Gefühlen und Eindrücken preis. Er wird für den Patienten erfahrbar und konfrontiert ihn im Rahmen einer sozialen Spiegelfunktion mit seinen Ansichten über

das von ihm gezeigte Verhalten (Heigl-Evers & Ott, 2000; Streeck & Leichsenring, 2015). Die Beziehung zwischen Therapeut und Patienten ist gekennzeichnet durch von dem Therapeuten entgegengebrachte aufmerksame Präsenz, Achtung, Anerkennung und Respekt für das Leiden der Patienten sowie Akzeptanz, Mitgefühl und Bestätigung für die Patienten und das gezeigte Verhalten (Heigl-Evers & Ott, 2000; Ott, 2001). Durch diese Grundeinstellungen des Gruppentherapeuten wird in der Gruppe eine Atmosphäre gefördert, durch die sich ein veränderter Umgang mit sich selbst und anderen sowie eine erhöhte Bereitschaft zu wechselseitiger Toleranz entwickeln können (Ott, 2001). Des Weiteren wird innerhalb der therapeutischen Beziehung das Erleben und Verhalten des Patienten in seinen interpersonellen Beziehungen transparent. Anhand seines Verhaltens sowie der Reaktionen anderer lernt der Patient, auf wechselseitiger Anerkennung und Reziprozität beruhende Beziehungen zu führen (Streeck & Leichsenring, 2015). In einer Studie von Leichsenring, Masuhr, Jaeger, Dally und Streeck (2007) wurde die Wirksamkeit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie bei Borderline-Patienten bestätigt. Durch die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie konnten eine Reduktion der allgemeinen Symptomatik, Verbesserungen von interpersonellen Problemen und eine Steigerung der Lebenszufriedenheit erzielt werden.

1.4 Fragestellung und Hypothesen

Wie unter Gliederungspunkt 1.3.2 dargestellt, werden Persönlichkeitsstörungen vermehrt dimensional erfasst und auch gesunde Menschen können bestimmte Züge einer Borderlinesymptomatik aufweisen. Daher wurde in der vorliegenden Dissertation der Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie auf die allgemeine psychische Belastung bei Patienten ohne manifeste Diagnose einer BPS untersucht. Dazu wurde auf eine Patientenstichprobe der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf zurückgegriffen. Die Patienten litten an verschiedenen psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern. Dazu zählten beispielsweise depressive Störungen, somatoforme Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

Gewisse Ausprägungsgrade einer Borderlinesymptomatik waren bei der untersuchten Stichprobe zu vermuten, da die Patientenklientel der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf zu einem großen Teil aus

traumatisierten Patienten besteht. Die BPS geht häufig mit traumatischen Erfahrungen in Form psychischer und/oder sexueller Misshandlungen in der Kindheit und Jugend einher und Erfahrungen dieser Art werden als wichtige Faktoren in der Entstehung der BPS diskutiert (Wöller & Tress, 2005; Zanarini et al., 1997). Daher war es naheliegend, dass die untersuchten Patienten auch ohne manifeste Diagnose einer BPS dennoch gewisse Borderline-spezifische Krankheitsmerkmale in unterschiedlich starker Ausprägung aufwiesen.

Aus der Forschung resultieren Erkenntnisse zu Schwierigkeiten von Borderline-Patienten im Aufbau, in der Aufrechterhaltung und Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen (Bohus & Kröger, 2011; Linehan, 2006). Diese Schwierigkeiten im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen wurden unter den Gliederungspunkten 1.3.4 und 1.3.5 näher geschildert. Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer konstruktiven therapeutischen Arbeitsbeziehung zum Therapeuten und der Gruppe könnten demnach bei den Patienten der vorliegenden Stichprobe umso schwieriger sein, je stärker die emotional instabilen Anteile im Sinne einer BPS ausgeprägt sind. Selbst wenn ein Patient nicht alle Kriterien einer BPS erfüllt, könnte sich die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie mit diesem Patienten aufgrund des Ausprägungsgrades bestimmter Borderline-spezifischer Symptome dennoch als schwierig erweisen.

Vor dem Hintergrund dieser Schwierigkeiten im Rahmen therapeutischer Beziehungen bei Patienten mit Symptomen des Borderline-Spektrums ergab sich die folgende Fragestellung: Welchen Effekt hat die therapeutische Arbeitsbeziehung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf die psychische Belastung der Studienpatienten unter Berücksichtigung ihrer Symptome aus dem Borderline-Spektrum?

1.4.1 Hypothese I

Der Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die psychische Belastung wurde in Studien für verschiedene Patientenpopulationen untersucht. Bereits aus den Ausführungen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung unter den Gliederungspunkten 1.2.1 und 1.2.2 geht hervor, dass viele Studien einen positiven, verbessernden Effekt dieser in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie auf die psychische Belastung der Patienten bestätigen konnten. So zeigten unter anderem Horvath und Symonds (1991)

sowie Martin et al. (2000) in Metaanalysen, dass eine moderate und reliable Beziehung zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieerfolg in der Einzelpsychotherapie besteht. Auch Piper et al. (2005) bestätigen den positiven Einfluss der aus Patientensicht beurteilten therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie auf den Therapieerfolg der Patienten – sowohl zu einem frühen Therapiezeitpunkt als auch im Verlauf der Therapiesitzungen. In einer weiteren Studie korrelierte die Bewertung einer frühen therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie aus Sicht der Therapeuten signifikant mit einer Symptomverbesserung der Patienten (Lorentzen et al., 2004). Budman et al. (1989) untersuchten in einer ambulanten Gruppenpsychotherapie ebenfalls den Zusammenhang zwischen therapeutischer Arbeitsbeziehung und Therapieerfolg. Auch sie stellen fest, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung zwischen den Gruppenmitgliedern in einer starken Beziehung zu einem verbesserten Selbstwertgefühl und reduzierter Symptomatik der Mitglieder steht. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde in der vorliegenden Dissertation die nachfolgende Hypothese formuliert:

Hypothese I: Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung.

1.4.2 Hypothese II

Bei den Patienten dieser Studie lag eine unterschiedlich starke Ausprägung Borderline-spezifischer Symptome vor. Es wurde angenommen, dass diese mit verschiedenen starken Schwierigkeiten im Aufbau und in der Aufrechterhaltung von zwischenmenschlichen sowie therapeutischen Beziehungen einhergehen. In Hinblick darauf erschien es naheliegend, den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und der psychischen Belastung vor allem in Bezug auf die unterschiedliche Ausprägung Borderline-spezifischer Beschwerden näher zu betrachten.

Hierzu wurde zunächst der Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die Borderlinesymptomausprägung untersucht.

Der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Ausprägungsgrad der Borderlinesymptomatik war bereits Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. So konnte in einer randomisierten kontrollierten Studie interpersonaler Gruppenpsychotherapie und dynamischer Einzeltherapie bei Patienten mit BPS der Beitrag der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu einem positiven

Therapieergebnis bestätigt werden (Marziali, Munroe-Blum & McCleary, 1999). Dabei drückte sich ein positives Therapieergebnis in einer Reduktion der Borderlinesymptomatik aus. Eine weitere Studie (Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman & Arntz, 2007) untersuchte den Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung in zwei störungsspezifischen Behandlungsverfahren bei Borderline-Patienten. Es wurde festgestellt, dass positive Patientenbewertungen der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der ersten Therapiehälfte eine klinische Verbesserung im Sinne einer Borderline-Symptomreduktion vorhersagten. Die Studien zeigten somit einen positiven, reduzierenden Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die Borderlinesymptomausprägung.

Aufgrund der dargestellten Befunde wurde auch in der vorliegenden Dissertation davon ausgegangen, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung einen positiven Einfluss auf die Borderlinesymptomausprägung haben könnte. In der vorliegenden Dissertation wurde angenommen, dass die untersuchte Patientenstichprobe Symptome aus dem Borderline-Spektrum aufwies. Die durchgeführte psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie – wie bereits unter Gliederungspunkt 1.3.6 erwähnt – ist besonders auf die erfolgreiche Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen ausgerichtet (Streeck & Leichsenring, 2015). Sie konzentriert sich auf Störungen der sozialen Interaktion und auf Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen (Streeck & Leichsenring, 2015). Somit wird im Rahmen der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie eine zentrale Psychopathologie der BPS in den Fokus gesetzt. Außerdem wird der therapeutischen Beziehung und einem akzeptierenden, mitfühlenden Therapeuten besondere Wichtigkeit zugeschrieben (Ott, 2001).

Auf Grundlage der dargestellten Befunde wurde somit die folgende Hypothese formuliert:

Hypothese II: Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung.

1.4.3 Hypothese III

Der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und der psychischen Belastung wurde vor dem Hintergrund Borderline-spezifischer Beschwerden der Patienten untersucht. Daher wurde für diese Untersuchung auch der

Einfluss der Borderlinesymptomausprägung auf die psychische Belastung der Patienten näher betrachtet.

Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse erscheint ein Zusammenhang zwischen einer Besserung Borderline-spezifischer Beschwerden und einer Besserung allgemeiner psychischer Belastung plausibel. Piper et al. (1991) untersuchten Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen wie affektiven Störungen und Angst- sowie Persönlichkeitsstörungen. Sie fanden heraus, dass die Qualität ihrer bisherigen zwischenmenschlichen Beziehungen in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit ihrer allgemeinen Symptomreduktion stand. Hinsichtlich Patienten mit hoher Ausprägung Borderline-spezifischer Symptome ist bekannt, dass diese starke Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen aufweisen (Linehan, 2006). Übertragen auf die Erkenntnisse von Piper et al. (1991) ist daher denkbar, dass es bei diesen Patienten aufgrund ihrer mäßigen Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen nur zu einem geringeren Rückgang ihrer generellen Symptomatik kommt.

Eine weitere Studie untersuchte den Einfluss der zu Beginn der Therapie vorhandenen Krankheitssymptome von Borderline-Patienten auf das Therapieergebnis nach zwei Jahren (Gunderson et al., 2006). Die Autoren fanden heraus, dass eine stark ausgeprägte Borderline-Psychopathologie ein schlechtes Therapieergebnis – unter anderem im Bereich des allgemeinen Funktionsniveaus der Patienten – vorhersagt. Je größer der Schweregrad der Psychopathologie, desto schlechter war das Therapieergebnis. Diese Studie verdeutlicht, dass der Schweregrad der Borderlinesymptomatik einen Einfluss auf die psychischen Funktionen der Patienten zu haben scheint.

Auf Basis der dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse wurde die folgende Hypothese formuliert:

Hypothese III: Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung und dem Rückgang der psychischen Belastung.

1.4.4 Hypothese IV

In Hypothese I wurde davon ausgegangen, dass es einen direkten Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die psychische Belastung gibt. Es lag jedoch aufgrund der in den Hypothesen II und III vermuteten Zusammenhänge nahe, dass es

auch einen *indirekten* Effekt dieser therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die psychische Belastung gibt. Denn durch den angenommenen positiven Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die Borderlinesymptomausprägung (Hypothese II), welche wiederum einen direkten positiven Einfluss auf die psychische Belastung hat (Hypothese III), war davon auszugehen, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung somit auch *indirekt* einen Einfluss auf die psychische Belastung ausübt. Es wurde also angenommen, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung im Rahmen einer Mediation über eine Veränderung der Borderlinesymptomausprägung einen indirekten Einfluss auf den Rückgang der psychischen Belastung hat. Die Borderlinesymptomausprägung mediiert demnach den Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die psychische Belastung.

Hieraus resultierte die folgende Hypothese:

Hypothese IV: Es gibt einen signifikanten indirekten Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der psychischen Belastung über einen Rückgang der Borderlinesymptomausprägung.

2 Material und Methoden

2.1 Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Studie wurde mit stationären Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt. Die stationäre psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen erfolgte in einem intensiven multimodalen Therapiesetting. Dieses umfasste ärztlich-therapeutische Visiten, psychodynamische Einzelpsychotherapie, psychoanalytisch-interaktionell fundierte Gruppenpsychotherapie, Gestaltungs- und Musiktherapie im gruppalen Setting, sozialtherapeutische Gruppe, Sport/Gymnastik, pflegerische Betreuung sowie den täglichen Kontakt zu Mitpatienten während gemeinsamer Stationsaktivitäten. Die Studie umfasste vollständige Datensätze von 41 Patienten, die während eines zweijährigen Untersuchungszeitraumes von Februar 2013 bis Februar 2015 für individuell unterschiedliche Behandlungszeiten auf zwei Stationen an den verpflichtenden Gruppenpsychotherapiesitzungen teilnahmen, einwilligungsfähig waren und sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden erklärten. Die Einwilligungsfähigkeit wurde durch Feststellung des Stationsarztes sichergestellt. Zu Beginn der Studie lagen Daten von 139 Patienten vor. Die Datensätze waren jedoch nicht bei allen Patienten vollständig, da nicht alle Patienten die Items der Fragebögen hinreichend ausgefüllt hatten. Somit reduzierte sich die Zahl der in die Studie eingeschlossenen Patienten auf 41. Unter Gliederungspunkt 2.3 wird auf die Einschlusskriterien der Datensätze eingegangen, indem ausgeführt wird, wie viele Items mindestens von den Patienten beantwortet werden mussten. Über die Inhalte der Studie wurden alle Patienten in einem Vorgespräch zur Gruppenpsychotherapie von dem Gruppenleiter informiert und um die freiwillige Teilnahme an der Studie gebeten. An einer 60-minütigen Gruppensitzung nahmen 10-12 Patienten teil. Die dreimal wöchentlich stattgefundenen Sitzungen waren psychoanalytisch-interaktionell fundierte, halb offene Gruppentherapien und bezüglich Setting und therapeutischer Orientierung identisch. Das Störungsniveau der Patienten in der vorliegenden Studie war mittelgradig bis schwer.

Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, lag die Dauer der stationären Behandlung der Patienten bei durchschnittlich 14.54 Wochen ($SD = 4.66$). Der kürzeste stationäre

Aufenthalt betrug sieben Wochen, der längste Aufenthalt auf der Station belief sich auf 26 Wochen. Kein Patient hat die stationäre Therapie abgebrochen.

Soziodemographische Daten der Patienten wurden anhand eines klinikinternen Patientenfragebogens bei Aufnahme der Patienten erhoben. Dieser Fragebogen ist in Anhang A abgebildet. Tabelle 1 gibt die soziodemographischen Daten wieder.

Tabelle 1: Beschreibung der Patientenstichprobe

		<i>n</i>	Prozent
Geschlecht	weiblich	26	63.4
	männlich	15	36.6
Familienstand	ledig	14	34.1
	verheiratet/in fester Partnerschaft lebend	19	46.3
	getrennt/geschieden	8	19.5
leibliche Kinder	ja	18	43.9
	nein	23	56.1
Geburtsland der Eltern	beide Elternteile aus Deutschland	25	61.0
	ein Elternteil aus dem Ausland	5	12.2
	beide Elternteile aus dem Ausland	8	19.5
	fehlende Angabe	3	7.3
Beziehungsstatus der Eltern	geschieden	9	22.0
	nicht geschieden	28	68.3
	fehlende Angabe	4	9.8
höchster Schulabschluss	kein Abitur (Hauptschul-, qualifizierter Hauptschul- oder Realschulabschluss)	15	36.6
	Abitur/Fachabitur	12	29.3
	Hochschule/Fachhochschule	14	34.1
Stellung im Beruf	Hausfrau/Hausmann	2	4.9
	Arbeiter/Facharbeiter	3	7.3
	Angestellter/Beamter	17	41.5
	selbstständig	2	4.9
	arbeitslos	4	9.8
	auf Dauer krankgeschrieben	3	7.3
	Auszubildender/Umschüler/Schüler/Student	4	9.8
	Rentner/Pensionär/Vorruhestand	6	14.6
stationäre Behandlungsdauer (Wochen)	<i>M</i> = 14.54; <i>SD</i> = 4.66; <i>Median</i> = 14.0; <i>Minimum</i> = 7; <i>Maximum</i> = 26		
Alter (Jahre)	<i>M</i> = 41.93; <i>SD</i> = 12.51; <i>Median</i> = 44.0; <i>Minimum</i> = 18; <i>Maximum</i> = 61		

Anmerkungen. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung.

2.2 Studiendesign und -durchführung

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine klinisch durchgeführte Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten. Ein positives Ethikvotum lag für die Studie mit dem Aktenzeichen 4679R vor. Es bestanden keine ethischen oder rechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der Studie.

