

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. J. Förstl)

**Die ambulante Versorgungslage von Patienten mit einer
Borderline-Persönlichkeitsstörung in München**

Andrea Jobst

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

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

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.- Prof. Dr. J. Förstl
2. Priv.- Doz. Dr. J.G.H. Bäuml

Die Dissertation wurde am 14.11.2008 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 18.03.2009 angenommen.

Inhalt

1 Einleitung.....	3
1.1 Eingangs-Überlegung.....	3
1.2 Literaturübersicht.....	3
2 Fragestellung.....	11
3 Methoden.....	15
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	15
3.2 Untersuchungsgang / Instrument.....	16
3.3 Statistische Datenanalyse.....	18
4 Ergebnisse.....	19
4.1 Rekrutierung der Stichprobe und Rücklaufquote.....	19
4.2 Beschreibende Statistik – Häufigkeiten.....	20
4.2 a Soziographische Angaben der Therapeuten.....	20
4.2 b Übernahmeverhalten der Therapeuten.....	26
4.2 c Angaben der Therapeuten im Fragenkomplex.....	30
4.3 Multivariate Datenbeschreibung und statistische Tests.....	46
4.3 a Abhängigkeiten des Übernahmeverhaltens.....	46
4.3 b Abhängigkeiten des Antwortverhaltens im Fragenkomplex.....	59
4.3 c weitere Abhängigkeiten.....	67
5 Diskussion.....	72
5.1 Therapeutenkollektiv.....	72
5.2 Der Therapeut im Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	73
5.3 Grenzen der vorliegenden Arbeit.....	82
5.4 Ausblick.....	83
6 Zusammenfassung.....	84

7 Literaturverzeichnis.....	86
8 Abbildungsverzeichnis.....	95
9 Tabellenverzeichnis.....	96
10 Anhang.....	98
Anhang 1: DSM-IV.....	99
Anhang 2: Anschreiben.....	100
Anhang 3: Fallvignette und Fragebogen.....	101
11 Danksagung.....	105
12 Lebenslauf.....	106

1 Einleitung

1. 1 Eingangs-Überlegung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist Inhalt vieler Studien und Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Psychiatrie. Ihr gilt besonderes öffentliches Interesse, sie ist Thema und Auseinandersetzung vieler Bücher und Filme, spiegelt sie doch auch Probleme unserer heutigen modernen Gesellschaft wider, wie eine erschwerte Identitätsfindung in unserer Zeit (J. Gneist, 1997). Besondere Zuwendung gilt der Diagnosefindung und der Ursachen- sowie Psychotherapieforschung. Eine symptombezogene, erfolgversprechende und langfristig heilende Behandlung dieser schwierig zu therapierenden Patienten soll ermöglicht werden. Gerade im ambulanten Bereich, der für den Therapieerfolg besonders wichtig zu sein scheint, fällt allerdings eine chronische Unterversorgung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (Bohus, 2004a). Vor allem mangelt es an störungsspezifisch ausgebildeten Therapeuten (Bohus, 2007). Die Einstellungen der Therapeuten gegenüber Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beleuchten, damit Faktoren der weiter unzureichend erscheinenden ambulanten Versorgungslage aufzudecken, einwirkende Faktoren zu eruieren und Lösungsansätze zu finden, ist Inhalt und Zweck dieser Arbeit.

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden allgemein von Therapeuten gesprochen, weibliche und männliche Therapeuten seien hier eingeschlossen. Ebenso wird allgemein von Patienten gesprochen, auch hier sind beide Geschlechter gemeint.

1. 2 Literaturübersicht

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein psychisches Störungsbild, das schwierig zu behandeln und zu diagnostizieren ist. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung charakterisieren sich durch Identitätsprobleme, instabile zwischenmenschliche Beziehungen, Störung der Impulskontrolle, emotionale Instabilität und ein Gefühl der Leere in Kombination mit Angst, Depression und Abhängigkeit (American Psychiatric Association, 1994). Nach Gunderson stehen im

Zentrum der Störung die chronische Depression in Kombination mit einem chronischen Gefühl der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Schuld, Einsamkeit und Leere (Gunderson, 2001). Die Störung beginnt in der Adoleszenz und verläuft chronisch mit wiederkehrenden Krisen, welche oft zu suizidalem Verhalten führen.

Erstmalige Erwähnung fand die Störung bei Stern (1938) und Knight (1953). Damals nahm man an, dass die Störung in naher Verwandtschaft zu den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis steht. Heute weiß man, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein Konstrukt aus heterogenen Symptomen ist, welches Patienten aus dem Spektrum der affektiven Störungen und dem Spektrum impulsiver Störungen einschließt (Siever and Davis, 1991).

Kernberg beschreibt zugrundeliegend die Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit Störung der Identität, primitiven Abwehrmechanismen und Störung der Realitätstestung (Kernberg 1967).

Die **Prävalenz** in der Allgemeinbevölkerung wird mit 1 – 2% (0,7%) angegeben (Togersen et al., 2001, Lieb et al., 2004). Darüber hinaus ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung die häufigste Persönlichkeitsstörung im klinischen Bereich, 15% aller stationär psychiatrischen Patienten und 50% der stationär psychiatrischen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung leiden unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Widiger und Weissman, 1991). Zu 76 % wird eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frauen diagnostiziert (Widiger und Weissman, 1991). Skodol und Mitarbeiter vermuten als Ursache für diesen Geschlechterunterschied jedoch keinen echten Prävalenzunterschied zwischen den Geschlechtern, sondern am ehesten Artefakte in der Stichprobenauswahl sowie das Einwirken einer Reihe von Faktoren wie eine höhere Behandlungsbereitschaft von Frauen oder dass typische Symptome der Störung als männliche Verhaltensweisen attribuiert werden. So äußern sich Impulskontrollstörungen bei Männern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oftmals in Form von gewaltsamen und aggressiven Ausbrüchen, Straftaten oder Verkehrsdelikten und sie landen nicht beim Psychiater, sondern im Gefängnis. Die Störung wird nicht erkannt. Zukünftige Forschung ist zur Aufklärung der echten geschlechtsspezifischen Prävalenz hier nötig (Skodol et al., 2003).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt eine hohe **Komorbiditätsrate** mit Achse-II-Störungen (Oldham et al., 1992), vor allem mit histrionischen und vermeidenden Persönlichkeitsstörungen (Gunderson, 2001) und Achse-I-Störungen (Gunderson, 2001, Skodol et al., 2002b), allen voran die Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen (Skodol et al., 1995 und 1999a). Eine bestehende Komorbidität verschlechtert dabei das Ansprechen auf eine Therapie massiv (Skodol et al., 2002a).

Typischerweise tritt die Störung in der Adoleszenz auf. **Ätiologisch** wird ein multifaktorielles Modell (**Vulnerabilitäts-Stress-Modell**) angenommen (Genenvironment-Modell). Eine angeborene Verletzbarkeit führt im Zusammenhang mit auslösenden Lebensereignissen (Stressoren) und neurobiologischen Veränderungen zu der Störung (Gunderson, 2008).

Einen signifikanten Einfluss auf die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt die familiäre Vorbelastung mit psychischen Störungen aus dem neurotischen Spektrum.

Als Stressoren gelten sexueller Missbrauch in der Kindheit, Trennung von den Eltern und ein ungünstiger elterlicher Erziehungsstil sowie Frühgeburtlichkeit (Bandelow, 2005). Diese können als Risikofaktoren betrachtet werden.

Untersuchungen gelten in jüngerer Zeit besonders den **neurobiologischen Ursachenmodellen**, die Resultate sind jedoch unspezifisch. Eine reduzierte Serotonin-Aktivität wird in Zusammenhang gebracht mit impulsiver Aggression (Hansenne et al., 2002, Skodol et al., 2002c, New und Siever, 2002) und eine Assoziation zwischen dem Serotonin-Transporter-Gen und Persönlichkeitsstrukturen wird diskutiert (Pascual et al., 2007). Cholinerge Irregularitäten als Ursache für affektive Instabilität (New and Siever, 2002; Pally, 2002) und eine Korrelation zwischen Missbrauch in der Kindheit und Überreagibilität des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems werden vorgeschlagen (Rinne et al., 2002). Abnormalitäten im präfrontalen Cortex finden Erwähnung (Juengling et al., 2003), Größenabnormalitäten im superioren parietalen Cortex werden in Zusammenhang gebracht mit Dissoziationen (Irle et al., 2007). Man findet frontolimbische Strukturveränderungen bei diesem Patientengut (Minzenberg, 2008) sowie ein reduziertes Volumen des Hippocampus und der Amygdala (Schmahl et al., 2003).

Diese Ergebnisse unterstützen das erwähnte Gen-environment-Modell als Ursache der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine gute Darstellung findet sich im biosozialen Ursachenmodell nach Linehan (Linehan 1993). Danach führt eine angeborene individuelle Emotionsregulationsstörung in Kombination mit einer „invaliden Umwelt“ zu der Störung. Ungünstige Umweltbedingungen, Stressoren und Traumatisierungen verstärken diese ungünstige Konstellation.

Zur **Diagnosefindung** wurden 1980 von der American Psychiatric Association Diagnosekriterien eingeführt und die Störung in das Diagnostische und statistische Manual DSM-III aufgenommen, welches 1994 zuletzt in der 4. Auflage modifiziert wurde. DSM-IV beinhaltet neun Diagnosekriterien, von denen fünf zur Diagnosestellung erfüllt sein müssen (APA, 1994, Anhang 1). Dissoziative Symptome nehmen eine besondere Position ein, da sie bei 75% der Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung vorhanden sind und eine hohe Spezifität zeigen (Chopra und Beatson, 1986). Schwachstellen und diagnostische Grenzen der DSM-Kategorisierung sind allerdings unübersehbar. So ergeben sich nach DSM-IV, bei fünf möglichen von neun Kriterien, 151 mögliche Symptomkombinationen, was zu einem heterogenen Patientengut führt (Skodol, 2002b), eine einheitliche Therapie und der Therapieerfolg werden damit erschwert. Außerdem gibt es Patienten, die nach DSM-IV die Kriterien einer Borderline Persönlichkeitsstörung nicht erfüllen, da nur drei oder vier Kriterien zutreffen, klinisch aber das eindrückliche Bild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bieten. Diesen Patienten entgeht nach DSM-IV die so wichtige störungsspezifische Behandlung und eine eigene, genaue Diagnosestellung des Therapeuten ist hier gefordert. Skodol weist darauf hin, dass in DSM-IV wichtige Kriterien, welche die Störung definieren, fehlen, wie der zentrale Abwehrmechanismus der Spaltung (Skodol 2002b).

Neben dem kategorialen Diagnosesystem nach DSM wurden zur Diagnoseabsicherung andere dimensionale Systeme vorgeschlagen. Unterteilungen der Symptome in verschiedene Untergruppen können bei diesen vorgenommen werden. So beinhaltet Moreys Unterteilung mit dem Personality Assessment Inventory (PAI) affektive Instabilität, Identitätsprobleme, negative Beziehungen und Selbstverletzung (Morey 1996) und das DIB (Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten) stützt sich auf fünf Komponenten: Störung in sozialer Anpassung, Impulsivität, affektive Symptome, psychotische Symptome und zwischenmenschliche

Beziehungen (Gunderson et al., 1981). Ebenfalls dimensional kommen das Five-Factor-Model, FFM (Costa, 1991) oder das Shedler-Western Assessment Procedure SWAP-200 (Westen und Shedler, 1999a und 1999b) zur Diagnosefindung zum Einsatz. Sanislow schlägt ein Drei-Faktoren-Modell vor, darin sind gestörte Beziehungen, Dysregulation des Verhaltens und affektive Dysregulation enthalten (Sanislow, 2000).

Inwieweit diese alternativen diagnostischen Modelle Einzug in die klinische Praxis halten und ob sie sich für eine bessere Diagnosefindung als nützlich erweisen, lässt sich noch nicht abschätzen. Gewiss ist, dass diese Modelle einer weiteren eingehenden Prüfung und Forschung bedürfen.

Wiederholte **Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten** sind wichtige Charakteristika der Störung (DSM IV). Die Mortalitätsrate durch Suizid unter Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Klinik wird mit 7% – 10% angegeben (Frances et al., 1986, Stone et al., 1987) und ist damit 50 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Die Rate an Suizidversuchen unter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist sogar noch höher und wird mit 60% – 70% angegeben (Gunderson, 2001). So weisen 30% der Personen aus der Allgemeinbevölkerung mit vollendetem Suizid, 40% der Personen, die einen Suizidversuch unternehmen, und 50% der ambulant psychiatrischen Patienten, die durch Suizid sterben, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (APA, 2003). 50% aller Borderline-Patienten mit vollendetem Suizid haben vorher bereits Suizidversuche unternommen (Cowdry et al., 1985). Vorausgegangene Suizidversuche gelten als Risikofaktor für weitere Suizidversuche und vollendeten Suizid. Weitere Risikofaktoren für einen Suizid sind die komorbide affektive Störung, Hoffnungslosigkeit, Suizide und Suizidversuche in der Familienanamnese, sexueller Missbrauch und hohe Impulsivität (Oldham, 2006) Besonders schwerwiegend dabei ist, wenn der Patient nach Suizidentschluss Gefühle der Entlastung, Ruhe oder gar Geborgenheit erlebt (Bohus, 2004a). Das Suizidrisiko erhöht sich massiv durch selbstverletzendes Verhalten, welches bei fast allen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden wird. Die häufigsten Formen der Selbstverletzung sind Schneiden (80%), Schlagen (20%), Kopfanschlagen (15%) und Beißen (7%) (Shearer, 1994). Selbstverletzungen werden durchgeführt, um aversive Spannungen zu reduzieren, dissoziative Zustände zu beenden oder, in etwa 20% der Fälle, kurze

Euphorisierung zu bewirken (Bohus, 2004a). Die Bearbeitung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten hat aufgrund dieser hohen Prozentzahlen höchste Priorität in der Therapie dieser Patienten.

Der **Prognose** und dem **Verlauf** der Borderline-Persönlichkeitsstörung wenden sich diverse Forschungsarbeiten zu. Insgesamt ist der Verlauf der Störung heterogen und individuell verschieden. Remissionsraten werden mit 28% angegeben. Dabei gilt als Remission, wenn nicht mehr als zwei DSM-IV-Kriterien über zwölf Monate vorhanden sind (Grilo et al., 2004). Bei einem Beobachtungszeitraum von zwei Monaten werden Remissionsraten von 42% beobachtet. Insgesamt ist die Stabilität der Symptome über längere Zeit weniger stark als bisher nach allgemeiner Definition der Persönlichkeitsstörungen angenommen. Dies zeigen mehrere Longitudinalstudien (Lenzenweger, 1999, Zanarini et al., 2003). Am stabilsten sind affektive Instabilität, Wut und Impulsivität (McGlashan, 2005). Jüngste longitudinale Studien ergaben eine Variabilität in der Stabilität der Kriterien, am ehesten vorhersagbar waren Suizidalität, instabile Beziehungen und Selbstverletzungen (Grilo et al., 2007).

Die Prognose der Borderline-Persönlichkeitsstörung verschlechtert sich mit dem Auftreten von belastenden Faktoren während der Kindheit, wie beispielsweise das Erleben eines sexuellen Missbrauchs (Paris, 1993) oder Inzesterfahrungen (Stone, 1990). Ebenfalls als ungünstiger Prädiktor gilt ein früher erster psychiatrischer Kontakt (Links et al., 1993) und eine chronische Ausprägung von Symptomen (McGlashan, 1992). Ebenfalls wird das Auftreten von bestimmten phänomenologischen Faktoren mit einer Prognoseverschlechterung in Verbindung gebracht. Im Einzelnen sind dies: ausgeprägte affektive Instabilität, magisches Denken, Aggression in Beziehungen (McGlashan, 1985, 1992), Impulsivität (Links et al., 1993), Abhängigkeit (Links et al., 1993, Stone, 1993) und der Schweregrad der Erkrankung. Nach Links bestimmt die Anzahl erfüllter diagnostischer Kriterien bei Krankheitsbeginn und vorhandene Komorbiditäten die Prognose (Links et al., 1998).

Zur **Behandlung** von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung empfiehlt die American Psychiatric Association Psychotherapie in Kombination mit symptombezogener Pharmakotherapie (APA, 2001). Der lange Krankheitsverlauf und die relative Therapieresistenz dieser Patienten machen eine störungsspezifische Therapie unabdingbar. Vorgeschlagen werden die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (Linehan, 1987, 1993), die mentalisierungs-basierte Therapie

(MBT) nach Bateman und Fonagy (Bateman und Fonagy, 2001) und die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) nach Kernberg (Kernberg, 2008) sowie die Schematherapie nach Young. Alle Therapieverfahren liegen in manualisierter Form vor, haben einen klar definierten therapeutischen Rahmen und haben als primäres Ziel die Bearbeitung von Suizidalität, Selbstverletzung und therapiegefährdendem Verhalten. Darüber hinaus wird von jedem Therapeuten die Bereitschaft zur Supervision gefordert.