Der Gruppenfragebogen (GQ-D; Bormann, Burlingame & Strauß, 2011), der zur Erforschung der therapeutischen Beziehungen in Gruppen dient, wurde zu drei Messzeitpunkten nach den Gruppensitzungen an alle Teilnehmer verteilt. In der vorliegenden Studie wurde die Hauptskala *positive Arbeitsbeziehung* ausgewertet. Der erste Messzeitpunkt T0 bildete Fragebogendaten bei der Aufnahme des Patienten ab. Um eine größere Anzahl an Patientendaten in die Studie einschließen zu können, wurde T0 um die erste und zweite Behandlungswoche erweitert (T0: 0.,1.,2. Behandlungswoche). Ebenso verhielt es sich mit dem mittleren Messzeitpunkt T1, der Fragebogendaten möglichst vier Wochen nach T0 erfasste und sich auf die vierte bis siebte Behandlungswoche erstreckte (T1: 4.,5.,6.,7. Behandlungswoche). Der letzte Messzeitpunkt T2 erhob Fragebogendaten bei der Entlassung des Patienten. Auch hier wurde der Rahmen um bis zu zwei Wochen vor der Entlassung erweitert, um eine größere Datenmenge zu generieren (T2: 0.,1.,2. Behandlungswoche vor Entlassung).

Bei der Aufnahme (T0), vier bis sechs Wochen danach (T1) und bei der Entlassung (T2) füllten die Patienten außerdem einen Fragebogen zur Erhebung der Borderlinesymptomatik sowie einen Fragebogen zur Erfassung der psychischen Belastung aus. Der Ausprägungsgrad beziehungsweise die Dimensionalität der Borderlinesymptomatik eines jeden Patienten wurde anhand der Borderline-Symptomliste-23 (BSL-23; Bohus et al., 2009) erhoben. Die psychische Belastung des Patienten wurde anhand des globalen Kennwertes *Global Severity Index* (GSI) der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R; Franke, 2002) erfasst.

2.3 Untersuchungsmaterialien

2.3.1 Der Gruppenfragebogen (GQ-D)

Der GQ-D (Bormann et al., 2011) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und dient der Erforschung des stationären Gruppenprozesses. Er ist die deutsche Version des von Krogel entwickelten *Group Questionnaire* (GQ; Krogel, 2008) und basiert auf dem

drei-Faktoren-Modell von Johnson et al. (2005). Dieses geht davon aus, dass die drei übergeordneten Faktoren *positive bonding relationship*, *positive working relationship* und *negative relationship* die Qualität therapeutischer Beziehungen in einer Gruppe abbilden. Ausgehend von diesem drei-Faktoren-Modell werden die folgenden Hauptskalen des GQ-D gebildet: *Verbundenheit*, *positive Arbeitsbeziehung* und *negative Beziehung* (Bormann, 2010; Bormann et al., 2011). Die Hauptskala *Verbundenheit* gibt zum einen an, welches Maß an Kohäsion und Engagement in der gesamten Gruppe herrscht. Zum anderen spiegelt sie die Empathie sowohl auf Gruppenmitglied-Gruppenmitglied- als auch auf Gruppenmitglied-Gruppenleiter-Ebene wider. Die in der vorliegenden Dissertation ausgewertete Hauptskala *positive Arbeitsbeziehung* reflektiert Aspekte des Zusammen- und Miteinanderarbeitens auf Mitglied-Leiter- und Mitglied-Mitglied-Ebene. Eine positive Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zeichnet sich unter anderem durch gemeinsam beschlossene Aufgaben und identische Zielsetzungen mit dem Gruppenleiter und anderen Gruppenmitgliedern aus. Die dritte Skala *negative Beziehung* erfasst das Maß an Auseinandersetzungen und Konflikten innerhalb der gesamten Gruppe sowie mangelnde Empathie auf der Seite des Gruppenleiters und anderen Gruppenmitgliedern (Bormann, 2010; Bormann et al., 2011).

Der GQ-D ermöglicht es, nicht nur allgemein gültige Aussagen über die Ausprägungen der drei Hauptskalen innerhalb der gesamten Gruppe zu treffen, sondern erfasst auch drei charakteristische Beziehungsebenen innerhalb der Gruppe. So ergibt sich innerhalb des Gruppenprozesses zum einen eine Beziehung zwischen dem einzelnen Gruppenmitglied und dem Gruppenleiter, zum anderen zwischen dem Gruppenmitglied und einem anderen Gruppenmitglied. Die dritte Ebene wird definiert durch die Beziehung zwischen dem Gruppenmitglied und der gesamten Gruppe (Bormann et al., 2011; Johnson et al., 2005). Auf einer siebenstufigen Likert-Skala (1 = *stimmt überhaupt nicht* bis 7 = *stimmt sehr*) werden die 30 Items des GQ-D beantwortet. Die in dieser Dissertation herangezogene Hauptskala *positive Arbeitsbeziehung* wurde aus dem Mittelwert der Items 19 - 26 berechnet. Je höher der berechnete Mittelwert, desto besser wurde die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie bewertet. Zur Berechnung dieser Hauptskala zum untersuchten Messzeitpunkt T1 (siehe Gliederungspunkt 2.4) wurden nur Datensätze eingeschlossen, bei denen mindestens 75 % der Items von den Patienten vollständig ausgefüllt wurden. Durch den Fragebogen soll es Leitern von therapeutischen Gruppen ermöglicht werden, problematische

Entwicklungen in den drei Bereichen *Verbundenheit*, *positive Arbeitsbeziehung* und *negative Beziehung* zu erkennen und den Gruppenprozess gegebenenfalls wieder in die gewünschte Richtung zu lenken (Bormann, 2010).

Die in der vorliegenden Dissertation errechnete interne Konsistenz Cronbachs α für die Hauptskala *positive Arbeitsbeziehung* zum Zeitpunkt T1 betrug $\alpha = .84$. Bormann et al. (2011) berichten für die Skala *positive Arbeitsbeziehung* eine interne Konsistenz von $\alpha = .89$, für die *Verbundenheit* $\alpha = .92$ und $\alpha = .79$ für die *negative Beziehung*. Ebenfalls untersuchten sie die Konstruktvalidität des GQ-D anhand von Strukturgleichungsmodellen und kamen zu dem Ergebnis, dass die Struktur des GQ-D einen guten *Model fit* aufweist und somit das Kriterium der Konstruktvalidität als gegeben angesehen werden kann. Die Autoren untermauerten dies zusätzlich dadurch, dass der GQ-D auch das Kriterium der konvergenten Validität, bestimmt durch Inanspruchnahme bereits etablierter Messinstrumente, erfüllt. Der GQ-D ist in Anhang B abgebildet.

2.3.2 *Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23)*

Die BSL-23 (Bohus et al., 2009) ist die gekürzte Version der Borderline-Symptom-Liste-95 (BSL-95; Bohus et al., 2001) und besteht aus 23 Items, die der BSL-95 entnommen wurden. Laut Bohus et al. (2009) ist der Vorteil der Kurzversion der geringere Zeitaufwand seitens der Patienten und des Personals. Sie ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die Dimensionalität beziehungsweise den Ausprägungsgrad der Borderline-spezifischen Symptome des Patienten im Gesamtverlauf der letzten sieben Tage. Sie kann effizient zur Messung des Therapieverlaufs und -erfolgs eingesetzt werden. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark* geben die Patienten an, wie sehr sie in den letzten sieben Tagen unter verschiedenen, für die BPS charakteristischen Symptomen litten. Der Gesamtwert der BSL-23 gibt Auskunft über den Ausprägungsgrad der Borderlinesymptomatik und wird errechnet, indem die erreichte Gesamtsumme durch die Anzahl der gültigen Items dividiert wird. So kann der Gesamtwert, der sich auf die letzten sieben Tage bezieht, in einem Bereich von 0.0 bis 4.0 liegen (Bohus et al., 2009). Je höher der Itemwert der BSL-23 einer Person ist, desto stärker ist die Borderlinesymptomatik bei dieser Person ausgeprägt. Die BSL-23 wurde ausgewertet, wenn ein Patient mindestens 22 Items beantwortete.

Die in der vorliegenden Studie errechnete interne Konsistenz Cronbachs α für die BSL-23 zum Zeitpunkt T0 betrug $\alpha = .94$. Dieser Wert für die interne Konsistenz deckt sich mit den Reliabilitäten aus der Arbeit von Bohus et al. (2009), die in drei verschiedenen Stichproben jeweils eine hohe interne Konsistenz feststellen konnten ($\alpha = .94 - .97$). Laut Bohus et al. (2009) kann die konvergente Validität der BSL-23 als gegeben betrachtet werden, da die Autoren hohe Korrelationen mit inhaltsähnlichen Messinstrumenten berechneten. Ferner konstatieren Wolf et al. (2009), dass das Kriterium der diskriminanten Validität erfüllt ist. Die BSL-23 ist in Anhang C abgebildet.

2.3.3 *Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R)*

Die SCL-90-R von Derogatis – deutsche Version von Franke (2002) – ist ein Selbstbeurteilungsinstrument bestehend aus 90 Items zur Erfassung psychischer und körperlicher Symptome des Patienten in einem Zeitfenster von sieben Tagen. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark* geben die Patienten an, wie sehr sie in den letzten sieben Tagen unter psychischen oder körperlichen Beschwerden litten. Im Testmanual von Franke (2002) werden die Skalen und globalen Kennwerte der SCL-90-R sowie deren Berechnung und Auswertung erläutert. Anhand von neun Skalen und drei globalen Kennwerten ist eine Einschätzung der psychischen und körperlichen Symptombelastung des Patienten möglich. Auf den neun Skalen werden Beschwerden aus folgenden Bereichen abgebildet: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität oder Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. In die drei globalen Kennwerte werden Antworten aus allen 90 Items einbezogen. Der GSI gibt Auskunft über die allgemeine psychische Belastung des Patienten, indem er die Anzahl der belastenden Symptome und den Ausprägungsgrad der jeweiligen Belastung kombiniert (Franke, 2002). Die Messung der Intensität der Antworten erfolgt durch den *PSDI (Positive Symptom Distress Index)*. Der *PST (Positive Symptom Total)* misst die Anzahl an Symptomen, die für den Patienten als belastend empfunden werden. Bei der Auswertung der SCL-90-R war in der vorliegenden Dissertation vor allem der GSI von besonderer Bedeutung. Dieser errechnete sich aus der Summe der Summenwerte aller Skalen geteilt durch die Anzahl der beantworteten Items des Tests (Mittelwert über alle Items). Je höher der GSI, desto

ausgeprägter ist die allgemeine Belastung durch psychogene Beschwerden des Patienten. Der GSI wurde ausgewertet, wenn ein Patient mindestens 85 Items beantwortete.

Die Reliabilität des GSI der SCL-90-R wird im Testmanual von Franke (2002) als gut befunden. So liegt die interne Konsistenz des GSI in fünf verschiedenen Stichproben in einem Bereich von $\alpha = .96$ bis $\alpha = .98$. Vergleichbar dazu liegt die in der vorliegenden Dissertation errechnete interne Konsistenz des GSI zum Zeitpunkt T0 bei $\alpha = .97$. Validitätsnachweise für die SCL-90-R liefert eine Untersuchung von Schmitz et al. (2000). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Kriteriumsvalidität, die über die konkurrente Validität bestimmt wurde, vorliegt. Ebenso verhält es sich mit der Konstruktvalidität. Die SCL-90-R ist in Anhang D abgebildet.

2.4 Messzeitpunkte und Operationalisierung

Bevor mit den Berechnungen zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen begonnen wurde, wurden die drei Variablen des Mediationsmodells berechnet und genau definiert.

Die unabhängige Variable X repräsentiert die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie und geht aus der Hauptskala *positive Arbeitsbeziehung* des GQ-D zum Zeitpunkt T1 hervor. Diese errechnete sich als Mittelwert aller Items der Skala *positive Arbeitsbeziehung* zum Zeitpunkt T1. Es wurde der mittlere Messzeitpunkt T1 gewählt, um Daten aus der Mitte der Behandlung zu erfassen. Der Messzeitpunkt T1 spiegelte einen Zeitpunkt in der Therapie wider, an dem viele Gruppenmitglieder die Hälfte der Therapie durchgeführt hatten. So konnte sichergestellt werden, dass die Patienten bereits Gruppen- und Beziehungserfahrungen sammeln konnten, um eine auswertbare Einschätzung über die therapeutische Arbeitsbeziehung treffen zu können (Bormann et al., 2011). Außerdem wurde die therapeutische Arbeitsbeziehung zum mittleren Messzeitpunkt T1 erhoben, da die Messzeitpunkte T0 am Anfang beziehungsweise T2 am Ende der Behandlung in Bezug auf eine valide Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung nicht aussagekräftig erschienen. Denn bei Patienten mit stark ausgeprägten emotional instabilen Anteilen kann davon ausgegangen werden, dass sowohl der Therapiebeginn als auch das Therapieende mit starken Schwierigkeiten verbunden sind (Linehan, 2006).

Dies könnte dazu führen, dass die Patienten in beiden Therapiephasen in ihrer Einschätzung der tatsächlichen therapeutischen Arbeitsbeziehung beeinflusst werden. Der Beginn einer Gruppenpsychotherapie ist durch eine erste Kontaktaufnahme zum Therapeuten und zur Gruppe geprägt. Patienten mit stark ausgeprägten emotional instabilen Anteilen haben zu Beginn meist große Probleme damit, dem Therapeuten zu vertrauen. Dieses Vertrauen kann erst im Verlauf der Therapie aufgebaut werden (Linehan, 2006). Gegen Ende der Therapie hingegen sind diese Patienten oftmals von starken Verlust- und Verlassensängsten betroffen (Linehan, 2006). Einige Patienten blenden diese Abschiedsproblematik völlig aus, andere reagieren darauf mit einer Verschlechterung der Symptomatik oder reagieren emotional äußerst heftig, beispielsweise mit aufkommenden Suizidgedanken (Bohus & Bathruff, 2000; Rohde-Dachser, 2000).

Die Mediatorvariable M repräsentiert den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung von Therapiebeginn bis Therapieende. Die abhängige Variable Y gibt den Rückgang der psychischen Belastung des Patienten von Therapiebeginn bis Therapieende wieder. Für die Berechnung beider Variablen wurde der *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991) verwendet.

Der RCI wurde von Jacobson und Truax (1991) entwickelt und ist ein Maß zur Erfassung einer Veränderung eines Testwertes einer Person vor und nach einer Intervention unter Berücksichtigung der Standardmessfehlerwahrscheinlichkeit. Somit gibt der RCI Auskunft über das Maß an Veränderung zwischen dem prä- und post-Testwert einer Person und berücksichtigt hierbei die Wahrscheinlichkeit für einen Messfehler (Ferguson, Robinson & Splaine, 2002). Zur Berechnung des RCI wurde folgende Formel von Jacobson und Truax (1991) angewandt:

$$RCI = (x_2 - x_1) / S_{diff} \quad (1)$$

Der RCI ergibt sich aus der Differenz zwischen post-Testwert (x_2) und prä-Testwert (x_1) – wobei x_1 von x_2 subtrahiert wird – dividiert durch den Standardfehler der Differenz zwischen den beiden Testwerten (S_{diff}) (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984; Jacobson & Truax, 1991). In der vorliegenden Studie wurde der prä-Testwert x_1 (Messzeitpunkt bei Aufnahme des Patienten) mit T0 und der post-Testwert x_2 (Messzeitpunkt bei Entlassung des Patienten) mit T2 bezeichnet. S_{diff} wird aus dem

Standardmessfehler S_E berechnet und beschreibt den Standardfehler der Differenzen (Jacobson & Truax, 1991) und wird über die folgenden Gleichungen definiert:

$$S_{\text{diff}} = \sqrt{2(S_E)^2} \quad (2)$$

$$S_E = SD_0 \sqrt{1 - r_{xx}} \quad (3)$$

S_E errechnete sich in Anlehnung an Ferguson et al. (2002) aus der Standardabweichung (SD_0) und der Reliabilität des verwendeten Messinstruments (Reliabilitätskoeffizient r_{xx}) zum ersten Messzeitpunkt T0. In der vorliegenden Dissertation wurde jeweils der RCI für die Mediatorvariable M und die abhängige Variable Y errechnet. Hierfür wurden zum einen die Standardabweichung des Mittelwertes der BSL-23 zum Zeitpunkt T0 ($SD_0 = 0.80$) und die Reliabilität der BSL-23 zum Zeitpunkt T0 ($r_{xx} = .94$) benötigt. Zum anderen gingen die Standardabweichung des GSI zum Zeitpunkt T0 ($SD_0 = 0.69$) und die Reliabilität des GSI zum Zeitpunkt T0 ($r_{xx} = .97$) in die Berechnung des jeweiligen RCI ein.