Die Dialektisch Behaviorale Therapie kombiniert eine wöchentliche ambulante Psychotherapie in Einzelsitzungen mit einem wöchentlichen Fertigkeitentraining in der Gruppe über ein Jahr sowie Telefoncoaching durch den Therapeuten, welches in Notfallsituationen eine Erreichbarkeit des Therapeuten garantiert, und Supervision des Therapeuten. (Linehan 1987, 1993). Nach einem Jahr Behandlung mit dieser Therapieform konnte ein reduziertes selbstverletzendes Verhalten, eine höhere Behandlungsbereitschaft und eine verbesserte soziale Anpassung nachgewiesen werden (Bohus et al., 2004b).

Die mentalisierungs-basierte Therapie beinhaltet ebenfalls Einzel- und Gruppensitzungen kombiniert mit einem teilstationären Setting. (Bateman und Fonagy, 2001). Nach 18-monatiger Behandlung fanden sich hier reduzierte Selbstverletzungen, Angst und Depression. Bei beiden Therapieformen konnte der Behandlungserfolg in Follow-up-Studien über mindestens ein Jahr bewiesen werden (Bohus, 2004b, Linehan, 2002).

Auch die Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg konnte ihre Wirksamkeit in einer randomisierten Studie beweisen (Clarkin und Levy, 2007). Die Übertragungsfokussierte Therapie zielt über die reine Borderline-Persönlichkeitsstörung hinaus auf das Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1967, 2008). Als zentrales Defizit wird dabei angenommen, dass Betroffene die Frage der Identität nicht angemessen beantworten können. Das bedeutet, anstelle eines balanzierten Selbst- und Objektbildes mit positiven und negativen Eigenschaften steht ein wechselndes Bild von korrespondierenden Teilidentitäten. Diese Objektbeziehungsdyaden zeigen sich, überwiegend begleitet von heftigen Affekten, in schnellem Wechsel und dominieren das Handeln und Erleben des Betroffenen.

Hinzu treten sogenannte primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Verleugnung und projektive Identifikation, welche anstelle z. B. der Verdrängung eingesetzt

werden, um ein Minimum psychischer Stabilität zu erreichen. Im therapeutischen Prozess konzentriert sich der Therapeut auf die Übertragung und Gegenübertragung, als Strategien werden Konfrontation, Klärung und Deutung eingesetzt. Die Therapie ist für zwei Sitzungen pro Woche über mindestens ein Jahr ausgelegt. Im Rahmen der Entwicklung eines Therapiemanuals werden auch diagnostische Instrumente entwickelt, wie das frei geführte strukturelle Interview bzw. in semistrukturierter Form das STIPO (strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation) (Caligor und Clarkin, 2004).

Zur symptombezogenen Pharmakotherapie empfiehlt der Guideline Watch der American Psychiatric Association atypische Antipsychotika der neuen Generation in geringen Dosen zur Behandlung von kognitiven Wahrnehmungssymptomen und SSRI (Selektive-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) zur Stabilisierung von impulsiven Aggressionen oder affektiver Dysregulation (APA, 2001).

2 Fragestellung

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung benötigen im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Störungen ausgedehnte Therapiemöglichkeiten. In retrospektiven Studien zeigten sie eine häufigere Inanspruchnahme von Therapien (ambulant, stationär oder medikamentös) als andere psychiatrische Störungsbilder (Bender et al., 2001).

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten als besonders schwierige Patienten, bei denen eine Behandlung gegenüber anderen Krankheitsbildern problematischer ist. Wegen der schwierigen Therapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die sich durch den Symptomenkomplex dieser Patienten ergibt, ist eine suffiziente Versorgung der Patienten nicht immer gewährleistet. Charakteristisch ist, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Therapeuten durch ihre hohen Erwartungen und Anspruchshaltungen bis an die Grenzen von deren Belastbarkeit bringen. Häufig kommt es zu Therapieabbrüchen und Therapeuten werden gewechselt, in der Hoffnung nach der letzten Enttäuschung durch den nächsten endlich „gerettet“ zu werden. Hierin manifestiert sich die Nähe-Distanz-Problematik dieser Patienten. Der Therapeut ist durch die Vielfältigkeit der Problembereiche überfordert. Eine chronische Unterversorgung im ambulanten Sektor sei nach Bohus festzustellen und damit verbundene häufige stationäre Einweisungen (Bohus, 2004a). Bei einer Studie im Saarland zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage rangieren die Persönlichkeitsstörungen an oberster Stelle mit 67% an unbehandelt gebliebenen Patienten im Erwachsenenalter. Patienten mit Suizidtendenzen blieben gar zu 79% unbehandelt. Alle Störungsbilder zusammengenommen, wurden bei dieser Untersuchung von 1893 Personen, die einen Psychotherapeuten aufsuchten, 50% aus zeitlichen Gründen abgewiesen und 42% der Patienten, mit denen eine probatorische Sitzung durchgeführt wurde, blieben ohne Behandlung. Insgesamt wurden nur 29% der Patienten in Behandlung genommen. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz konnte mit fünf bis sechs Monaten festgelegt werden. Es ergibt sich ein auffallend hoher Anteil an abgewiesenen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Zepf, 2000). Hier kann man annehmen, dass

Persönlichkeitsstörungen allgemein und vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine erhöhte Belastung für die Therapeuten darstellen.

Diese von vielen Seiten beschriebene insuffiziente Versorgungslage deckt sich mit eigenen Erfahrungen, denen zufolge Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angeben, häufig von Therapeuten abgelehnt oder mit langen Wartezeiten vertröstet zu werden. Dies hat Folgen für den Therapieerfolg der Patienten, stellt doch gerade die ambulante Therapie bei ihnen einen so wichtigen Aspekt dar, um einer Hospitalisierung durch häufige und verfrühte Klinikeinweisungen und lange Krankenhausaufenthalte entgegenzuwirken und eine Erfolg versprechende Behandlung der Störung zu gewährleisten. John M. Oldham bemerkt, dass die stationären Aufenthalte bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vermindert werden sollten (Oldham, 2006) und die American Psychiatric Association schlägt in ihrem Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder Indikationen für eine teilstationäre Klinikbehandlung vor sowie die Empfehlung, kurze Klinikaufenthalte gegenüber ausgedehnten Klinikaufhalten zu bevorzugen (APA, 2001). In bestimmten Perioden der Behandlung ist ein Klinikaufenthalt unabdingbar, sinnvoll und lebensrettend, gerade in suizidalen Krisen, jedoch sollte die Gefahr einer Hospitalisierung mit der Schwierigkeit der Resozialisierung nicht unterschätzt werden. Eine ambulante Behandlung sollte sich rasch an die Krisenintervention im klinischen Rahmen anschließen.

Besondere Probleme in der Therapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen ihr komplizierter Symptomkomplex mit einer hohen Rate an Komorbiditäten, chaotischen interpersonellen Beziehungen, das sehr unterschiedliche Ansprechen im Therapieverlauf und vor allem die drohende Suizidalität und das selbstverletzende Verhalten dar, welche bei Therapeuten zu Überforderung und erhöhter Belastung führt. So fand Menninger bei einer Befragung von 88 praktizierenden Psychotherapeuten bei der Frage nach ihrer größten Angst im Umgang mit Patienten als führende Ursache einen möglichen Suizid des Patienten (Menninger, 1991). Schnur und Levin fanden, dass die gesteigerte Angst von Therapeuten vor nachfolgenden Konsequenzen zu einer Ablehnung der Behandlung von potentiell suizidalen Patienten führt (Schnur und Levin, 1985). Eine Untersuchung von 293 Psychotherapeuten mit der Fragestellung nach den Ängsten