Eine Zunahme des BSL-23-Gesamtwertes von T0 zu T2 spiegelte eine Zunahme der Borderline-Symptomatik von Therapiebeginn bis Therapieende wider. Diese Zunahme resultierte in einem positiven RCI. Somit stellte ein positiver RCI eine Zunahme der Borderline-Symptomatik dar. Eine Abnahme des BSL-23-Gesamtwertes von T0 zu T2 spiegelte einen Rückgang der Borderline-Symptomatik wider. Dieser Rückgang resultierte in einem negativen RCI. Somit stellte ein negativer RCI einen Rückgang der Borderline-Symptomatik dar. Um die Interpretation des RCI in Bezug auf den BSL-23-Gesamtwert zu erleichtern, wurde der RCI durch eine Multiplikation mit (-1) umcodiert. Infolgedessen entsprach ein negativer RCI einer Zunahme der Borderline-Symptomatik und ein positiver RCI einem Rückgang. Analog dazu verhielt es sich mit der Interpretation des RCI hinsichtlich des GSI (psychische Belastung) von T0 zu T2. Auch hier stellte zunächst ein positiver RCI eine Zunahme der psychischen Belastung von Therapiebeginn bis Therapieende dar, ein negativer RCI hingegen einen Rückgang. Um auch hier die Interpretation zu erleichtern, wurde der RCI mit (-1) multipliziert. Anhand des RCI war es somit möglich, festzustellen, ob hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Borderlinesymptomatik beziehungsweise der psychischen

Belastung ein Rückgang oder eine Zunahme vorlag. Ein positiver RCI gab einen Rückgang an, wohingegen ein negativer RCI eine Zunahme darstellte.

2.5 Methoden

Alle Berechnungen wurden mit der Software SPSS 20 (Statistical Package for Social Science, IBM[®]) durchgeführt.

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen I, II und III wurden Regressionsmodelle im Rahmen einer Kurvenanpassung durchgeführt. Diese prüften, welche Art von Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen besteht (linear, logarithmisch, quadratisch). Dabei wurden die einzelnen Zusammenhänge auf Signifikanz getestet und die Varianzaufklärung R^2 bestimmt. R^2 gibt Auskunft darüber, wie gut das Regressionsmodell des untersuchten Zusammenhangs die Daten beschreibt. Je näher R^2 am Wert 1 liegt, desto höher ist die Güte des Modells beziehungsweise desto besser und verlässlicher werden die Daten durch das Modell beschrieben (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2011). Die möglichen Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Variablen wurden anhand von Streudiagrammen visualisiert. Die Ergebnisse aus den Regressionsanalysen gingen in die Berechnung eines Mediationsmodells ein. Anhand der Mediationsanalyse war eine Prüfung der Hypothese IV möglich. Außerdem lieferte sie weitere Rückschlüsse hinsichtlich der Hypothesen I, II und III. Da in Bezug auf diese drei Hypothesen sowohl lineare, aber auch nichtlineare Zusammenhänge zwischen den Variablen durchaus plausibel erschienen, wurde ein Verfahren angewandt, das sowohl lineare, aber vor allem auch nichtlineare Mediationen rechnen kann. Hierzu wurde das von Hayes und Preacher (2010) entwickelte Mediationsverfahren zur Berechnung von *instantaneous indirect effects* herangezogen. Dieses Verfahren wurde auch von Blawath, Metten und Tschuschke (2014) zur Untersuchung eines nicht-linearen indirekten Effektes angewandt. Anhand dieses Verfahrens, welches sich *Medcurve* nennt und ein Macro für SPSS ist, ist es möglich, einfache Mediationsmodelle mit Variablen zu rechnen, zwischen denen auch eine nichtlineare Beziehung besteht. Außerdem werden durch dieses Verfahren *Bootstrap*-Konfidenzintervalle für eine statistische Schlussfolgerung erstellt (Hayes, 2012).

Eine Mediation liegt vor, wenn der Effekt der unabhängigen Variable X auf die abhängige Variable Y durch eine intervenierende Variable M, oft als Mediator

bezeichnet, erklärt wird (Shrout & Bolger, 2002). Baron und Kenny (1986) definieren eine Mediatorvariable als eine gegebene Variable, die in dem Ausmaß als Mediator fungiert, wie sie die Beziehung zwischen der unabhängigen Variable X und der abhängigen Variable Y erklärt. Diese Mittlerposition von M hat zur Folge, dass eine Veränderung in der Variable X eine Veränderung in der Mediatorvariable M hervorruft, und dies wiederum eine Veränderung in der Variable Y verursacht (Hayes & Preacher, 2010).

Das in Abbildung 1 dargestellte Mediationsmodell ist das einfachste Modell mit einer intervenierenden Variable: die einfache Mediation.

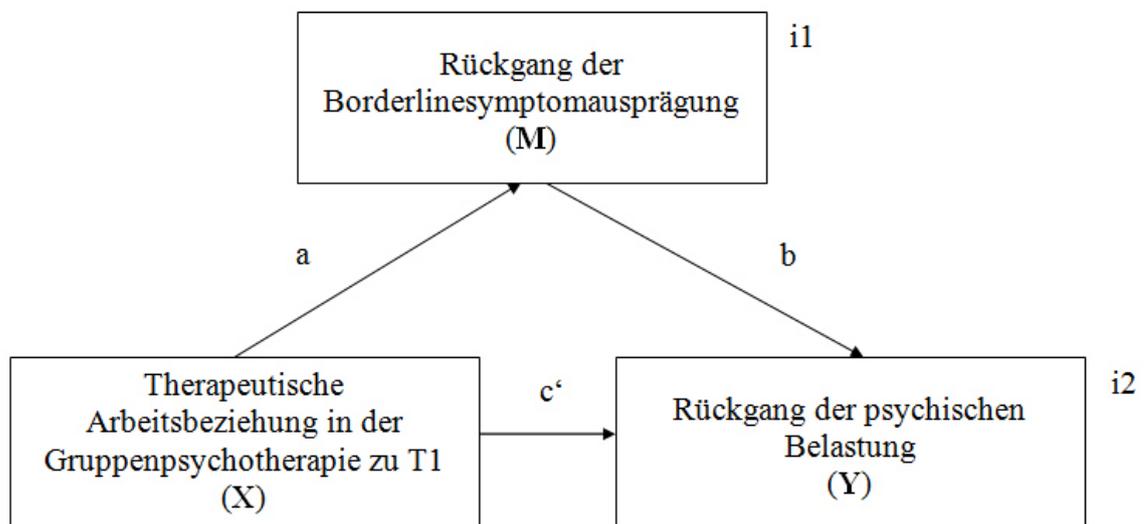


Abbildung 1: Pfadmodell der Mediationsanalyse zur Berechnung des *instantaneous indirect effect* der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 auf den Rückgang der psychischen Belastung über den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung. X = therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zu T1, M = Rückgang der Borderlinesymptomausprägung, Y = Rückgang der psychischen Belastung, i1 = Konstante für die Regression vom Rückgang der Borderlinesymptomausprägung auf die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie, i2 = Konstante für die Regression vom Rückgang der psychischen Belastung auf die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie und den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung, a = Pfad von der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie auf den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung, b = Pfad vom Rückgang der Borderlinesymptomausprägung auf den Rückgang der psychischen Belastung, c' = Pfad von der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie auf den Rückgang der psychischen Belastung. In Anlehnung an Hayes und Preacher (2010), S. 628.

Dieses Modell, welches auch von Hayes (2009), Hayes und Preacher (2010) und Shrout und Bolger (2002) beschrieben wird, bildete die Grundlage für die Mediationsanalyse der vorliegenden Dissertation. Dabei ist a der Pfadkoeffizient für den Effekt von X (therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie) auf M (Rückgang der Borderlinesymptomausprägung). Das heißt, dass eine Veränderung von X um eine Einheit eine Veränderung von a -Einheiten in M bewirkt. Ebenso verursacht eine Veränderung um eine Einheit von M eine Änderung von b -Einheiten in Y (Rückgang der psychischen Belastung), da b der Koeffizient des Pfades von M zu Y ist, wenn X konstant gehalten wird. c' beschreibt den *direkten Effekt* von X auf Y. Dies ist der Anteil des Effektes von X auf Y, welcher unabhängig von dem über den Mediator M verlaufenden Pfad ist. Das Produkt der Pfadkoeffizienten a und b ($a * b$) beschreibt den *indirekten Effekt* (ab) von X über M auf Y. Der indirekte Effekt (Θ) erklärt, in welcher Weise eine Veränderung in X indirekt durch eine Veränderung in M einen Veränderungseffekt auf Y hat. Die Pfade sind jedoch nicht rückläufig, sondern stellen einen Effekt nur in die mit einem Pfeil gekennzeichnete Richtung dar.

Es existiert eine Vielzahl von Methoden, um statistische Schlussfolgerungen über die Signifikanz des indirekten Effektes eines Mediationsmodells zu ziehen. Ein häufig angewandtes Verfahren ist der Sobel-Test (Sobel, 1982), der allerdings eine Normalverteilung der Variablen und des indirekten Effektes ab voraussetzt (Hayes & Preacher, 2010; Preacher & Hayes, 2004). Diese Voraussetzung ist jedoch laut Preacher und Hayes (2008) nur in großen Stichproben erfüllt. Daraus schlussfolgernd konnte bei der vorliegenden Studie nicht von einer Normalverteilung der Variablen und des indirekten Effektes ausgegangen werden, da es sich um eine kleine Stichprobe ($N = 41$) handelte. Daher bot es sich an, das *Bootstrap*-Verfahren (Efron & Tibshirani, 1993) vorzuziehen. Zum einen basiert dieses Verfahren nicht auf der Grundlage von großen Stichproben, sondern kann auch bei kleineren Stichproben, die aus etwa 20 bis 80 Probanden bestehen, angewendet werden (Efron & Tibshirani, 1993; Preacher & Hayes, 2004). Zum anderen setzt es im Gegensatz zu anderen Methoden – wie beispielsweise dem Sobel-Test – keine Normalverteilung der Variablen und des indirekten Effektes voraus (Shrout & Bolger, 2002; Preacher & Hayes, 2008). *Bootstrapping* ist ein nonparametrisches Verfahren des *Resamplings* (wiederholtes Ziehen aus dem ursprünglichen Datensatz), um Mediationen zu berechnen (Preacher & Hayes, 2008). Ferner weist *Bootstrapping* laut Hayes (2009) eine größere Teststärke als der Sobel-Test auf. In der Arbeit von Preacher und Hayes (2008) wird die *Bootstrap*-Methode näher

erläutert. So werden mithilfe eines Computerprogrammes wiederholt Stichproben vom ursprünglichen Datensatz – unter Zurücklegen – gezogen und in jedem neuen Datensatz wird der indirekte Effekt berechnet. Indem dieser Prozess tausende Male wiederholt wird, wird sich der empirischen Stichprobenverteilung des indirekten Effektes immer weiter angenähert und Konfidenzintervalle (KIs) für den indirekten Effekt erstellt.

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen wurde schließlich die nichtlineare Mediationsanalyse anhand des SPSS-Macros *Medcurve* durchgeführt, bei der der indirekte Effekt von X auf Y über M geschätzt wurde (Hayes & Preacher, 2010). Die Autoren empfehlen verschiedene Formeln für die Schätzung des indirekten Effektes von X auf Y. Welche Formel zur Schätzung des indirekten Effektes herangezogen wird, ist dabei abhängig von den vorliegenden Zusammenhängen zwischen den Variablen X und M sowie zwischen M und Y. Diese gingen aus den durchgeführten Regressionsanalysen hervor.

Das SPSS-Macro führte außerdem eine Signifikanztestung des indirekten Effektes von X auf Y über M durch (Hayes & Preacher, 2010). Dabei wurde ein 95%-Bias-korrigiertes KI auf der Grundlage von 10 000 *Bootstrap*-Stichproben ermittelt (Blawath et al., 2014; Hayes & Preacher, 2010). Enthält das 95%-KI nicht den Wert Null, wird der indirekte Effekt zum Signifikanzniveau $\alpha = .05$ als statistisch signifikant unterschiedlich von Null erachtet und ein signifikanter indirekter Effekt angenommen (Hayes & Preacher, 2010). Um Rückschlüsse darüber ziehen zu können, wie sich der indirekte Effekt bei verschiedenen Ausprägungen von X verhält und ob dieser bei den jeweiligen Ausprägungen signifikant ist, empfehlen die Autoren die *representative values*-Strategie. In Anlehnung an diese Empfehlung wurde für X jeweils ein relativ geringer, ein relativ moderater und relativ hoher Wert definiert. Der moderate Wert entsprach dem Mittelwert der Variable X. Der geringe Wert von X resultierte aus der Differenz vom Mittelwert der Variable X und einer Standardabweichung. Der hohe Wert von X ergab sich aus der Summe vom Mittelwert der Variable X und einer Standardabweichung. Für die drei Ausprägungen von X wurde jeweils ein indirekter Effekt geschätzt und auf Signifikanz getestet.

3 Ergebnisse

3.1 Regressionsanalysen

3.1.1 Hypothese I

Im Rahmen der Hypothese I wurde angenommen, dass es einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung gibt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese erfolgte innerhalb einer Kurvenanpassung die Berechnung von Regressionsmodellen. Drei mögliche Arten des Zusammenhangs wurden im Rahmen der Regressionsanalysen geprüft: ein linearer, ein logarithmischer und ein quadratischer Zusammenhang. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Regressionsanalysen dargestellt. Zur genaueren Betrachtung und Visualisierung der Zusammenhänge wurde das in Abbildung 2 dargestellte Streudiagramm erstellt.

Tabelle 2: Regressionsmodell der Hypothese I

	Gleichung	unstandardisierter Koeffizient	Varianzaufklärung (R^2)
Hypothese I	linear	-1.295**	.205
	logarithmisch	-3.891**	.202
	quadratisch	-1.777 und 0.063	.207

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Der unstandardisierte Koeffizient war sowohl bei dem linearen ($b = -1.295$, $p = .003$) als auch bei dem logarithmischen ($b = -3.891$, $p = .003$) Zusammenhang signifikant. Die Varianzaufklärung des linearen Zusammenhangs ($R^2 = .205$) war größer als die des logarithmischen ($R^2 = .202$). Daher erklärte das lineare Modell den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung besser. Dabei wurden ungefähr 21 % der Unterschiede in der Variable Rückgang der psychischen Belastung durch Unterschiede in der Variable therapeutische Arbeitsbeziehung erklärt.

Folglich bestand zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung nicht – wie in Hypothese I vermutet – ein

positiver Zusammenhang, sondern ein signifikanter, linear negativer direkter Zusammenhang. Daher konnte Hypothese I nicht bestätigt werden.

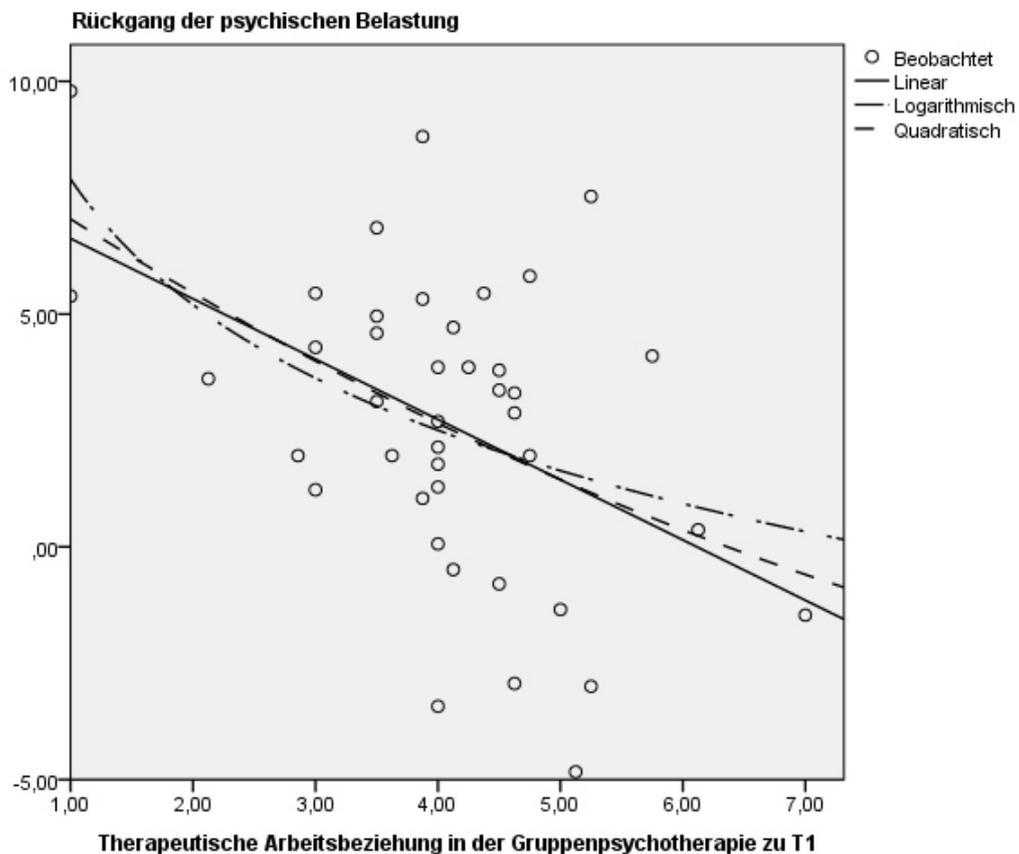


Abbildung 2: Streudiagramm der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 (x-Achse) und dem Rückgang der psychischen Belastung (y-Achse). Die durchgezogene Linie stellt den linearen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen dar, die gestrichelte Linie den quadratischen und die gestrichelte Linie mit Punkten den logarithmischen Zusammenhang.