von Psychotherapeuten bei der Arbeit mit suizidalen Patienten ergab eine besonders hohe Angst vor den Konsequenzen eines Patientensuizids (Dorrmann et al., 1996) und der Suizidforscher Pohlmeier formulierte schon 1982 die „Angst vor Strafe“ nach Patientensuizid bei Psychotherapeuten (Pohlmeier, 1982 und 1992). Speziell bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ergibt sich erschwerend das therapeutische Problem der korrekten Einschätzung der Suizidalität des Patienten. Zu unterscheiden ist eine reale Suizidgefahr von Suiziddrohungen als Mittel, um die eigene Bedürftigkeit auszudrücken, was oft eine therapeutische Gratwanderung zwischen Klinikeinweisung und Weiterführung der ambulanten Behandlung ist und für Psychotherapeuten eine besondere Herausforderung und Belastung darstellt. M. Bohus bemerkt, dass Umfragen zur psychischen Belastung von Psychotherapeuten zeigen, dass die Konfrontation mit chronischer Suizidalität häufig zu Überforderung und zu unprofessionellem Verhalten der Therapeuten führt. Daher sei es nicht verwunderlich, dass sich die Bereitschaft, sich längerfristig auf therapeutische Arbeit mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einzulassen, gerade bei ambulanten Therapeuten, in Grenzen hält (Bohus, 2004a). Weiter lösen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beim Gegenüber, also auch bei den behandelnden Therapeuten, das Gefühl aus, manipulativ oder schwierig zu sein (Linehan, 1993). Eine Studie von Sheckman beschreibt und untersucht die Gegenübertragungsprobleme in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Patienten evozieren typischerweise kraftvolle negative Erfahrungen in ihren Psychotherapeuten. Therapeuten betrachten solche Patienten als aggressiv, neidisch, abwertend, klammernd, besitzergreifend, angreifend, ausbeutend, manipulativ und abhängig (Sheckman et al., 1989). In einer vergleichenden Untersuchung des unterschiedlichen Gegenübertragungsverhaltens bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und bei Patienten mit einer Depression ergab sich, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von Therapeuten als deutlich dominanter und feindseliger eingeschätzt werden, dahingegen Patienten mit einer Depression als eher gehorsam, freundlich und angenehm. Dabei erniedrigt sich mit zunehmendem Therapeutenalter die negative Gegenübertragungstendenz (McIntyre, 1998). McWilliams dokumentiert, dass Klienten, die negative Gefühle bei ihren Therapeuten hervorrufen, vor allem jene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Depression seien; als Ursache vermutet er die bei diesen Patienten gefürchteten Suizidandrohnungen,

offenkundigen psychologischen Verhaltensweisen und beeinträchtigten interaktiven Fähigkeiten (McWilliams, 1994). Auch Kernberg und Adler bemerkten, dass Therapeuten im Umgang mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dazu neigen, entweder überfürsorglich oder zu hart und bestrafend zu sein (Adler, 1973; Kernberg, 1981). Perseus fand in seinen Forschungsergebnissen einen erhöhten Stressfaktor und häufigeres Burn-out bei Therapeuten, die eine Dialektisch Behaviorale Therapie begannen mit jungen, sich selbstverletzenden Patienten mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Perseus et al., 2007).

Die vorliegende Studie erfasst die Versorgungslage von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Raum München anhand einer Befragung niedergelassener Therapeuten. Dabei sollen einwirkende Faktoren und Ursachen für die Behandlungsbereitschaft der Therapeuten eruiert werden. Im Einzelnen soll der Frage nach der ambulanten Versorgungslage von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgegangen werden. Welche Problembereiche auf Seiten der Patienten und der Therapeuten tragen zur Entscheidung für oder gegen eine Behandlung bei? Welche Rolle spielt der befürchtete Patientensuizid?

Die Anzahl der ambulanten Therapeuten, welche eine störungsspezifische Therapie für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung anbieten können, wird erfasst, ist dies doch die optimale und nach heutigem Forschungsstand größten Erfolg versprechende Behandlungsform für diese Patienten.

3 Methoden

3. 1 Stichprobenbeschreibung

Von den 1019 in München niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung), wurden 999 Therapeuten als Grundgesamtheit in die Studie einbezogen.

Ausgeschlossen wurden 20 Psychotherapeuten, die ausschließlich Zulassungen für Hypnose, Autogenes Training oder Psychosomatische Grundversorgung innehaben und somit für die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht relevant waren.

Aus den 999 Psychotherapeuten wurden 300 Therapeuten randomisiert ausgewählt. Dies erfolgte über das Institut für medizinische Statistik der Technischen Universität München.

Die Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen:

- 51% ärztliche Psychotherapeuten (N=153)
- 49% psychologische Psychotherapeuten (N=147)
- 68% weibliche Psychotherapeuten (N=204)
- 32% männliche Psychotherapeuten (N=96)
- 49,8% analytische Psychotherapeuten (N=148)
- 23,9% verhaltenstherapeutische Psychotherapeuten (N=17)
- 26,3% Psychotherapeuten mit analytischer und verhaltenstherapeutischer Ausbildung (N=78)

3. 2 Untersuchungsgang/Instrument

Den ausgewählten 300 Psychotherapeuten wurde ein selbst verfasster Erhebungsfragebogen mit vorangehender Fallbeschreibung zugesendet (Anhang 3), dem ein Anschreiben beigelegt war, welches den Studienzweck erklärt und auf Anonymität der Angaben hinweist, sowie ein frankierter Rückumschlag (Anhang 2).

Der Fragebogen wurde in zwei Durchläufen an die Psychotherapeuten verschickt. Zwischen den Durchläufen lagen fünf Monate (erster Durchlauf: Januar 2006; zweiter Durchlauf: Juni 2006).

Von den 300 verschickten Fragebögen erreichten 286 ihren Adressanten, 14 Fragebögen konnten nicht zugestellt werden (ein Therapeut war verstorben, drei hatten ihre Praxis aufgegeben, bei den übrigen ist der Grund nicht bekannt). Wir gehen somit von einem Gesamtkollektiv von 286 Fragebögen aus.

Dem Fragebogen vorangestellt ist eine kurze Fallvignette, um die Therapeuten inhaltlich in das Thema einzuführen. Es wurde dabei versucht eine möglichst typische Fallgeschichte zu konstruieren: eine junge weibliche Patientin mit selbstverletzendem Verhalten sucht einen Therapeuten auf (Anhang 3).

Zusammengestellt wurde der Fragebogen aus drei Teilen:

Der erste Teil erhebt Informationen zur ambulanten Versorgungslage der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In sechs Items wird nach der grundsätzlichen Bereitschaft gefragt, solche Patienten zu übernehmen, nach der derzeitigen Übernahmekapazität des Therapeuten, ob und wie viele Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung der Therapeut momentan behandelt und früher schon behandelt hat, nach Behandlungsanfragen solcher Patienten an den Therapeuten und danach, welche Therapieform der Therapeut für einen solchen Patienten geeignet hält. Zur Auswahl standen hierbei psychoanalytische Therapieverfahren, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg, Dialektisch Behaviorale Therapie nach Linehan und die Möglichkeit, andere Therapieverfahren frei zu benennen (Anhang 3).

Der zweite Teil widmet sich den Problembereichen in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Anhand von vier Fragenkomplexen werden Schwierigkeiten in der ambulanten Behandlung abgefragt. Es wird nach den erwarteten Schwierigkeiten gefragt, welche Problembereiche zu einer

Behandlungsabweisung des Patienten führen könnten und welche Problembereiche eine besondere persönliche Belastung für den Therapeuten darstellen. Zur Auswahl standen bei diesen drei Fragekomplexen sechs Items: Suizidalität, geringe Zuverlässigkeit, drohender Therapieabbruch, fremdaggressives Verhalten, Selbstverletzung und die Option frei benennbarer Schwierigkeiten und Belastungen. Abgefragt wurden diese Items anhand einer Skalierung (1=besonders/trifft besonders zu, bis 5=gar nicht/trifft gar nicht zu).

Im vierten Fragekomplex wurde nach Faktoren gefragt, die ausschlaggebend sind, eine Behandlung zu beginnen. Zur Auswahl standen sechs Items: guter persönlicher Kontakt, Wunsch des Patienten, freie Therapieplätze, Empfehlung eines Kollegen sowie gute Zusammenarbeit mit einem Psychiater oder einer psychiatrisch-medizinischen Versorgung und die Option, weitere Faktoren frei zu benennen. Auch hier wurden die Items anhand einer Skalierung von 1 (besonders/trifft besonders zu) bis 5 (gar nicht/trifft gar nicht zu) abgefragt (Anhang 3).

Zur besseren statistischen Auswertbarkeit wurden alle Skalierungen in der Auswertung zu drei Abstufungen zusammengefasst (1 und 2 wurden zu „1“=trifft besonders zu, 3 wurde zu „2“=trifft mittelmäßig zu und 4 und 5 wurden zu „3“=trifft weniger zu).

Der dritte Teil erhebt soziodemographische Daten der Therapeuten und fragt nach Alter, Geschlecht, Studium, Therapieausbildung, Hauptarbeitsweise, alternative, vom Therapeuten angebotene Behandlungsmethoden, Behandlungsschwerpunkte, Jahre an therapeutischer Erfahrung und Anzahl an Stunden in Weiterbildung und Supervision. Es wurde nach keiner den Therapeuten identifizierenden Information gefragt (Anhang 3).

Im Anschluss an den dritten Teil wurde den Therapeuten noch die Möglichkeit gegeben, persönliche Bemerkungen zu hinterlassen.

Die Angaben wurden nach Häufigkeiten ausgewertet (beschreibende Statistik) und es wurde nach Korrelationen und ursächlichen Zusammenhängen zwischen dem Übernahmeverhalten, den soziodemographischen Daten und den Angaben zu den Problembereichen gesucht. Ziel war, ein Bild der ambulanten Versorgungslage aus Sicht der Therapeuten zu finden. Wir wollen erfahren, ob sich diese Sicht mit den Angaben von Patienten in Übereinstimmung bringen lässt, übermäßig häufig in ihrem Wunsch nach Therapie abgelehnt zu werden, wie dies auch in der Literatur

beschrieben wird. Zudem sollen Faktoren gefunden werden, die als besonders problematisch erlebt werden. Mit der Frage nach Kooperation sollten Hinweise für eventuelle Lösungsansätze gesammelt werden.

Nach Rücksendung der Fragebögen wurden die Daten primär hinsichtlich des Übernahmeverhaltens der Therapeuten bezüglich Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht. Es ergaben sich zwei Gruppen von Therapeuten: diejenigen, die eine Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung grundsätzlich ablehnen, und Therapeuten, die solche Patienten übernehmen. Die Einteilung in zwei Gruppen machte es möglich, sie hinsichtlich der angegebenen Schwierigkeiten, Probleme und soziodemographischen Daten zu vergleichen.

3. 3 Statistische Datenanalyse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmsystem SPSS Version 13.0 („Statistical Package for Social Sciences“). Die Analyse von Häufigkeitsvergleichen erfolgte mit dem X^2 -Test sowie dem Fisher's Exact Test und dem Korrelationskoeffizienten nach Spearman und Pearson. Für Gruppenvergleiche wurden der T-Test für unverbundene Stichproben (bei Normalverteilung der Werte) und der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Für Gruppenvergleiche bei mehr als zwei Gruppen kam die univariate Varianzanalyse (ANOVA) für unabhängige Stichproben (bei Normalverteilung der Werte) sowie der Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung. Die Normalverteilung der stetigen Daten wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in der deskriptiven Statistik relative Häufigkeiten verwendet. „Missing values“ werden nicht aufgeführt, da sich kein Informationsgewinn sowie keine Verschiebung der statistischen Relevanz ergeben.

4 Ergebnisse

4. 1 Rekrutierung der Stichprobe und Rücklaufquote

166 Therapeuten schickten uns den Fragebogen ausgefüllt zurück; bei dem Gesamtkollektiv von 289 zugestellten Fragebögen ergibt sich eine Rücklaufquote von 58,04%.

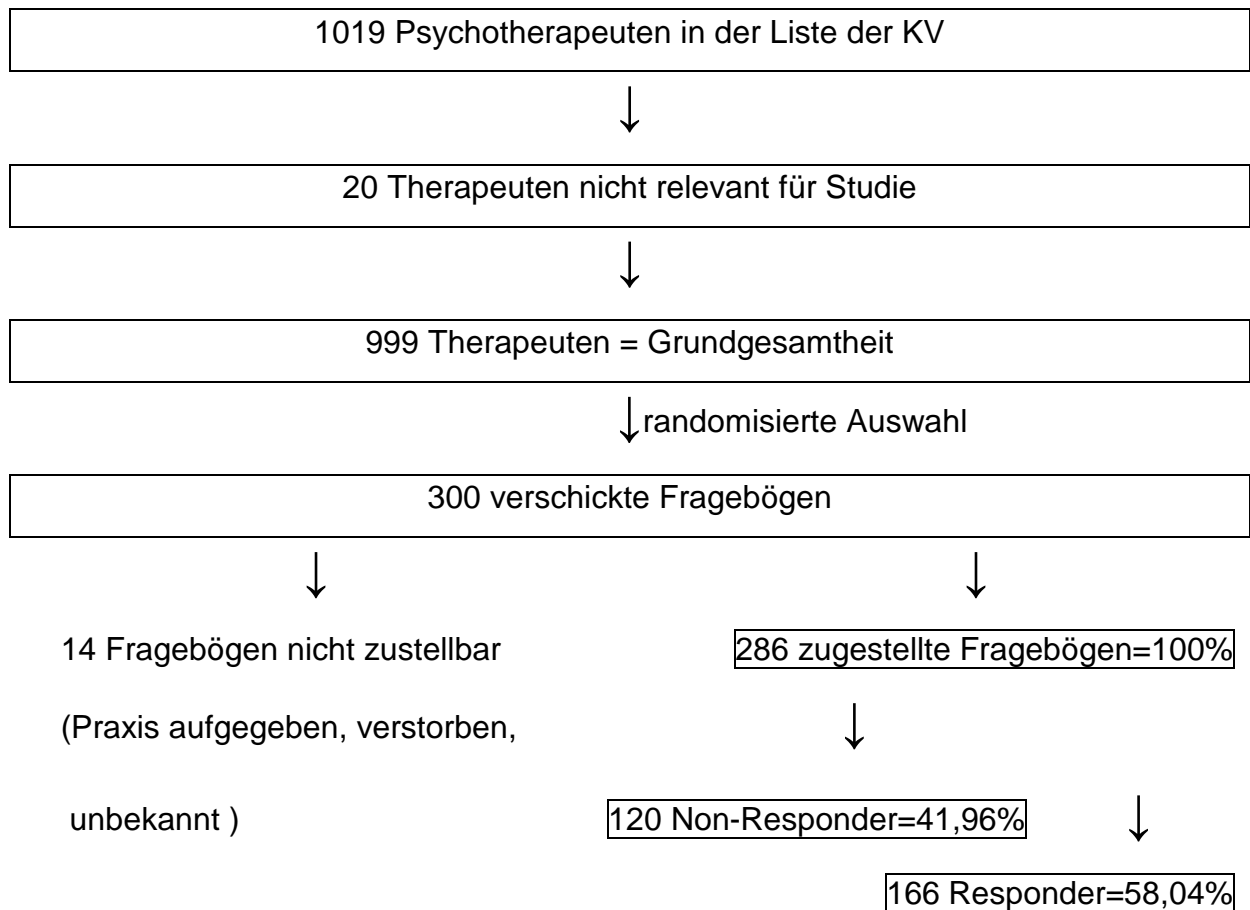


Abb.1: Rekrutierung der Stichprobe

4. 2 Beschreibende Statistik – Häufigkeiten

4. 2 a Soziodemographische Angaben der Therapeuten

Das Therapeutenkollektiv setzt sich wie folgt zusammen:

- 45,2% ärztliche Psychotherapeuten (N=75)
- 47% psychologische Psychotherapeuten (N=78)
- 5,4% medizinische sowie psychologische Ausbildung (N=9)
- 2,4% Enthaltungen bezüglich des Studiums (N=4)
- 68,7% weibliche Psychotherapeuten (N=114)
- 28,9% männliche Psychotherapeuten (N=48)
- 2,4% keine Angabe zum Geschlecht (N=4)
- 66,06% analytische Psychotherapeuten (N=109)
- 22,42% verhaltenstherapeutische Psychotherapeuten (N=37)
- 11,52% beide Therapieausbildungen (N=19)
- 0,6% keine Angabe zur Ausbildung (N=1)

Verglichen mit der prozentualen Verteilung im Gesamtkollektiv ergibt sich keine signifikant unterschiedliche Rücklaufquote zwischen den Geschlechtern, zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten oder der Therapieausbildung. Die prozentuale Verteilung entspricht nahezu der im Gesamtkollektiv.

Alter der Therapeuten:

Im Schnitt sind die Therapeuten 54,71 (Mean) Jahre alt, zwischen 35 und 85 Jahren, mit einer besonders großen Anzahl an Therapeuten zwischen 50 und 60 Jahren (52,5%, N=85) und zwischen 60 und 70 Jahren (27,8%, N=45). Die Gruppe der jüngeren (40 – 50 Jahre, 17,3%, N=28) und sehr jungen Therapeuten (30 – 40 Jahre, 1,2%, N=2), ist dagegen klein. Zwei Therapeuten sind über 70 Jahre alt.