3.1.2 Hypothese II

In der Hypothese II wurde davon ausgegangen, dass es einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung gibt.

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse der Regressionsanalysen dargestellt. Die drei untersuchten Zusammenhänge werden durch das Streudiagramm in Abbildung 3 visualisiert.

Tabelle 3: Regressionsmodell der Hypothese II

	Gleichung	unstandardisierter Koeffizient	Varianzaufklärung (R^2)
Hypothese II	linear	-0.967**	.195
	logarithmisch	-2.999**	.204
	quadratisch	-1.500 und 0.070	.199

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Nur für den linearen ($b = -0.967$, $p = .004$) und logarithmischen ($b = -2.999$, $p = .003$) Zusammenhang war der unstandardisierte Koeffizient signifikant. Die Varianzaufklärung eines logarithmischen Zusammenhangs ($R^2 = .204$) war größer als die eines linearen ($R^2 = .195$). Aufgrund dessen beschrieb das logarithmische Modell den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung besser. Dabei wurden ungefähr 20 % der Unterschiede in der Variable Rückgang der Borderlinesymptomausprägung durch Unterschiede in der Variable therapeutische Arbeitsbeziehung erklärt.

Die aufgeführten Befunde widerlegten die Annahme der Hypothese II, da zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung nicht wie vermutet ein positiver, sondern ein signifikanter, negativ logarithmischer Zusammenhang bestand.

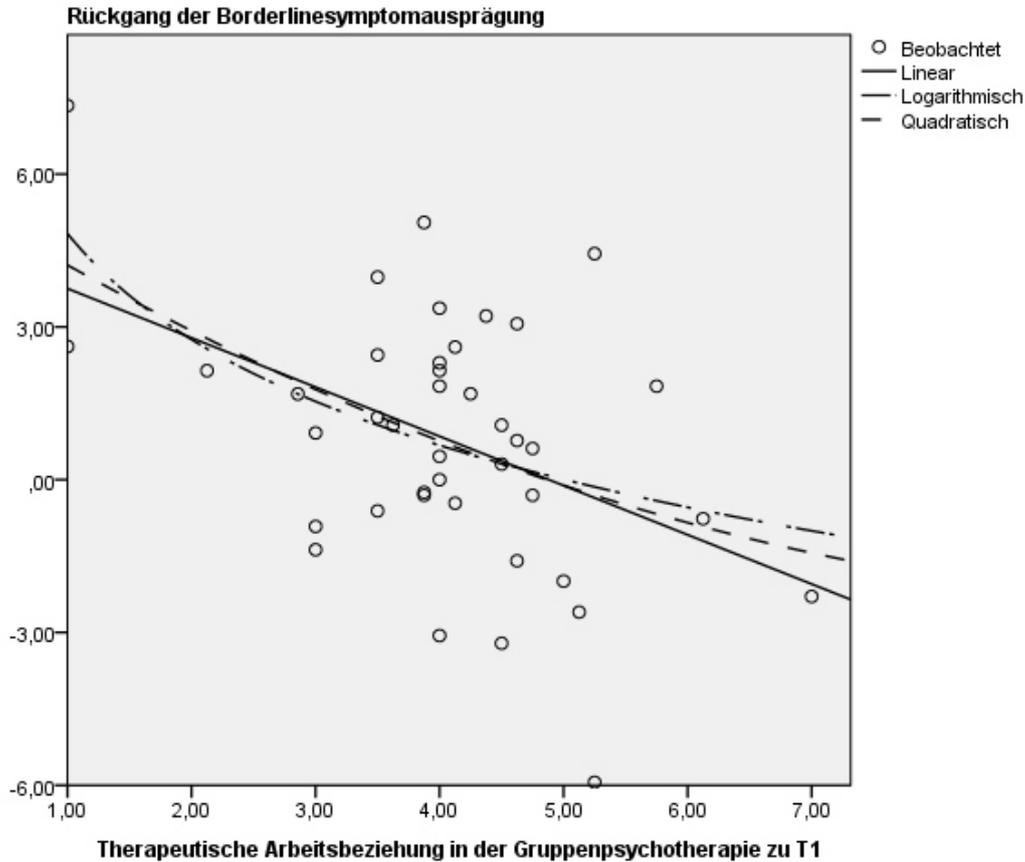


Abbildung 3: Streudiagramm der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 (x-Achse) und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung (y-Achse). Die durchgezogene Linie stellt den linearen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen dar, die gestrichelte Linie den quadratischen und die gestrichelte Linie mit Punkten den logarithmischen Zusammenhang.

Im Folgenden wird näher auf den Verlauf der in Abbildung 3 dargestellten logarithmischen Kurve eingegangen. Auf der x-Achse ist die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 aufgetragen. Die Antwortmöglichkeiten des Gruppenfragebogens in Bezug auf die therapeutische Arbeitsbeziehung sind auf der x-Achse durch den Wert 1 = *stimmt überhaupt nicht* und den Wert 7 = *stimmt sehr* abgebildet. Mit steigenden x-Werten verbessert sich die therapeutische Arbeitsbeziehung. Auf der y-Achse ist der Rückgang der Borderlinesymptomausprägung abgebildet. Positive Werte auf der y-Achse sind Ausdruck eines Rückgangs, negative Werte auf der y-Achse sind Ausdruck einer Zunahme der Borderlinesymptomausprägung. Der anfängliche Verlauf der negativ logarithmischen Kurve ist gekennzeichnet durch ein Einhergehen von geringen Werten

auf der x-Achse mit hohen Werten auf der y-Achse. Im Bereich kleiner x-Werte fällt die Kurve sehr stark ab. Die stark negative Steigung der Funktion im Bereich kleiner x-Werte liefert einen relativ großen zugehörigen y-Wertebereich. Die Steigung der Funktion ist also im Bereich kleiner x-Werte am stärksten. Die Kurve flacht mit zunehmenden x-Werten aufgrund einer annähernd gleichbleibenden Steigung monoton ab und verläuft dann nahezu konstant. Die Änderung im Bereich kleiner y-Werte geschieht folglich über einen großen x-Wertebereich. Somit wird mit einer zunehmend positiven Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung (steigende x-Werte) der Rückgang der Borderlinesymptomausprägung (in nichtlinearer Form) geringer. Die Kurve steigt nicht erneut an oder ab, sondern nähert sich im Bereich negativer y-Werte – welche Ausdruck einer Zunahme der Borderlinesymptomausprägung sind – einem unbestimmten Punkt an. Dies bedeutet, dass es bei einer als sehr gut eingeschätzten therapeutischen Arbeitsbeziehung zu keinem Rückgang, sondern sogar zu einer geringfügigen Zunahme der Borderlinesymptomausprägung kommt.

3.1.3 Hypothese III

In der Hypothese III wurde erwartet, dass es einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung und dem Rückgang der psychischen Belastung gibt.

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse der Regressionsanalysen dargestellt. Da die unabhängige Variable Rückgang der Borderlinesymptomausprägung nicht-positive Werte enthielt, konnte das logarithmische Modell für diesen Zusammenhang nicht berechnet werden. Zur genaueren Betrachtung und Visualisierung der Zusammenhänge wurde das in Abbildung 4 dargestellte Streudiagramm erstellt.

Tabelle 4: Regressionsmodell der Hypothese III

	Gleichung	unstandardisierter Koeffizient	Varianzaufklärung (R^2)
Hypothese III	linear	0.975***	.558
	logarithmisch ^a	-	-
	quadratisch	0.993 und -0.013***	.559

Anmerkungen. ^a Da die unabhängige Variable Rückgang der Borderlinesymptomausprägung nicht-positive Werte enthält, konnte das logarithmische Modell nicht berechnet werden.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass der unstandardisierte Koeffizient des linearen Zusammenhangs ($b = 0.975$, $p < .001$) signifikant war. In Hinblick auf den quadratischen Zusammenhang waren jedoch nicht beide Koeffizienten signifikant. Daher wurde ein linearer Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung und dem Rückgang der psychischen Belastung angenommen. Die Varianzaufklärung des linearen Zusammenhangs betrug $R^2 = .558$. Es wurden also ungefähr 56 % der Unterschiede in der Variable Rückgang der psychischen Belastung durch Unterschiede in der Variable Rückgang der Borderlinesymptomausprägung erklärt.

Insgesamt geht aus den oben beschriebenen Ergebnissen hervor, dass zwischen dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung und dem Rückgang der psychischen Belastung ein signifikanter, linear positiver Zusammenhang bestand. Dies bestätigte die Hypothese III.

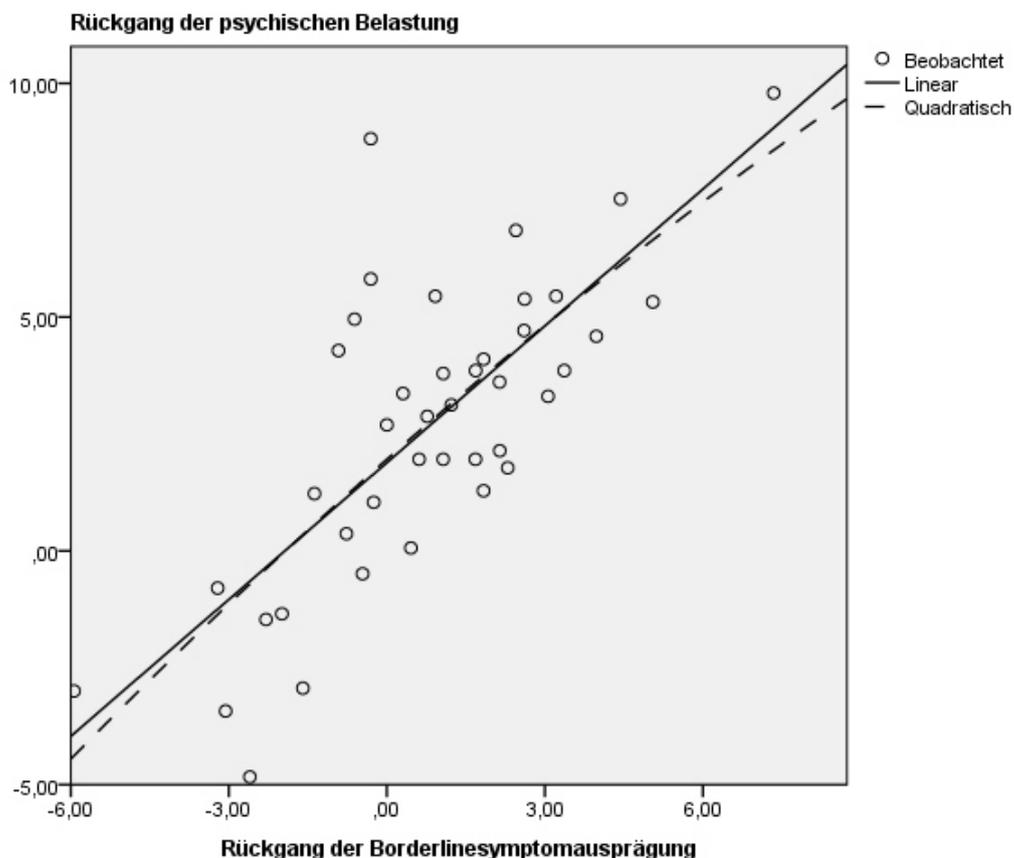


Abbildung 4: Streudiagramm des Rückgangs der Borderlinesymptomausprägung (x-Achse) und des Rückgangs der psychischen Belastung (y-Achse). Die durchgezogene Linie stellt den linearen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen dar, die gestrichelte Linie den quadratischen Zusammenhang.

3.2 Nichtlineare Mediation

Nachdem die aufgestellten Hypothesen I, II und III überprüft und widerlegt (Hypothesen I und II) beziehungsweise bestätigt (Hypothese III) werden konnten, wurde anschließend das daraus bereits in der Einleitung abgeleitete Mediationsmodell (siehe Abbildung 1) zur Überprüfung der Hypothese IV berechnet. Hierzu wurde eine Mediationsanalyse durchgeführt.

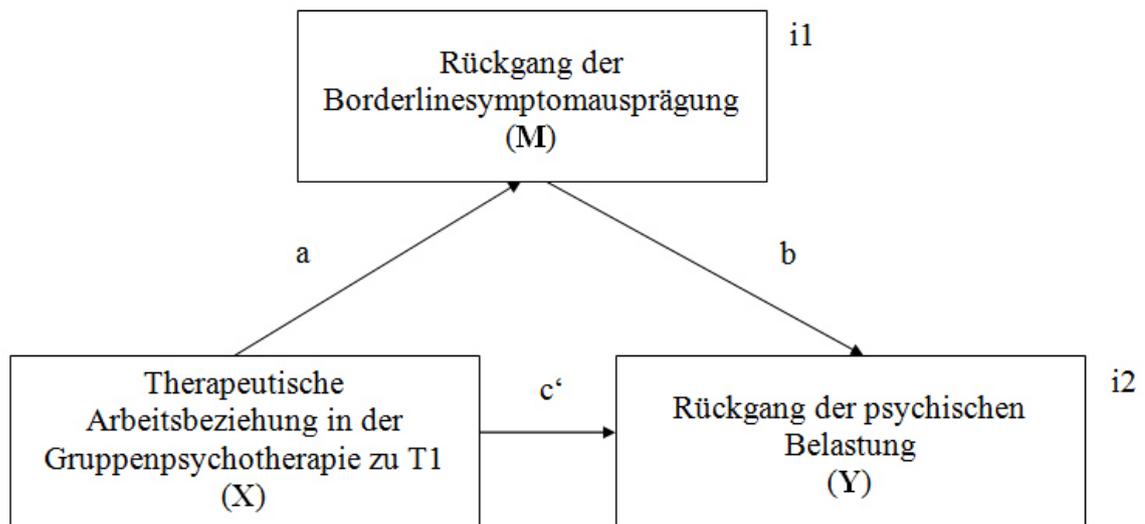


Abbildung 1: Pfadmodell der Mediationsanalyse zur Berechnung des *instantaneous indirect effect* der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt T1 auf den Rückgang der psychischen Belastung über den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung. X = therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie zu T1, M = Rückgang der Borderlinesymptomausprägung, Y = Rückgang der psychischen Belastung, i_1 = Konstante für die Regression vom Rückgang der Borderlinesymptomausprägung auf die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie, i_2 = Konstante für die Regression vom Rückgang der psychischen Belastung auf die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie und den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung, a = Pfad von der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie auf den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung, b = Pfad vom Rückgang der Borderlinesymptomausprägung auf den Rückgang der psychischen Belastung, c' = Pfad von der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie auf den Rückgang der psychischen Belastung. In Anlehnung an Hayes und Preacher (2010), S. 628.

Wie die Ergebnisse unter Gliederungspunkt 3.1.2 zeigten, war der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der

Borderlinesymptomausprägung negativ logarithmisch. Bezogen auf das in Abbildung 1 dargestellte Mediationsmodell spiegelt dieser Zusammenhang den Pfad *a* wider. Analog dazu war der Pfad *b* vom Rückgang der Borderlinesymptomausprägung zum Rückgang der psychischen Belastung (den Ergebnissen unter Gliederungspunkt 3.1.3 zufolge) linear positiv. Der unter Gliederungspunkt 3.1.1 gefundene linear negative direkte Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung wird innerhalb des Mediationsmodells durch Pfad *c'* ausgedrückt.

Aufgrund des gefundenen logarithmischen Zusammenhangs zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung wurde eine nichtlineare Mediation durchgeführt. So gingen sowohl der logarithmische Zusammenhang (Pfad *a*), der lineare Zusammenhang (Pfad *b*) sowie der lineare Zusammenhang (Pfad *c'*) in die nichtlineare Mediationsanalyse ein, welche anhand des SPSS-Macros *Medcurve* durchgeführt wurde.

Hinsichtlich des in Abbildung 1 dargestellten Mediationsmodells werden in Anlehnung an die Ausführungen von Hayes und Preacher (2010) in Tabelle 5 die unstandardisierten Pfadkoeffizienten mit deren Standardfehlern aus der durchgeführten Mediationsanalyse (SPSS-Macro *Medcurve*) angegeben.

Tabelle 5: Ergebnis der Mediationsanalyse: Unstandardisierte Pfadkoeffizienten mit Standardfehlern entsprechend dem Mediationsmodell in Abbildung 1

Pfad	unstandardisierte Pfadkoeffizienten	Standardfehler
a	-2.9987**	0.9476
b	0.8872***	0.1536
c'	-0.4375	0.3366
i1	4.8302	1.3240
i2	3.7322	1.4648

Anmerkungen. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Auch mit den Ergebnissen der Mediationsanalyse ließ sich die Hypothese II widerlegen und die Hypothese III bestätigen, da im Mediationsmodell der Pfad *a* signifikant ($a = -2.9987$, $p = .003$) und negativ (Widerlegung Hypothese II) sowie der

Pfad b signifikant ($b = 0.8872, p < .001$) und positiv (Bestätigung Hypothese III) war. Der unter Gliederungspunkt 3.1.1 hinsichtlich der Hypothese I gefundene linear negative direkte Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung wurde wie bereits erwähnt durch den Pfad c' dargestellt. Dieser Pfad wurde jedoch unter Einbezug des Mediators Rückgang der Borderlinesymptomausprägung nicht mehr signifikant ($c' = -0.4375, p = .202$) (siehe Tabelle 5). Die Varianzaufklärung des Mediationsmodells betrug $R^2 = .577$ (siehe SPSS-Ausgabe des *Medcurve*-Verfahrens in Anhang E). Es wurden also ungefähr 58 % der Unterschiede in der Veränderung der psychischen Belastung durch das aufgestellte Mediationsmodell erklärt.

3.2.1 Hypothese IV

In der Hypothese IV wurde davon ausgegangen, dass es einen signifikanten indirekten Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der psychischen Belastung über einen Rückgang der Borderlinesymptomausprägung gibt.

Um eine bessere Lesbarkeit und Verständlichkeit zu erzielen, werden in diesem Gliederungspunkt Abkürzungen für die drei Variablen eingeführt. Die therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie wird daher mit TAB abgekürzt. Der Rückgang der Borderlinesymptomausprägung wird mit RBSL (Rückgang des BSL-23-Gesamtwertes) und der Rückgang der psychischen Belastung mit RGSI (Rückgang des GSI) abgekürzt.

Den Erläuterungen und der Empfehlung von Hayes und Preacher (2010) folgend wurde die Schätzung des indirekten Effektes (Θ) von der TAB auf den RGSI bei dem vorliegenden bestätigten logarithmischen Zusammenhang zwischen der TAB und dem RBSL und dem bestätigten linearen Zusammenhang zwischen dem RBSL und dem RGSI anhand der folgenden Formel durchgeführt:

$$\Theta = \frac{ab}{x} \quad (4)$$

Um die Hypothese IV zu überprüfen, wurde der indirekte Effekt der TAB auf den RGSI berechnet. Grundlage für die Berechnung war die oben genannte Formel (4). Die unstandardisierten Pfadkoeffizienten der Pfade a und b aus Tabelle 5 wurden in diese Formel eingesetzt, sodass Folgendes resultierte:

$$\Theta = \frac{(-2,9987) \times 0,8872}{X} = \frac{-2,6604}{X} \quad (5)$$

Bei der Formel (5) handelt es sich um eine nichtlineare Funktion. Die Gleichung zeigt, dass der indirekte Effekt der TAB auf den RGSi über den RBSL mit zunehmender TAB (zunehmendem X-Wert) nichtlinear abnahm.

Wie unter Gliederungspunkt 2.5 erörtert, wurde für X jeweils ein relativ geringer, ein relativ moderater und relativ hoher Wert eingesetzt. Dadurch sollten Rückschlüsse darüber gezogen werden, wie sich der indirekte Effekt bei verschiedenen Ausprägungen von X verhält und ob dieser bei den jeweiligen Ausprägungen signifikant ist. Der Mittelwert der TAB (4.0605) spiegelte eine relativ moderate TAB wider. Plus (5.2019) und minus (2.9192) eine Standardabweichung drückten eine relativ hohe beziehungsweise relativ geringe TAB aus. Diese drei Ausprägungen der TAB ließen sich jeweils in die Formel ($\Theta = \frac{-2,6604}{X}$) einsetzen und lieferten damit den zugehörigen indirekten Effekt:

$$\Theta_{X=2.9192} = -0.9114 \quad (6)$$

$$\Theta_{X=4.0605} = -0.6552 \quad (7)$$

$$\Theta_{X=5.2019} = -0.5114 \quad (8)$$

Der indirekte Effekt war bei allen drei Ausprägungen der TAB negativ. Das bedeutet, dass sowohl ein geringer, mittlerer als auch ein hoher Wert der TAB (schlechte, mittelmäßige, gute therapeutische Arbeitsbeziehung) mit einem geringen Wert des RGSi (geringer Rückgang der psychischen Belastung) einherging. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine Erhöhung der TAB – vermittelt durch den RBSL – sowohl bei geringen, mittleren als auch hohen Werten der TAB zu einem geringeren RGSi führte.

Außerdem wird aus den Gleichungen 6 bis 8 ersichtlich, dass der indirekte Effekt abnehmend war (von -0.9114 über -0.6552 auf -0.5114). Je mehr sich der indirekte Effekt der Null annähert, desto geringer wird er beziehungsweise desto geringer wird sein Einfluss. An den Werten des indirekten Effektes für die drei Ausprägungen der TAB ist zu erkennen, dass der indirekte Effekt mit steigendem Wert der TAB abnahm. Der indirekte Effekt näherte sich der Null asymptotisch an, blieb aber

mit steigender TAB immer negativ und wurde nie positiv. Somit sank der Einfluss des indirekten Effektes von der TAB über den RBSL auf den RGSi (siehe Gleichungen 6 bis 8). Je stärker ausgeprägt die TAB war, desto geringer war der indirekte Effekt der TAB auf den RGSi durch den RBSL.

Zur Signifikanztestung des indirekten Effektes bei den drei Ausprägungen der therapeutischen Arbeitsbeziehung (X) wurden Bias-korrigierte 95%-KIs erstellt. Die KIs für den indirekten Effekt der TAB auf den RGSi über den RBSL bei einem geringen (2.9192), moderaten (4.0605) und hohen (5.2019) Wert für die TAB werden in den Gleichungen 9 bis 11 dargestellt:

$$95\text{-}\% \text{-KI für } \Theta_{X=2.9192} = -1.6630 \text{ bis } -0.3136 \quad (9)$$

$$95\text{-}\% \text{-KI für } \Theta_{X=4.0605} = -1.1956 \text{ bis } -0.2255 \quad (10)$$

$$95\text{-}\% \text{-KI für } \Theta_{X=5.2019} = -0.9333 \text{ bis } -0.1760 \quad (11)$$

Die 95%-KIs enthielten bei allen drei Ausprägungen der TAB nicht den Wert Null. Somit war der indirekte Effekt bei den verschiedenen Ausprägungen signifikant auf dem 5%-Niveau von Null verschieden.

Diesen Ergebnissen entsprechend konnte die Hypothese IV, in der ein signifikanter indirekter Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der psychischen Belastung über einen Rückgang der Borderlinesymptomausprägung angenommen wurde, bestätigt werden.

4 Diskussion

4.1 Ergebnisdiskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, den Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die allgemeine psychische Belastung bei Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen zu untersuchen. Es wurde angenommen, dass die Patienten der vorliegenden Stichprobe verschieden starke Ausprägungsgrade einer Borderlinesymptomatik aufweisen und daher diverse Schwierigkeiten im Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung zeigen. Daher wurde der Einfluss unter Berücksichtigung einer unterschiedlich starken Ausprägung Borderline-spezifischer Beschwerden der Patienten näher beleuchtet.

Die Diskussion der vorliegenden Dissertation gliedert sich wie folgt: Zunächst wird das Kernergebnis genannt und erläutert, welches aus den Untersuchungen zur Hypothese IV hervorgeht. Dieses stützt sich auf Untersuchungsergebnisse zu den Hypothesen I und vor allem II und III. Daher schließen sich inhaltliche Erklärungen hinsichtlich der Ergebnisse aus den Hypothesen II und III an. Anschließend werden Limitationen der Studie und zukünftige Forschungsansätze diskutiert. Zuletzt werden relevante Schlussfolgerungen aus den Befunden der vorliegenden Studie gezogen.

Aus den Ergebnissen dieser Dissertation geht insgesamt hervor, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung im Rahmen eines Mediationsmodells über eine Veränderung der Borderlinesymptomausprägung einen signifikanten indirekten Effekt auf die psychische Belastung der Patienten hatte (Hypothese IV). Dieser nachgewiesene indirekte Effekt war negativ und abnehmend.

Ein negativer indirekter Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der psychischen Belastung bedeutet, dass sich die aufgebaute therapeutische Arbeitsbeziehung über eine Veränderung der Borderlinesymptomausprägung negativ auf den Rückgang der psychischen Belastung auswirkte. Der negative indirekte Effekt führte somit zu einem geringeren Rückgang. Der in der vorliegenden Stichprobe nachgewiesene indirekte Effekt war sowohl bei einer gering, einer moderat als auch bei einer stark ausgeprägten therapeutischen Arbeitsbeziehung negativ. Somit ging eine gering, moderat als auch stark ausgeprägte therapeutische Arbeitsbeziehung mit einer nur geringen Reduktion der psychischen Belastung der untersuchten Patienten einher. Hinzu kam, dass der Einfluss des indirekten Effektes mit sich weiter verbessernder

therapeutischer Arbeitsbeziehung in der vorliegenden Stichprobe nie positiv wurde. Das heißt, dass eine sehr gute, stabile therapeutische Arbeitsbeziehung bei den untersuchten Patienten zu keinem verstärkten Rückgang der psychischen Belastung führte.

Weiterhin war der indirekte Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung über die Borderlinesymptomausprägung auf den Rückgang der psychischen Belastung abnehmend. So konnte nachgewiesen werden, dass mit einer zunehmend besseren therapeutischen Arbeitsbeziehung ihr Einfluss auf den Rückgang der psychischen Belastung der untersuchten Patienten sank. Bei Patienten mit bereits sehr ausgeprägter therapeutischer Arbeitsbeziehung hatte deren weitere Intensivierung keinen erheblichen reduzierenden Effekt auf den Rückgang der psychischen Belastung.

Außerdem konnte durch die Mediationsanalyse gezeigt werden, dass der im Rahmen der Hypothese I gefundene direkte Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der psychischen Belastung unter Hinzuziehung des Mediators Rückgang der Borderlinesymptomausprägung nicht signifikant wurde. Die therapeutische Arbeitsbeziehung hatte demnach keinen direkten Einfluss auf den Rückgang der psychischen Belastung der Patienten. Daher besteht die Annahme, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung der untersuchten Patienten im Wesentlichen einen Einfluss auf die Borderlinesymptomausprägung hatte und sich erst über die dadurch erzielte Symptomveränderung schließlich indirekt auf die psychische Belastung auswirkte.

Der Einfluss der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die Borderlinesymptomausprägung war Gegenstand der Hypothese II. Der in Hypothese II aufgrund von Ergebnissen bisheriger Forschung (Marziali et al., 1999; Spinhoven et al., 2007) angenommene positive Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung konnte nicht bestätigt werden. Denn es zeigte sich in der untersuchten Stichprobe ein negativer und zudem logarithmischer Zusammenhang: Während eine moderat ausgeprägte therapeutische Arbeitsbeziehung zu einer nur geringen Reduktion der Borderlinesymptomausprägung führte, kam es durch eine sehr gute therapeutische Arbeitsbeziehung in der vorliegenden Stichprobe sogar zu einer leichten Zunahme dieser. Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung wurde in der vorliegenden Dissertation ein logarithmisches Modell gewählt. Verglichen mit dem Modell des signifikanten linearen Zusammenhangs klärte das Modell des signifikanten

logarithmischen Zusammenhangs mehr Varianz auf. Der Zusammenhang wurde darüber hinaus in einer Patientenstichprobe untersucht, die Symptome aus dem Borderline-Spektrum aufwiesen. Eine Studie von Reisch et al. (2009) konnte zeigen, dass bei Patienten mit manifester Diagnose einer BPS nonlineare Therapieverläufe sehr häufig sind. Daher erschien auch aus inhaltlichen Gründen die Annahme eines logarithmischen Zusammenhangs plausibler als die eines rein linearen.

Im Folgenden werden mögliche Erklärungsansätze für den gefundenen negativen und logarithmischen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung aufgeführt. Diese beziehen sich insbesondere auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsergebnisse von Linehan (2006) zum Umgang mit Borderline-Patienten. Da die DBT auf diesen Forschungsergebnissen beruht, wird sie an dieser Stelle zunächst näher erläutert.

Die DBT wurde als störungsspezifische, ambulante Therapie von Linehan (1993a, 1993b, 2006) entwickelt und richtet sich an chronisch suizidale Borderline-Patienten (Linehan, 2006). Die ambulante Standard-DBT untergliedert sich als ein Gesamtkonzept in vier Behandlungsmodule: Einzeltherapie, Telefonberatung, Fertigkeitentraining in der Gruppe und Supervisionsgruppe für Therapeuten (Bohus, 2009). Im Rahmen der DBT sollen den Patienten spezifische Fertigkeiten vermittelt werden, um ihre Emotionen zu regulieren und dadurch die Symptome zu reduzieren (Linehan, 2006). Ein wichtiges Merkmal der DBT ist die Dialektik. Dabei handelt es sich um die „Vereinigung von Gegensätzen in einem kontinuierlichen Prozess der Synthese“ (Linehan, 2006, S. 15). Der Therapeut akzeptiert den Borderline-Patienten im Rahmen der DBT so, wie er ist. Er versucht jedoch gleichzeitig, den Patienten bei Veränderungsprozessen zu unterstützen. So wechselt der Therapeut demnach immer wieder zwischen Maßnahmen der unterstützenden Akzeptanz und Konfrontationsbeziehungsweise Veränderungsstrategien (Linehan, 2006). Im Rahmen der DBT wird davon ausgegangen, dass die Therapie nur erfolgreich sein kann, wenn eine Balance zwischen therapeutischer Akzeptanz des dysfunktionalen Patientenverhaltens und ein Streben nach Veränderungen besteht (Bohus & Berger, 1996; Shearin & Linehan, 1992).

Basierend auf den Forschungsergebnissen von Linehan (2006) folgen nun mögliche Erklärungsansätze für den gefundenen negativen und logarithmischen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der

Borderlinesymptomausprägung. Ein erster möglicher Grund für einen nur geringen Rückgang der Borderlinesymptomausprägung bei als gut eingeschätzter therapeutischer Arbeitsbeziehung könnten eine dem Patienten übermäßig entgegengebrachte Wärme, Empathie und Fürsorge sein, die jedoch nicht durchweg in Bezug zum gezeigten Patientenverhalten stehen. In der therapeutischen Beziehung wird laut Linehan (2006) oftmals erwünschtes, zielrelevantes Patientenverhalten bewusst verstärkt. Dies kann beispielsweise durch vom Therapeuten entgegengebrachte Wärme, Nähe und Empathie geschehen. Diese Verstärker könnten jedoch bei übermäßiger und nicht verhaltenskontingenter Anwendung dazu führen, dass der Patient die Arbeitsbeziehung positiv einschätzt, es jedoch nicht zu einer ausgeprägten Beschwerdebesserung kommt.