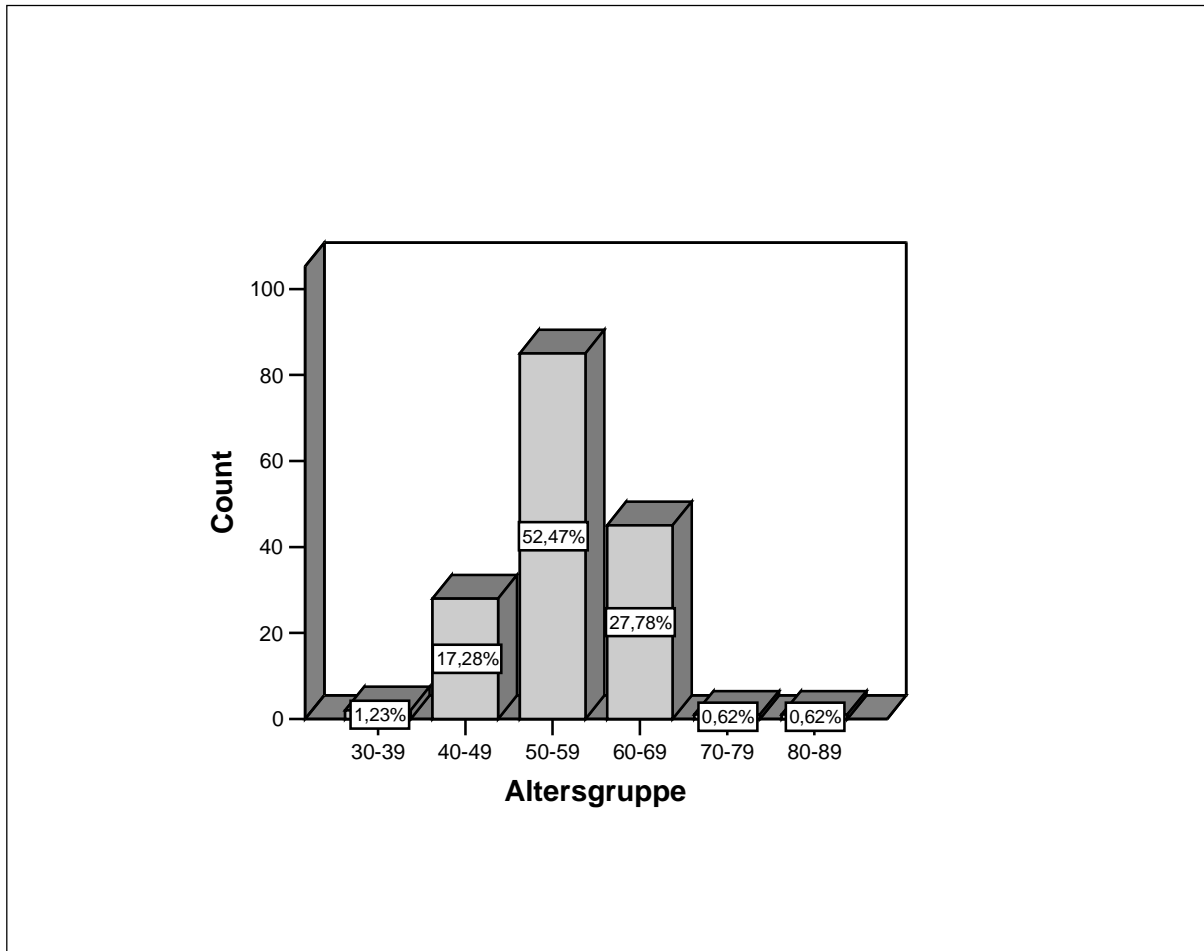


Abb. 2: Altersverteilung der Therapeuten

Therapieerfahrung der Therapeuten:

Die Durchschnittliche therapeutische Tätigkeit in Jahren beträgt 18,31 Jahre (Mean), die Spanne liegt zwischen zwei und 47 Jahren an therapeutischer Erfahrung. Die Gruppe an Therapeuten mit elf bis 20 Jahren Erfahrung ist besonders groß (50,3%, N=79), gefolgt von der Gruppe an Therapeuten mit 21 bis 30 Jahren Erfahrung (31,8%, N=50). Die Gruppe an Therapeuten, die weniger lang therapeutisch tätig sind (1 – 10 Jahre), ist kleiner (13,4%, N=21). Die Therapeuten mit Erfahrung 31 – 40 Jahre (3,2%, N=5) und 41 – 50 Jahre (1,3%, N=2) ergeben die kleinste Gruppe.

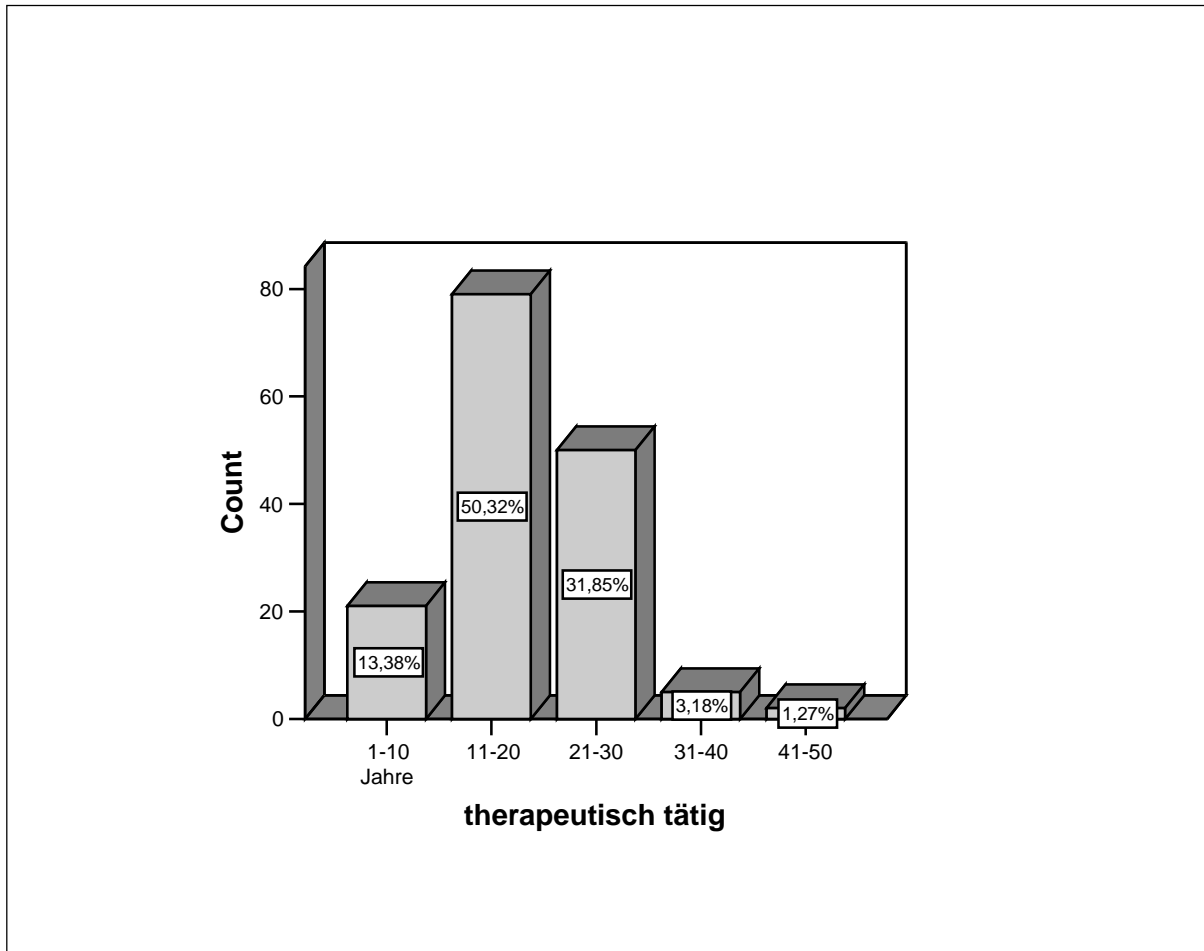


Abb. 3: Therapeutische Tätigkeit in Jahren

Ausbildung der Therapeuten:

46,3% (N=75) der Therapeuten haben ein Medizinstudium abgeschlossen und 48,1% (N=78) ein Psychologiestudium, 5,6% (N=9) haben beides studiert und 7,4% haben noch ein zusätzliches Studium abgeschlossen (es wurden genannt: Theologie, Philosophie).

46,9% (N=76) haben eine Promotion und 1,2% (N=2) eine Habilitation.