Eine weitere Erklärung könnte ein stures Beharren auf Akzeptanzstrategien und ein bedingungsloses Annehmen des Patientenverhaltens durch den Therapeuten und/oder andere Gruppenmitglieder sein. Dadurch wäre zu vermuten, dass sich der Patient nicht weiterentwickeln kann, da ihm keine Veränderungsstrategien aufgezeigt werden. Diese sind jedoch laut Linehan (2006) dafür notwendig. Er würde in der Therapie stagnieren und keinen relevanten Rückgang der Symptomatik zeigen. Die therapeutische Arbeitsbeziehung könnte als gut eingeschätzt werden, da ein auf Mitgefühl und Akzeptanz basierendes Klima herrscht.

Ein anderer Aspekt betrifft dysfunktionales Patientenverhalten. Es wäre denkbar, dass durch den Therapeuten oder innerhalb der Gruppe nicht auf dysfunktionale, dem Patienten unangenehme eigene Verhaltensmuster eingegangen wird. Eine mögliche Folge wäre, dass der Patient sein Verhalten nicht analysieren muss, er sich kurzfristig besser fühlt und er somit die therapeutische Arbeitsbeziehung besser beurteilt. Das Ignorieren dieser dysfunktionalen Verhaltensmuster durch Therapeut oder Gruppenmitglieder kann verschiedene Gründe haben. Dazu zählen beispielsweise vorhandene Parallelen zu ähnlichen Schwierigkeiten im Privatleben oder Angst, dass der Patient vermehrt in Suizidgefahr geraten könnte, wenn er gezwungen wird über sein dysfunktionales Verhalten zu sprechen. Langfristig kann die Therapie laut Linehan (2006) aber nur zu einem Erfolg und einer ausgeprägten Reduktion der Symptomatik des Patienten führen, wenn diese dysfunktionalen Verhaltensweisen intensiv bearbeitet werden.

Des Weiteren neigt ein Patient mit gewissen Ausprägungsgraden einer Borderlinesymptomatik laut Linehan (2006) häufig dazu, seine Aufmerksamkeit vor allem den Problemen des Therapeuten zuzuwenden. Er fordert mehr emotionale

Gegenseitigkeit und Gleichheit in der therapeutischen Beziehung. Er wünscht sich, dass sich auch der Therapeut ihm gegenüber öffnet, anvertraut und über seine Probleme spricht. Lässt sich der Therapeut darauf ein, führt dies laut Linehan (2006) dazu, dass er weniger Aufmerksamkeit auf die Probleme des Patienten richtet. Dies könnte dazu führen, dass der Patient die therapeutische Arbeitsbeziehung positiver einschätzt, es gleichzeitig jedoch aufgrund des gezeigten Therapeutenverhaltens zu keiner deutlichen Symptomverbesserung kommt.

Als weiterer Aspekt ist zu nennen, dass ein Patient mit gewissen Ausprägungen einer Borderlinesymptomatik dazu neigt, sich selbst und andere in Extremen zu bewerten (Linehan, 2006). Eine solche Ambivalenz zwischen Idealisierung von positiven Aspekten und extremer Abwertung gegenüber negativen Aspekten ist nicht selten und Teil der Borderline-spezifischen Symptomatik (Linehan, 2006). Eine nur moderate therapeutische Arbeitsbeziehung könnte demnach von einem Patienten mit emotional instabilen Anteilen durch starke Idealisierung als positiver erlebt und eingeschätzt werden, als sie tatsächlich ist. Trotz einer aus Patientensicht guten therapeutischen Arbeitsbeziehung könnte es somit zu keinem ausgeprägten Rückgang der Symptomausprägung durch die therapeutische Arbeitsbeziehung kommen.

Ein Erklärungsansatz für das Einhergehen einer als sehr gut bewerteten therapeutischen Arbeitsbeziehung mit einer leichten Zunahme der Borderline-spezifischen Beschwerden könnten unbewusste Strategien des Patienten sein. Es wäre denkbar, dass sich ein Patient unbewusst in seiner Borderline-spezifischen Symptomatik verschlechtert. Dies könnte vor dem Hintergrund geschehen, weiterhin beim Gruppentherapeuten und der Gruppe bleiben zu können und diese nicht aufgrund möglicher Therapieerfolge frühzeitig verlassen zu müssen. Viele Patienten mit stark ausgeprägten emotional instabilen Anteilen werden im Verlauf der Therapie von ihrem Therapeuten und der Gruppe abhängig und halten oftmals sehr stark an diesen Beziehungen fest (Rohde-Dachser, 2000). Ein Grund hierfür könnte unter anderem sein, dass sie im Allgemeinen unter einer großen Angst leiden, verlassen zu werden (Wöller & Tress, 2005). Patienten mit stark ausgeprägten emotional instabilen Anteilen fürchten sich vor dem Alleinsein und möchten dies daher in jedem Fall vermeiden (Rohde-Dachser, 2000). Möglicherweise könnte sich diese Angst auch gegenüber dem Therapeuten und der Gruppe manifestieren. Ein Patient könnte die therapeutische Arbeitsbeziehung zu den anderen Gruppenmitgliedern und zum Therapeuten demnach als sehr gut einschätzen, da er den Gruppentherapeuten und die Mitglieder stark

idealisiert. Gleichzeitig käme es aber unbewusst zu einer Zunahme der Symptomatik, um den Therapeuten und die Gruppe nicht aufgrund von Symptomverbesserungen zu verlieren.

Ein abschließender Erklärungsansatz für den gefundenen negativ und zudem logarithmischen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung könnte folgender sein: Es ist denkbar, dass die innerhalb der Gruppe aufgebaute therapeutische Arbeitsbeziehung nicht ausreichend spezifisch auf die Bedürfnisse der untersuchten Patientenpopulation ausgerichtet war. Somit könnte auch eine als gut eingeschätzte therapeutische Arbeitsbeziehung bei diesen Patienten nicht richtig „gegriffen“ haben. Die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung wird durch die Therapieform beeinflusst (Spinhoven et al., 2007). Daher bedarf es möglicherweise einer Therapieform, die noch spezifischer auf die Behandlung von Patienten mit unterschiedlich stark ausgeprägten Borderlinesymptomen ausgerichtet ist, um eine wirksame und erfolgreiche therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppe aufbauen zu können. Es sollte in der Therapie dieser Patienten neben dem Fokus auf Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen noch expliziter auf weitere Borderline-spezifische Symptome wie beispielsweise emotionale Fehlregulationen mit kaum kontrollierbaren Wutausbrüchen oder die ausgeprägte Furcht vor dem Verlassen- und Alleinsein (Bohus & Kröger, 2011) eingegangen werden.

Gegenstand der Hypothese III war der Einfluss der Borderlinesymptomausprägung auf die allgemeine psychische Belastung der untersuchten Studienpatienten. Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung und dem Rückgang der psychischen Belastung bestätigt werden. Somit ging in der untersuchten Stichprobe ein Rückgang der Borderlinesymptomausprägung (erkennbar an einem geringen BSL-23-Gesamtwert) mit einem Rückgang der psychischen Belastung (erkennbar an einem geringen GSI der SCL-90-R) der Patienten einher.

Dieses Ergebnis entspricht Erkenntnissen bisheriger Forschung zu Borderline-Patienten (Gunderson et al., 2006). Auch eine Untersuchung zur konvergenten Validität der BSL-23 stimmt mit den Ergebnissen der vorliegenden Dissertation überein (Wolf et al., 2009). Die Autoren konnten eine hohe Korrelation zwischen der Borderlinesymptomausprägung (BSL-23) und der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) feststellen.

Der gefundene Zusammenhang könnte durch die hohe Komorbiditätsrate der BPS (Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014; Zanarini et al., 1998a, 1998b) begründet werden. Bei Patienten mit stark ausgeprägten emotional instabilen Anteilen ist es aufgrund der hohen Komorbiditätsrate der BPS denkbar, dass bei ihnen auch Anteile anderer psychischer Störungen stark ausgeprägt sind. Folglich weisen diese Patienten nicht nur einen hohen BSL-23-Gesamtwert, sondern auch einen erhöhten GSI auf, der die Anteile anderer psychischer Störungen wie beispielsweise einer Depression erfasst (Franke, 2002). Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass in der vorliegenden Stichprobe viele Patienten hohe Ausprägungen auf Items der BSL-23 hatten, die möglicherweise Symptome einer depressiven Störung reflektieren. So kreuzten einige Patienten die Items „Während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ ($n = 11$) und „Während der letzten Woche konnte ich mich schlecht konzentrieren“ ($n = 8$) mit einer 4 = *sehr stark* an. Außerdem geht die BPS mit Symptomen wie selbstverletzenden Handlungen oder einem hochgradig eingeschränkten Selbstwertgefühl einher, die einen äußerst starken Leidensdruck der Patienten verursachen (Bohus & Schmahl, 2006). Dieser könnte zu einer starken psychischen Belastung beitragen. Borderline-spezifische Symptome, die womöglich einen starken Leidensdruck der Patienten hervorrufen, wurden unter anderem durch folgende Items der BSL-23 erfasst: „Während der letzten Woche stand ich innerlich unter Hochspannung“ beziehungsweise „Während der letzten Woche tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten“. Diese Items wurden in der vorliegenden Patientenstichprobe häufig ($n = 7$) mit einer 4 = *sehr stark* beantwortet. Es erscheint als äußerst wichtig, den Grad der Borderlinesymptomausprägung zu reduzieren, um den Leidensdruck und somit auch die generelle psychische Belastung der Patienten zu verringern.

4.2 Limitationen

Als eine Stärke der vorliegenden Studie kann die beachtliche Varianzaufklärung des Gesamtmodells von circa 58 % angesehen werden. Ungefähr 58 % der Varianz der Veränderung der psychischen Belastung wurden allein durch das aufgestellte Mediationsmodell erklärt. Da die Güte des Modells umso besser und verlässlicher ist, je näher R^2 am Wert 1 liegt (Eid et al., 2011), kann eine Varianzaufklärung von ungefähr 58 % ($R^2 = .577$) als gut bewertet werden. Außerdem ist diese Varianzaufklärung für

eine vergleichsweise kleine Stichprobe ein sehr gutes Ergebnis. Denn je kleiner die untersuchte Stichprobe ist, desto größer muss der Effekt sein, damit er signifikant wird (Bortz & Schuster, 2010).

Einschränkungen der vorliegenden Studie resultieren unter anderem aus den nachfolgenden Gesichtspunkten. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollten Aspekte der Effektdifferenzierung beachtet werden. Im Rahmen der empirischen Forschung zur stationären Gruppenpsychotherapie wird häufig darauf hingewiesen, dass bei der Interpretation von Studien zur Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapie vor allem die zusätzlichen Behandlungs- und Kontextfaktoren eines multimodalen stationären Therapiesettings berücksichtigt werden sollten. Diese können ebenfalls den Behandlungserfolg der Patienten beeinflussen (Kösters et al., 2006; Strauß, 2010). Folglich kann nicht jeder Behandlungserfolg eines Patienten ausschließlich auf die Gruppe zurückgeführt werden (Kösters et al., 2006; Strauß, 2010). Die Daten der vorliegenden Dissertation wurden im Rahmen einer naturalistischen Studie in keinem Forschungs-, sondern in einem klinischen, multimodalen Setting erhoben. Es wurden zur Durchführung dieser Studie keinerlei Änderungen an den real vorliegenden psychotherapeutischen und stationären Bedingungen vorgenommen. Die Studienpatienten waren während ihres stationären Aufenthaltes in ein komplexes, multimodales Therapiesetting eingebunden. Daher könnten auch andere Therapieangebote wie beispielsweise Einzel-, Kunst- und Musiktherapie oder der tägliche Kontakt und Gespräche mit dem Pflegepersonal oder Mitpatienten sowie Gruppenleitereigenschaften die Ergebnisse der vorliegenden Studie beeinflusst haben. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass durch die Wahl der angewandten Methodik bereits eine Vielzahl von Messfehlern berücksichtigt und inkludiert wurde. So wurden unter anderem durch die Anwendung des RCI (Jacobson & Truax, 1991) mögliche Fehler in der Signifikanz berücksichtigt.

Eine weitere Limitation bezieht sich auf die in dieser Studie zum Einsatz gekommenen Messinstrumente. Sowohl der GQ-D, die BSL-23 als auch die SCL-90-R sind – jedoch umfangreich validierte – Selbstbeurteilungsinstrumente. Die Ergebnisse dieser Studie basieren demnach auf keinen objektiven Daten, sondern ausschließlich auf Selbstauskünften der Patienten. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Ferner konnten von ursprünglich 139 Patienten letztlich nur 41 Patienten in die Studie aufgenommen werden, da die Datensätze der ausgeschlossenen Patienten nicht

vollständig waren. Eine Folge dieser vergleichsweise kleinen Stichprobe ist eine limitierte (statistische) *Power* der Studie (Bortz & Schuster, 2010). Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe sind weitere Untersuchungen zur empirischen Unterstützung der Studienergebnisse erforderlich. Der indirekte Effekt sollte in einer größeren Stichprobe überprüft werden. Sollte dieser auch dort bestätigt werden, spräche dies für eine stärkere Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse.

Weiterhin könnte die allgemeine Gültigkeit der Ergebnisse für die vorliegende Patientenpopulation durch individuelle Krankheitsverläufe beeinflusst worden sein. Es wurde bei den untersuchten Patienten mit vielfältigen Störungsbildern lediglich der Ausprägungsgrad der Borderlinesymptomatik erfasst. Es ist jedoch denkbar, dass auch verschieden stark ausgeprägte Symptome beispielsweise einer Depression den Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die psychische Belastung beeinflussten.

Abschließend sollte bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass im Rahmen der vorliegenden Studie nur ein kleiner Ausschnitt im Verlauf des gesamten Gruppenprozesses abgebildet werden konnte.

Trotz der angegebenen Limitationen kann angenommen werden, dass die Gruppenpsychotherapie für die einzelnen Patienten durchaus von Bedeutung war. Die durchgeführte Gruppenpsychotherapie nahm in der stationären Versorgung der untersuchten Patienten in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf einen hohen Stellenwert ein. Sie fand dreimal wöchentlich statt, stand unter der Leitung eines konstanten Gruppentherapeuten und brachte sämtliche Patienten einer Station über die gesamte Therapiezeit zusammen. Insgesamt verbrachten die Patienten in dieser festen Zusammensetzung somit mehrfach in der Woche viel Zeit miteinander.

4.3 Zukünftige Forschung/Ausblick

Der in der vorliegenden Dissertation gefundene Effekt, dass der Rückgang der Borderlinesymptomausprägung als mediiender Faktor zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung fungierte, ist als ein Hinweis in eine gewisse Richtung zu deuten. Diesem sollte in weiteren Untersuchungen und möglicherweise unter Berücksichtigung weiterer wichtiger Kontextfaktoren und Limitationen der vorliegenden Studie konkreter nachgegangen werden.

Gegenstand zukünftiger Untersuchungen könnte eine vergleichbare Studie bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer BPS sein. Die ermittelten Ergebnisse der vorliegenden Studie gelten für Patienten, die lediglich gewisse Ausprägungen einer Borderlinesymptomatik aufweisen. Es wäre interessant, zu explorieren, wie sich die gefundenen Zusammenhänge bei Patienten darstellen, die tatsächlich die Kriterien einer BPS erfüllen. Es ist durchaus denkbar, dass bei Borderline-Patienten ebenfalls ein indirekter Effekt zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der psychischen Belastung mediiert durch eine Veränderung der Borderlinesymptomatik gefunden werden könnte.

Ein ebenfalls interessanter Forschungsansatz ist die Analyse einer wechselseitigen Beziehung zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Rückgang der Borderlinesymptomausprägung. In der vorliegenden Dissertation konnte ein unidirektionaler Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung nachgewiesen werden. Es wurde in dieser Studie jedoch kein rückläufiger Effekt der Borderlinesymptomausprägung auf die therapeutische Arbeitsbeziehung untersucht. Unter Gliederungspunkt 1.3.5 werden Schwierigkeiten genannt, die Patienten mit stark ausgeprägten emotional instabilen Anteilen im Aufbau und in der Aufrechterhaltung von therapeutischen Beziehungen aufweisen. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wäre es durchaus möglich, dass sich beispielsweise ein hoher Ausprägungsgrad der Borderlinesymptomatik negativ auf die Arbeitsbeziehung zum Therapeuten und zu anderen Gruppenmitgliedern auswirkt. Marziali et al. (1999) untersuchten die therapeutische Arbeitsbeziehung in interpersonaler Gruppenpsychotherapie und dynamischer Einzeltherapie bei Patienten mit einer manifesten BPS. Sie fanden heraus, dass starkes dysfunktionales Verhalten der Patienten eine schlechte Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Gruppenpsychotherapie vorhersagt. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass Borderline-Patienten, die gravierende Schwierigkeiten in vielen Verhaltensweisen haben, ebenfalls Schwierigkeiten zeigen, sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen.

Eine weitere Überlegung für zukünftige Forschung betrifft die Rolle des Mediators. In der vorliegenden Stichprobe wurden Patienten mit verschiedenen Ausprägungsgraden Borderline-spezifischer Merkmale untersucht. Es wurde der Effekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf den Rückgang der psychischen Belastung mediiert durch die Variable Rückgang der Borderlinesymptomausprägung überprüft.

Möglicherweise könnte es auch einen anderen Mediator als den Rückgang der Borderlinesymptomausprägung geben. Im Rahmen der vorliegenden Patientenstichprobe wäre beispielsweise der Rückgang des Ausprägungsgrades depressiver Symptome ein denkbarer Mediator gewesen, da die Patienten dieser Studie unter anderem auch an depressiven Störungen litten.

4.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Dissertation können einen Beitrag zu einem besseren Verständnis des Einflusses der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf die psychische Belastung bei Patienten mit Beschwerden aus dem Borderline-Spektrum leisten. An dieser Stelle sollen aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden.

Es zeigte sich, dass sich das Erleben der therapeutischen Arbeitsbeziehung über eine Veränderung der Borderlinesymptomausprägung im Rahmen einer Mediation negativ auf den Rückgang der psychischen Belastung auswirkte. Somit ging sowohl eine geringe, eine moderat als auch eine stark ausgeprägte therapeutische Arbeitsbeziehung mit einer nur geringen Reduktion der psychischen Belastung der untersuchten Patienten einher. Außerdem sank mit einer zunehmend besser eingeschätzten therapeutischen Arbeitsbeziehung ihr Einfluss auf den Rückgang der psychischen Belastung. Möglicherweise wird im Verlauf der Entwicklung der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie ein Punkt erreicht, ab dem ebendiese für das Erzielen bestimmter Effekte ausreichend ist. Eine weitere Verbesserung der therapeutischen Arbeitsbeziehung würde nicht mehr zu einem weiteren ausgeprägten Rückgang der psychischen Befindlichkeit führen. Folglich könnte an diesem Punkt die Entlassung des Patienten (aus der Gruppe) angestrebt werden, da die therapeutische Arbeitsbeziehung zum Gruppenleiter und zu den Gruppenmitgliedern ausreichend stabil ist und keine weiteren Effekte erzielen kann.

Eine weitere Erkenntnis dieser Studie ist, dass sich eine aus Patientensicht als sehr gut eingeschätzte therapeutische Arbeitsbeziehung in der Gruppe negativ im Sinne einer leichten Zunahme der Borderlinesymptomausprägung auswirkte. Um die Patienten mit unterschiedlich stark ausgeprägten Anteilen einer Borderlinesymptomatik hinsichtlich einer Symptomreduktion zu fördern, sollte noch intensiver und expliziter

auf die spezifische Borderlinesymptomatik eingegangen werden. In der Wissenschaft herrscht Konsens darüber, dass bei Patienten mit manifester BPS eine auf diese spezifisch angepasste Psychotherapie einer unspezifischen Therapie überlegen ist (Bohus & Kröger, 2011). Möglicherweise könnten nicht nur Patienten mit der manifesten Diagnose einer BPS von Strukturen einer Borderline-spezifischen Therapie profitieren, sondern auch bereits Patienten, die nur gewisse Anteile einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung in sich tragen. Daher sollte bei diesen Patienten versucht werden, gewisse Borderline-spezifische Therapieelemente auch in das allgemeine therapeutische Setting zu integrieren. Dabei sollte dem Schweregrad der Borderlinesymptomatik, der durch die BSL-23 bei Aufnahme des Patienten erfasst werden kann, mehr Bedeutung zugeschrieben werden. So sollten Patienten, die bei der stationären Aufnahme stark ausgeprägte BSL-23-Gesamtwerte vorweisen, durch Borderline-spezifische Zusatzangebote – wie beispielsweise durch Elemente der DBT – gezielter gefördert und behandelt werden. Im Rahmen einer störungsspezifischen Gruppentherapieform könnte sich somit möglicherweise eine therapeutische Arbeitsbeziehung entwickeln, die vermehrt zu einer Symptomreduktion führt. Ein besonderes Augenmerk sollte darüber hinaus auf die störungsspezifische Aus- und Weiterbildung der (Gruppen-)Therapeuten gelegt werden. Durch das Erlernen und die geschulte Anwendung spezieller Therapieverfahren könnten diese noch intensiver und professioneller auf Patienten mit gewissen Ausprägungen einer Borderlinesymptomatik eingehen und einer drohenden Überforderung im Umgang mit den Problemen und Schwierigkeiten dieser Patienten entgehen. Auch im Rahmen von regelmäßigen Supervisionsgruppen für Therapeuten könnte ein Austausch, eine Beratung und eine Stärkung spezifischer Fähigkeiten in der Interaktion mit diesen Patienten ermöglicht werden.

5 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Aufl.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). Washington, DC: Autor.
- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive-behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 419-430.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K. & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 279-288.
- Barlow, S., Burlingame, G. M. & Fuhriman, A. (2005). The history of group practice: a century of knowledge. In S. A. Wheelan (Hrsg.), *The handbook of group reasearch and practice* (S. 39-64). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Blawath, S., Metten, R. & Tschuschke, V. (2014). Achtsamkeit, Depression und Lebensqualität bei Krebs: Der nicht-lineare indirekte Effekt von Achtsamkeit auf die Lebensqualität von Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 60*, 337-349.
- Bohus, M. (2009). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (3. Aufl., S. 533-559). Heidelberg: Springer.
- Bohus, M. & Bathruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog, 4*, 55-66.
- Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan: Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Der Nervenarzt, 67*, 911-923.

- Bohus, M., Buchheim, P., Doering, S., Herpertz, S. C., Kapfhammer, H.-P., Linden, M., . . . Tress, W. (2008). *S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Bd 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen* (P. u. N. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Hrsg.). Darmstadt: Steinkopff.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., . . . Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology, 42*, 32-39.
- Bohus, M. & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Zum gegenwärtigen Stand der Forschung. *Der Nervenarzt, 82*, 16-24.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.-D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 51*, 201-211.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt, 103*, 3345-3352.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice, 16*, 252-260.
- Bormann, B. (2010). Zur Messung von therapeutischen Beziehungen in Gruppenpsychotherapien: Die deutsche Version des Group Questionnaire (*Doctoral dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena*). Zugriff am 24.02.2018 unter <http://www.db-thueringen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-23491/Bormann/Dissertation.pdf>
- Bormann, B., Burlingame, G. M. & Strauß, B. (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D). Instrument zur Messung von therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut, 56*, 297-309.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T. & Davis, M. S. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry, 52*, 339-350.

- Burlingame, G. M., Strauß, B. & Joyce, A. S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl., S. 640-689). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Cantor, J. & Sanderson, C. (1993). Borderline Personality Disorder and Personality Traits: a comparison of SCID-II BPD and NEO-PI. *Psychological Assessment, 5*, 472-476.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R. & Daar, A. S. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature, 475*, 27-30.
- Dammann, G. (2004). Interaktionelle Methode und übertragungsfokussierte Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse, 20*, 314-330.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 642-649.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 174-183.
- Efron, B. & Tibshirani, R. J. (1993). *An introduction to the bootstrap*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Ferguson, R. J., Robinson, A. B. & Splaine, M. (2002). Use of the Reliable Change Index to evaluate clinical significance in SF-36 outcomes. *Quality of Life Research, 11*, 509-516.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 411-430.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis - Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: research and practice. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis* (S. 3-40). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., . . . Stout, R. L. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients

- with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 822-826.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J. & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76, 408-420.
- Hayes, A. F. (2012). SPSS MEDCURVE Macro Syntax Reference. Zugriff am 24.02.2018 unter <http://www.afhayes.com/public/medcurve.zip>
- Hayes, A. F. & Preacher, K. J. (2010). Quantifying and testing indirect effects in simple mediation models when the constituent paths are nonlinear. *Multivariate Behavioral Research*, 45, 627-660.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1973). Gruppentherapie: interaktionell - tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. *Gruppenpsychotherapeut und Gruppendynamik*, 7, 132-157.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (2000). Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Psychotherapie*, 5, 58-72.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R. & Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 310-321.

- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Strauß, B. & Bormann, B. (2008). Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 52-89.
- Joyce, A. S., Piper, W. E. & Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 269-296.
- Kendler, K. S. & Gardner, C. O. (1998). Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 172-177.
- Kernberg, O. (1993). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P. & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806-810.
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C. & Strauß, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 10, 146-163.
- Kösters, M. & Strauß, B. (2007). Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapie - Eine kritische Betrachtung deutschsprachiger Studien. *Gruppenpsychotherapeut und Gruppendynamik*, 43, 181-200.
- Krogel, J. (2008). The Group Questionnaire: a new measure of the group relationship (*Doctoral dissertation, Brigham Young University Provo*). Zugriff am 24.02.2018 unter <http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2731&context=etd>
- Kröger, C. & Unckel, C. (2006). Borderline-Störung. In C. Kröger & C. Unckel (Hrsg.), *Borderline-Störung: Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat* (S. 11-25). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, J., Bassler, M., Beutel, M. E., Franz, M., Gündel, H., Herzog, W., . . . Timmermann, J. (2013). Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung. In W. Herzog, M. E. Beutel, & J. Kruse (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute* (S. 55-81). Stuttgart: Schattauer.
- Kunz, S. (2007). 15 Jahre stationäre (Gruppen-)Psychotherapie in Littenheid - Ein Erfahrungsbericht über den Wandel der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapeut und Gruppendynamik*, 43, 150-160.

- Kurth, B.-M. (2012). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 980-990.
- Leichsenring, F., Masuhr, O., Jaeger, U., Dally, A. & Streeck, U. (2007). Zur Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Therapie am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Daten aus der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 53, 129-143.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2006). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Lorentzen, S., Sexton, H. C. & Hoglend, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 33-40.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Hrsg.), *The working alliance: theory, research, and practice* (S. 38-50). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. & McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 9, 424-436.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
- Ott, J. (2001). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie - ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 51-58.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W. H. & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as

- predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 432-438.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Lamarche, C., Hilscher, T. & Joyce, A. S. (2005). Level of alliance, pattern of alliance and outcome in short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 527-550.
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 36, 717-731.
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Reisch, T., Thommen, M., Endtner, K. & Tschacher, W. (2009). *Therapieverläufe von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung* (Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie Nr. 09-3). Bern: Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie.
- Renneberg, B., Schmitz, B., Doering, S., Herpertz, S. & Bohus, M. (2010). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 55, 339-354.
- Rohde-Dachser, C. (2000). Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (2. Aufl., S. 407-412). Stuttgart: Thieme.
- Rounsaville, B. J., Alarcón, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R. E. & Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Hrsg.), *A research agenda for DSM-V* (S. 1-29). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-193.
- Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1992). Patient-Therapist Ratings and Relationship to Progress in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Shrout, P. E. & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422-445.

- Skodol, A. E., Buckley, P. & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405-410.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, 13, 290-313.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 104-115.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J. & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372-379.
- Strauß, B. (2010). Behandlungseffekte: stationäre Behandlung. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 132-137). Stuttgart: Thieme.
- Strauß, B. & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 405-425.
- Streeck, U. & Leichsenring, F. (2015). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K. & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28, 734-750.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., . . . Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III-R Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: an empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 553-560.
- Tschuschke, V. (2004). Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 101-109.

- Tschuschke, V. (2010). Gruppen- versus Einzeltherapie - Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 13-17). Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. & Anbeh, T. (2010). Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland: Ergebnisse der PAGE-Studie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 46, 198-214.
- Unckel, C. & Kröger, C. (2006). Theorien zur Erklärung der Borderline-Störung. In C. Kröger & C. Unckel (Hrsg.), *Borderline-Störung: Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat* (S. 26-32). Göttingen: Hogrefe.
- van Andel, P., Erdman, R. A. M., Karsdorp, P. A., Appels, A. & Trijsburg, R. W. (2003). Group cohesion and working alliance: prediction of treatment outcome in cardiac patients receiving cognitive behavioral group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 141-149.
- Widiger, T. A. & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946-963.
- Widiger, T. A. & Costa, P. T. (1994). Personality and Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 78-91.
- Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Pedersen, G. & Karterud, S. (1999). Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: a comparison between DSM-IV diagnoses and NEO-PI-R. *Journal of Personality Disorders*, 13, 226-240.
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941.
- Wolf, M., Limberger, M. F., Kleindienst, N., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Philipsen, A., . . . Bohus, M. (2009). Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23): Entwicklung und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 59, 321-324.
- Wöller, W. & Tress, W. (2005). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In P. L. Janssen, P. Joraschky, & W. Tress (Hrsg.), *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (S. 298-301). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3. Aufl.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *39*, 296-302.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., . . . Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *154*, 1101-1106.

6 Anhang

Anhang A) Klinikinterner Patientenfragebogen (PAT)

1



LVR-KLINIKUM DÜSSELDORF
KLINISCHES INSTITUT UND KLINIK FÜR
PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE
DER HEINRICH - HEINE UNIVERSITÄT

In unserer Klinik sind diagnostische und Qualitätssichernde psychometrische Untersuchungen Teil der Therapie. Diese Fragebögen werden für die Diagnosestellung dringend benötigt. Deshalb ist es notwendig, dass Sie die Fragebögen mit Ihrem vollständigen Namen ausfüllen. Eine elektronische Erfassung dieser Daten erfolgt anonymisiert. Eine Auswertung geht umgehend Ihrem Einzeltherapeuten zu.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Geburtsland:	_____	Nationalität:	_____
Aufnahmedatum:	_____	Station:	_____
Therapeut/in:	_____		_____

Männlich:

Weiblich:



Bitte beachten Sie auch die Rückseiten
und überprüfen Sie die Tests auf Vollständigkeit.



Familienstand

- ledig ohne Partner
 ledig mit Partner
 ledig mit Partner zusammenlebend
 verheiratet

Falls Sie eine Partnerin / einen Partner haben,

wie alt ist sie / er:

_____ (Jahre)

Bis zu 1 Jahr	Bis zu 5 Jahr	Bis zu 10 Jahren	Mehr als 10 Jahren
------------------	------------------	---------------------	-----------------------

wie lange besteht die aktuelle Beziehung:

① ② ③ ④

- getrennt / geschieden

Falls Sie getrennt oder geschieden sind,

Bis zu ½ Jahr	Bis zu 1 Jahr	Bis zu 5 Jahr	Bis zu 10 Jahren	Mehr als 10 Jahren
------------------	------------------	------------------	---------------------	-----------------------

wie lange sind Sie getrennt oder geschieden:

① ① ② ③ ④

- verwitwet

Falls Sie verwitwet sind,

Bis zu ½ Jahr	Bis zu 1 Jahr	Bis zu 5 Jahr	Bis zu 10 Jahren	Mehr als 10 Jahren
------------------	------------------	------------------	---------------------	-----------------------

wie lange sind Sie verwitwet:

① ① ② ③ ④

Haben Sie Kinder?

nein ja

Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie?

Haben Sie Geschwister?

nein ja

Wenn ja, wie viele Geschwister haben Sie?

Wie viele Geschwister sind jünger als Sie?

Mit wem wohnen Sie zur Zeit (hauptsächlich) zusammen?

(mehrere Antworten möglich)

- allein
 mit Familienmitgliedern (Eltern, Kindern, Großeltern usw.)
 mit Freunden/ oder in einer Wohngemeinschaft
 sonstiges _____

Geburtsjahr der leiblichen Mutter:

Geburtsland der leiblichen Mutter:

Ist die Mutter verstorben?

Nein: Ja:

Wie alt waren Sie, als Ihre Mutter verstorben ist

_____ Jahre alt

Ihre Mutter ist / war:

- ① Hausfrau
- ② Arbeiterin
- ③ Angestellte
- ④ Akademikerin
- ⑤ Selbstständig
- ⑥ Sonstiges: _____

Geburtsjahr des leiblichen Vaters:

Geburtsland des leiblichen Vaters:

Ist der Vater verstorben?