Nach der Therapieausbildung finden sich 77,6% (N=128) Therapeuten mit einer analytischen Ausbildung, 33,9% (N=56) mit einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung, 15,2% (N=25) mit einer humanistischen, 14,5% (N=24) mit einer

systemischen Ausbildung und 26,1% (N=43) mit einer zusätzlichen anderen Therapieausrichtung. Doppelnennungen waren dabei möglich, um Therapeuten mit zweifacher Therapieausbildung zu erfassen.

Tab. 1a: Soziodemographische Daten der Therapeuten (Ausbildung)

absolviertes Studium:	Medizin	46,3% (N=75)
	Psychologie	48,1% (N=78)
	Medizin und Psychologie	5,6% (N=9)
	zusätzliches Studium	7,4% (N=12)
Dissertation oder Habilitation:	Promotion	46,9% (N=76)
	Habilitation	1,2% (N=2)
	weder noch	50,6% (N=84)
Therapieausbildung:	Analytisch	77,6% (N= 128)
	Verhaltenstherapeutisch	33,9% (N= 56)
	Humanistisch	15,2% (N=25)
	Systemisch	14,5% (N=24)
	zusätzliche Richtung	26,1% (N=43)

Arbeitsweise, Behandlungsangebot, Störungsschwerpunkte des Patientenkollektivs, Supervisionsteilnahme und Workshopinanspruchnahme der Therapeuten:

Die Hauptarbeitsweise der Therapeuten unterteilt sich in einen großen Anteil an analytisch tätigen Psychotherapeuten (71,4%, N=115) und einen kleineren Anteil an verhaltenstherapeutisch tätigen Therapeuten (26,7%, N=43). Dabei sind 72,6% (N=82) der analytisch tätigen Therapeuten Frauen und 27,4% (N=31) Männer. 61,9% (N=26) der verhaltenstherapeutisch tätigen Therapeuten sind Frauen und 38,1% (N=16) Männer. Unter den Analytikern fanden sich 39,5% (N=45) mit psychologischem Studium und 55,3% (N=63) mit Medizinstudium, 5,3% (N=6) haben beides studiert. Unter den Verhaltenstherapeuten fanden sich 63,4% (N=28) mit psychologischem Studium und 24,4% (N=10) mit Medizinstudium, 12,2% (N=5) haben beides studiert. 1,9% (N=3) geben die TFP als ihre Hauptarbeitsweise an, 1,2% (N=2) die DBT als Hauptarbeitsweise.

47,9% (N=79) bieten darüber hinaus eine weitere andere Behandlungsmethode an, darunter Hypnose (9,6%, N=16), Gestalttherapie (9,6%, N=16), Traumatherapie (8,4%, N=14), Körpertherapie (7,2%, N=12), Paar-/Familientherapie (7,2%, N=12), Gruppentherapie (5,4%, N=9) und diverse andere Behandlungsarten (15,1%, N=25). Ein geringer Teil der Therapeuten bietet störungsspezifische Therapieformen für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. 2,4% (N=4) bieten die Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg an, 1,2% (N=2) die Dialektisch Behaviorale Therapie. Mehrfachnennungen waren möglich.

Als Behandlungsschwerpunkte benennen 49,7% (N=82) der Therapeuten Depressionen, 33,3% (N=55) Angst- und Panikstörungen, 26,7 % (N=44) Persönlichkeitsstörungen, davon 6,7% (N=11) Borderline-Persönlichkeitsstörung (10 Therapeuten sind darunter weiblich, einer ohne Geschlechtsangabe) und 24,8% (N=41) Neurosen. Weitere Störungsbilder mit geringeren Prozentzahlen sind Psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen, Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung sowie „Psychosen“. Mehrfachnennungen waren möglich.

Im Schnitt nehmen die Therapeuten 35,02 Stunden (=Mean) pro Jahr Supervision in Anspruch, 42,7% (N=80) mehr als 30 Stunden, 48,8% (N=70) weniger als 30 Stunden und 8,5% (N=14) gar keine Supervision; es werden Stundenzahlen von 0 bis 150 angegeben (einmal 300 Stunden). Sie besuchen 48,65 Stunden (=Mean) Workshops im Jahr (1 – 30 Stunden: 37,5% (N=60), 31 – 60 Stunden: 40% (N=64) , 61 – 90 Stunden: 15% (N=24), 91 – 120 Stunden: 5,6% (N=9), mehr als 121 Stunden:1,9% (N=3)), es werden Stundenzahlen von 2 bis 200 angegeben.

Tab. 1b: Soziodemographische Daten der Therapeuten (2)

Hauptarbeitsweise:	Psychoanalyse	71,4% (N=115)
	Verhaltenstherapie	26,7% (N=43)
	TFP	1,9% (N=3)
	DBT	1,2% (N=2)
Angebot einer anderen Behandlungsart:	Ja	47,9% (N=79)

	Hypnose	9,6% (N=16)
	Gestalttherapie	9,6% (N=16)
	Traumatherapie	8,4% (N=14)
	Körpertherapie	7,2% (N=12)
	Paar-/Familientherapie	7,2% (N=12)
	Gruppentherapie	5,4% (N=9)
	Diverses	15,1% (N=25)
Schwerpunkte:	Depressionen	49,7% (N=82)
	Angst/Panikstörungen	33,3% (N=55)
	Neurosen	24,8% (N=41)
	Perönlichkeitsstörungen davon Borderline-PS	26,7% (N=44) 6,7% (N=11)
	Psychosomatische Erkr.	14,5% (N=24)
	Essstörungen	11,5% (N=19)
	Trauma/PTBS	10,3% (N=17)
	Psychosen	6,7% (N=11)
	Diverses	14,5% (N=24)
Wahrgenommene Supervisionsstunden:	1 - 30 Stunden/Jahr	48,8% (N=80)
	> 30 Stunden/Jahr	42,7% (N=70)
	Keine Supervisionsstunden	8,5% (N=14)
Wahrgenommene Workshops:	1 – 30 Stunden/Jahr	37,5% (N=60)
	31 – 60 Stunden/Jahr	40% (N=64)
	61 – 90 Stunden/Jahr	15% (N=24)
	91 – 120 Stunden/Jahr	5,6% (N=9)
	> 121 Stunden/Jahr	1,9% (N=3)

4. 2 b Übernahmeverhalten der Therapeuten gegenüber Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Von den Therapeuten lehnen 22,1% (N=36) eine Übernahme von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung grundsätzlich ab, 77,9% (N=127) würden eine solche Patientin übernehmen. Dabei hätte ein kleiner Teil der Therapeuten momentan Kapazität, einen Patienten zu übernehmen (32,7%, N=53). 65,3% (N=109) der Therapeuten hätten keine Kapazität. 63,4% (N=104) der Therapeuten geben an, keine regelmäßigen Anfragen auf einen Therapieplatz von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erhalten, an 36,6% (N=60) der Therapeuten werden regelmäßige Anfragen gestellt.

Tab. 2: Übernahme, Kapazität und Anfragen

grundsätzliche Übernahme von Patienten mit BPS:	Ja	77,9% (N=127)
	<u>Nein</u>	<u>22,1% (N=36)</u>
vorhandene Kapazität:	Ja	32,7% (N=53)
	Nein	67,3% (N=109)
Erhält der Therapeut regelmäßig Anfragen von Patienten mit BPS	Ja	36,6% (N=60)
	Nein	63,4% (N=104)

Momentane Auslastung der Therapeuten mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Momentan haben 38,1% (N=61) der Therapeuten keinen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung. Eine große Gruppe von Therapeuten hat ein bis drei Patienten in Behandlung (55%, N=88), 5% (N=8) haben vier bis sechs Patienten und 1,9% (N=3) sieben bis zehn Patienten in Behandlung. Insgesamt haben 62,7% (N=99) der Therapeuten einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung. 6,9% der Therapeuten haben mehr als einen Patienten in Behandlung.