Nein: Ja:

Wie alt waren Sie, als Ihr Vater verstorben ist

_____ Jahre alt

Ihr Vater ist/war:

- ① Hausman
- ② Arbeiter
- ③ Angestellter
- ④ Akademiker
- ⑤ Selbstständig
- ⑥ Sonstiges: _____

Sind Ihre Eltern geschieden?

Nein: Ja:

Wie alt waren Sie, als sich ihre Eltern sich trennten?

_____ Jahre alt

Haben Sie eine Ersatzmutter? (Stief-, Adoptivmutter o. ä.)

Nein: Ja:

Haben Sie einen Ersatzvater? (Stief-, Adoptivvater o. ä.)

Nein: Ja:

Gab es einen Heimaufenthalt während der Kindheit oder Jugend?

Nein: Ja:

Ihr höchster Schulabschluß (nur 1 Angabe möglich):

- (1) noch in der Schule
- (2) kein Schulabschluß
- (3) Sonderschulabschluß
- (4) Hauptschulabschluß
- (5) Mittlerer Reife oder vergleichbarer Abschluß
- (6) Fachabitur / Abitur
- (7) Fachhochschulabschluß / Hochschulabschluß
- (8) Sonstiges: _____

Stellung im Beruf (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Schüler(in)/Student(in) oder Auszubildende(r)/Umschüler(in)
- (2) Ungelernter Arbeiter(in)
- (3) Facharbeiter(in)
- (4) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (5) Leitende/r Angestellte(r)/Beamte(r)
- (6) Selbständig
- (7) Hausfrau/Hausmann
- (8) Arbeitslos
- (9) auf Dauer krankgeschrieben
- (10) Vorruhestand (aus med. Gründen)
- (11) Rentner(in)/Pensionär(in)
- (12) Sonstiges: _____

Haupteinkommensquelle (nur 1 Angabe möglich):

- (1) eigenes Einkommen durch Arbeitstätigkeit/Rente
- (2) Arbeitslosengeld/-hilfe
- (3) Unterstützung durch Eltern
- (4) Sozialhilfe / Hartz IV
- (5) Bafög
- (6) Sonstige Welche? _____

Beeinträchtigung

Kreuzen Sie bitte die für Sie am besten zutreffenden Antworten an.
Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt:

		gar nicht	gering- fügig	deutlich	stark	extrem
Beeinträchtigung im körperlichen Bereich:		①	①	②	③	④
Wenn Sie sich in diesem Bereich beeinträchtigt fühlen, wie lange dauern die Beschwerden an?	Bis zu 1 Monat	Bis zu ½ Jahr	Bis zu 1 Jahr	Bis zu 2 Jahren	Mehr als 2 Jahre	Seit der Kindheit/Jugend
	①	①	②	③	④	⑤

		gar nicht	gering- fügig	deutlich	stark	extrem
Beeinträchtigung im seelischen Bereich:		①	①	②	③	④
Wenn Sie sich in diesem Bereich beeinträchtigt fühlen, wie lange dauern die Beschwerden an?	Bis zu 1 Monat	Bis zu ½ Jahr	Bis zu 1 Jahr	Bis zu 2 Jahren	Mehr als 2 Jahre	Seit der Kindheit/Jugend
	①	①	②	③	④	⑤

		gar nicht	gering- fügig	deutlich	stark	extrem
Beeinträchtigung in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen:		①	①	②	③	④
Wenn Sie sich in diesem Bereich beeinträchtigt fühlen, wie lange dauern die Beschwerden an?	Bis zu 1 Monat	Bis zu ½ Jahr	Bis zu 1 Jahr	Bis zu 2 Jahren	Mehr als 2 Jahre	Seit der Kindheit/Jugend
	①	①	②	③	④	⑤

Wie lange leiden Sie unter diesen Beeinträchtigungen:

im seelischen Bereich	①	①	②	③	④	⑤
in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen	①	①	②	③	④	⑤
in Ihrem Leistungsvermögen	①	①	②	③	④	⑤

Haben Sie schon einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?

nein ja

falls ja:

Welche Therapie haben Sie gemacht?

	Einzel	Gruppe
Ambulante Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>	
Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	

Anhang B) Der Gruppenfragebogen (GQ-D)

Gruppenfragebogen (GQ-D)

Name: _____

Testdatum: _____

Geschlecht: m w

Geburtsdatum: _____

Bitte lesen Sie sich die Beschreibungen sorgfältig durch und versuchen Sie, **die Gruppe als Ganzes** zu sehen. Benutzen Sie dazu die Einschätzungsskala als eine Hilfe; kreuzen Sie das Feld an, welches am ehesten die Gruppe während der **heutigen** Sitzung beschreibt. Bitte kreuzen Sie nur **eine** Antwort bei jeder Beschreibung an.

		Stimmt überhaupt nicht				Stimmt sehr		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Wir kooperieren und arbeiten in der Gruppe zusammen.	<input type="checkbox"/>						
2	Die Gruppenmitglieder akzeptierten einander.	<input type="checkbox"/>						
3	Obwohl wir Differenzen haben, empfinde ich unsere Gruppe als sicher.	<input type="checkbox"/>						
4	Die Gruppenmitglieder mochten sich und kümmerten sich umeinander.	<input type="checkbox"/>						
5	Die Gruppenmitglieder spürten, dass das, was in der Gruppe ablief, wichtig war, und dass es echte Teilnahme gab.	<input type="checkbox"/>						
6	Es gab Spannung und Ärger zwischen den Gruppenmitgliedern.	<input type="checkbox"/>						
7	Die Gruppenmitglieder waren distanziert und einander fremd.	<input type="checkbox"/>						
8	Die Gruppenmitglieder wirkten gespannt und ängstlich.	<input type="checkbox"/>						

Die nun folgenden Aussagen erfragen **Beziehungen zu anderen Personen** in Ihrer Gruppe, die Sie während der letzten Gruppensitzung erlebt haben. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie diesen Aussagen zustimmen.

		Stimmt überhaupt nicht				Stimmt sehr		
		1	2	3	4	5	6	7
9	Ich fühlte, dass ich dem Gruppenleiter ^a während der heutigen Sitzung vertrauen konnte.	<input type="checkbox"/>						
10	Die anderen Gruppenmitglieder waren mir gegenüber freundlich und warmherzig.	<input type="checkbox"/>						
11	Der Gruppenleiter ^a und ich respektieren einander.	<input type="checkbox"/>						
12	Ich fühle, dass der Gruppenleiter ^a sich um mich sorgt, auch wenn ich Dinge tue, die er nicht billigt.	<input type="checkbox"/>						

13	Ich fühlte, dass ich den anderen Gruppenmitgliedern während der heutigen Sitzung vertrauen konnte.	<input type="checkbox"/>						
14	Die anderen Gruppenmitglieder und ich respektieren uns.	<input type="checkbox"/>						
15	Ich fühle, dass die anderen Gruppenmitglieder sich um mich sorgen, auch wenn ich Dinge tue, die sie nicht billigen.	<input type="checkbox"/>						
16	Der Gruppenleiter ^a war mir gegenüber freundlich und warmherzig.	<input type="checkbox"/>						
17	Der Gruppenleiter ^a schien sich nicht immer um mich zu kümmern.	<input type="checkbox"/>						
18	Die anderen Gruppenmitglieder verstanden nicht immer, wie ich mich im Inneren fühlte.	<input type="checkbox"/>						
19	Die anderen Gruppenmitglieder stimmen mir bei den Dingen zu, die ich in der Therapie tun muss.	<input type="checkbox"/>						
20	Die anderen Gruppenmitglieder stimmen mir bezüglich der Dinge zu, an denen es für mich wichtig ist zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>						
21	Die anderen Gruppenmitglieder und ich arbeiten auf gemeinsam beschlossene Ziele hin.	<input type="checkbox"/>						
22	Die anderen Gruppenmitglieder und ich haben ein gutes Verständnis davon aufgebaut, welche Art von Veränderungen gut für mich wäre.	<input type="checkbox"/>						
23	Der Gruppenleiter ^a stimmt mir bei den Dingen zu, die ich in der Therapie tun muss.	<input type="checkbox"/>						
24	Der Gruppenleiter ^a stimmt mir bezüglich der Dinge zu, an denen es für mich wichtig ist zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>						
25	Der Gruppenleiter ^a und ich haben ein gutes Verständnis davon aufgebaut, welche Art von Veränderungen gut für mich wäre.	<input type="checkbox"/>						
26	Der Gruppenleiter ^a und ich arbeiten auf gemeinsam beschlossene Ziele hin.	<input type="checkbox"/>						
27	Manchmal schienen die anderen Gruppenmitglieder nicht ganz aufrichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>						
28	Die anderen Gruppenmitglieder schienen sich nicht immer um mich zu kümmern.	<input type="checkbox"/>						
29	Manchmal schien der Gruppenleiter ^a nicht ganz aufrichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>						
30	Der Gruppenleiter ^a verstand nicht immer, wie ich mich im Inneren fühlte.	<input type="checkbox"/>						

^aBei mehr als einem Gruppenleiter beurteilen Sie bitte das **gesamte** Therapeutenteam.

Anhang C) Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23)

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

Code:

Datum:

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

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

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

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

BSL-Ergänzung: Items zur Erfassung des Verhaltens

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

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

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!

Anhang D) Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R)

SCL-90-R

ANLEITUNG:

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 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!

Alle ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	①	①	②	③	④
2. Nervosität oder innerem Zittern	①	①	②	③	④
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	①	①	②	③	④
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	①	①	②	③	④
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	①	①	②	③	④
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	①	①	②	③	④
7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	①	①	②	③	④
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	①	①	②	③	④
9. Gedächtnisschwierigkeiten	①	①	②	③	④
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	①	①	②	③	④
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	①	①	②	③	④
12. Herz- und Brustschmerzen	①	①	②	③	④
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	①	①	②	③	④
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	①	①	②	③	④
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	①	①	②	③	④
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	①	①	②	③	④
17. Zittern	①	①	②	③	④
18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	①	①	②	③	④
19. schlechtem Appetit	①	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
20. Neigung zum Weinen	①	①	②	③	④
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	①	①	②	③	④
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	①	①	②	③	④
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	①	①	②	③	④
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	①	①	②	③	④
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	①	①	②	③	④
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	①	①	②	③	④
27. Kreuzschmerzen	①	①	②	③	④
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	①	①	②	③	④
29. Einsamkeitsgefühlen	①	①	②	③	④
30. Schwermut	①	①	②	③	④
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	①	①	②	③	④
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	①	①	②	③	④
33. Furchtsamkeit	①	①	②	③	④
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	①	①	②	③	④
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	①	①	②	③	④
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	①	①	②	③	④
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	①	①	②	③	④
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	①	①	②	③	④
39. Herzklopfen oder Herzjagen	①	①	②	③	④
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	①	①	②	③	④
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	①	①	②	③	④
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	①	①	②	③	④
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	①	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
44. Einschlafschwierigkeiten	①	①	②	③	④
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	①	①	②	③	④
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	①	①	②	③	④
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	①	①	②	③	④
48. Schwierigkeiten beim Atmen	①	①	②	③	④
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	①	①	②	③	④
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	①	①	②	③	④
51. Leere im Kopf	①	①	②	③	④
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	①	①	②	③	④
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	①	①	②	③	④
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	①	①	②	③	④
55. Konzentrationsschwierigkeiten	①	①	②	③	④
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	①	①	②	③	④
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	①	①	②	③	④
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen	①	①	②	③	④
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	①	①	②	③	④
60. dem Drang, sich zu überessen	①	①	②	③	④
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	①	①	②	③	④
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	①	①	②	③	④
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	①	①	②	③	④
64. frühem Erwachen am Morgen	①	①	②	③	④
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	①	①	②	③	④
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	①	①	②	③	④
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	①	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	①	①	②	③	④
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	①	①	②	③	④
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	①	①	②	③	④
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	①	①	②	③	④
72. Schreck- oder Panikanfällen	①	①	②	③	④
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	①	①	②	③	④
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	①	①	②	③	④
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	①	①	②	③	④
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	①	①	②	③	④
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	①	①	②	③	④
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	①	①	②	③	④
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	①	①	②	③	④
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	①	①	②	③	④
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	①	①	②	③	④
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	①	①	②	③	④
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	①	①	②	③	④
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	①	①	②	③	④
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	①	①	②	③	④
86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen	①	①	②	③	④
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	①	①	②	③	④
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	①	①	②	③	④
89. Schuldgefühlen	①	①	②	③	④
90. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	①	①	②	③	④

Anhang E) SPSS-Ausgabe des Medcurve-Verfahrens

Matrix

Run MATRIX procedure:

VARIABLES IN MEDIATION MODEL

Y RCI_GSI_
X GQD_Arbb
M RCI_BSL_

SAMPLE SIZE

41

MODEL OF M

	Coeff	SE	t	p
constant	4,8302	1,3240	3,6482	,0008
ln(X)	-2,9987	,9476	-3,1645	,0030

MODEL SUMMARY

R	R-sq	F	p	df1	df2
,4520	,2043	10,0143	,0030	1,0000	39,0000

MODEL OF Y

	Coeff	SE	t	p
constant	3,7322	1,4648	2,5479	,0150
X	-,4375	,3366	-1,2996	,2016
M	,8872	,1536	5,7769	,0000

MODEL SUMMARY

R	R-sq	F	p	df1	df2
,7594	,5766	25,8763	,0000	2,0000	38,0000

Instantaneous Indirect Effect (THETA) of X on Y through M at X = XVAL

XVAL	THETA	SE
2,9192	-,9114	,3441
4,0605	-,6552	,2474
5,2019	-,5114	,1931

Bias Corrected Bootstrap Confidence Interval for Instantaneous Indirect Effect

XVAL	LowerCI	THETA	UpperCI
2,9192	-1,6630	-,9114	-,3136
4,0605	-1,1956	-,6552	-,2255
5,2019	-,9333	-,5114	-,1760

BOOTSTRAP SAMPLES:

10000

NOTES:

LEVEL OF CONFIDENCE FOR CONFIDENCE INTERVALS:

95

XVAL values above are the sample mean and plus/minus one SD from mean

SE for THETA is the standard deviation of the bootstrap estimates

----- END MATRIX -----

Danksagung

Das Ergebnis einer lehrreichen, intensiven und bereichernden Zeit wissenschaftlicher Forschungsarbeit liegt im Rahmen dieser Dissertation nun vor. Das Gelingen meiner Dissertation beinhaltet den Einsatz und die Unterstützung verschiedener Personen, denen ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen möchte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress für die Möglichkeit der Erstellung dieser Dissertation und die uneingeschränkte fachliche Unterstützung. Er überließ mir ein spannendes Thema und weckte mein Interesse für die Forschung.

Für ihre fachliche Betreuung, wertvollen Hinweise zur Gestaltung dieser Dissertation und ihre Unterstützung bei inhaltlichen Fragen möchte ich Frau Dr. Ljiljana Joksimovic ganz herzlich danken. Durch ihre mehrjährige umfassende Betreuung trug sie in besonderem Maße zur Fertigstellung der vorliegenden Dissertation bei. Durch konstruktive Kritik und fruchtbare Diskussionen mit ihr war es möglich, diese Dissertation entscheidend voranzutreiben.

Ich danke Herrn Priv.-Doz. Dr. Til Menge für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Frau Dr. Sabrina Blawath danke ich für die hilfreiche Unterstützung in methodischen Fragen. Sie vermittelte mir wichtiges statistisches Wissen und es war mir zu jeder Zeit möglich, das methodische Vorgehen mit ihr zu besprechen und die Ergebnisse zu diskutieren. Ihre Mitarbeit und wertvollen Ratschläge leisteten einen bedeutenden Beitrag zur vorliegenden Dissertation. Dafür danke ich sehr herzlich.

Außerdem gilt ein ganz besonderer Dank Frau Dr. Silke Michalek. In der Datenerfassung und -verarbeitung unterstützte sie mich in besonderem Maße und stand mir für Fragen aller Art jederzeit zur Verfügung.

Ferner möchte ich meiner Familie, meinem Freund Peter und meinen Freunden größten Dank aussprechen. Durch sie erfuhr ich uneingeschränkte Unterstützung in der Erreichung meiner Ziele sowie ermutigende und liebevolle Worte. Ich danke euch von ganzem Herzen für eure Unterstützung.

Der letzte Dank gilt den Teilnehmern dieser Studie, ohne deren Mitarbeit die Durchführung und das Gelingen dieser Dissertation nicht möglich gewesen wären.