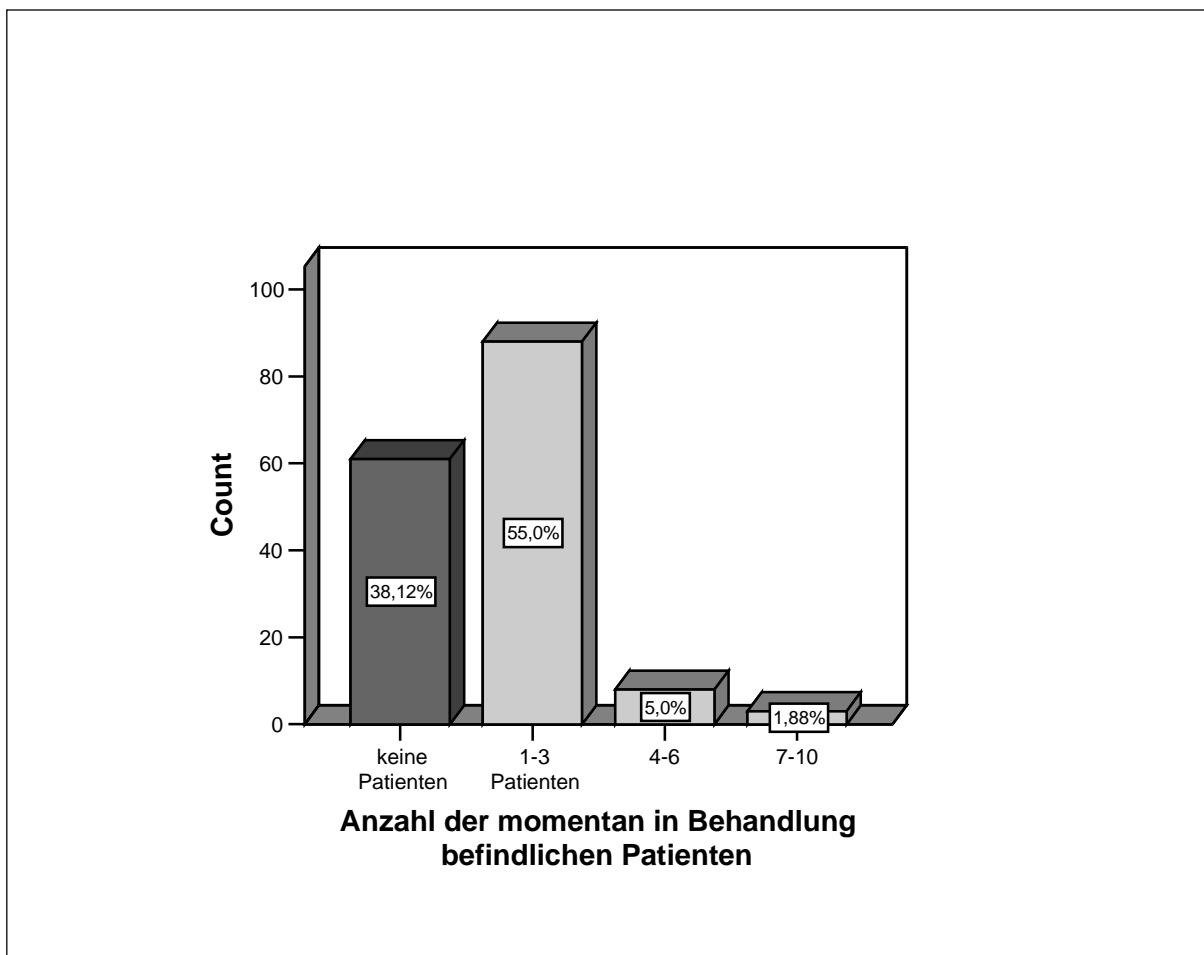


Abb. 4: Anzahl der momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit BPS pro Therapeut

Therapeutische Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

91% (N=131) der Therapeuten hatten in ihrer Tätigkeit als Psychotherapeut schon einmal einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung, davon 61,8% (N=89) ein bis zehn Patienten, 20,1% (N=29) elf bis zwanzig Patienten, 9,1% (N=13) hatten mehr als zwanzig Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung. 9% (N=13) hatten noch keinen Patienten in Behandlung.

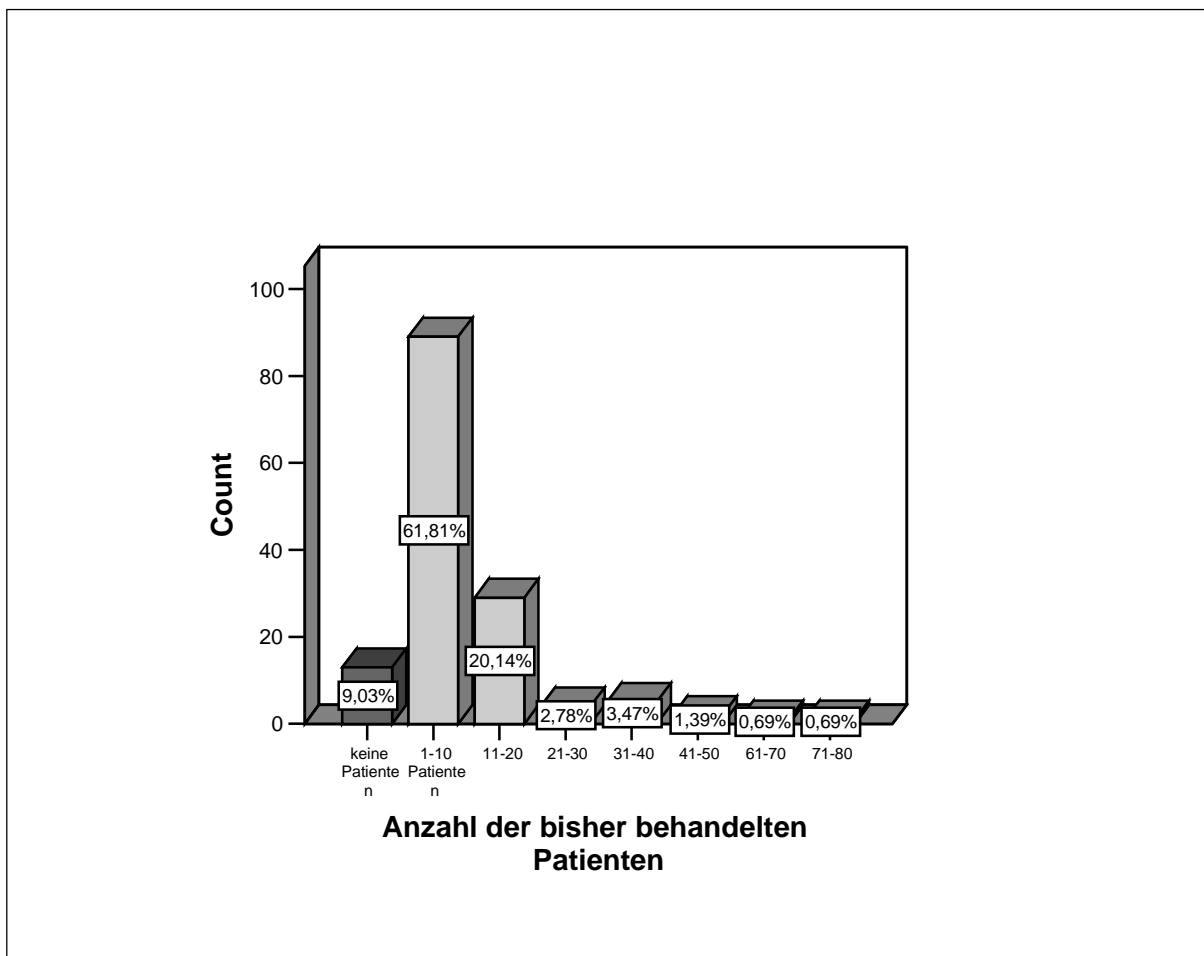


Abb. 5: Anzahl der bislang behandelten Patienten mit BPS pro Therapeut

Therapieempfehlung für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Bei der Frage nach der Therapie, die sie einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung empfehlen würden, hielten 59,3% (N=96) der Therapeuten eine psychoanalytische Psychotherapie für sinnvoll, 24,7% (N=40) würden einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Verhaltenstherapie anbieten. 31,5% (N=51) empfehlen die Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg und 20,4% (N=33) die Dialektisch Behaviorale Therapie nach Linehan. Weiter werden aufgeführt Traumatherapie (4,9%, N=8), Körpertherapie (3,1%, N=5) und Gesprächstherapie (1,9%, N=3). 6,2% (N=10) halten zusätzlich eine andere Therapiemethode geeignet. Mehrfachnennungen waren hierbei möglich.

Tab. 3: Therapieempfehlung für Patienten mit BPS

Therapieempfehlung:	Psychoanalyse	59,3% (N=96)
	Verhaltenstherapie	24,7% (N=40)
	TFP	31,5% (N=51)
	DBT	20,4% (N=33)
	Traumatherapie	4,9% (N=8)
	Körpertherapie	3,1% (N=5)
	Gesprächstherapie	1,9% (N=3)
	Andere	6,2% (N=10)

4. 2 c Angaben der Therapeuten im Fragenkomplex

Auf die Frage, welche Schwierigkeiten die Therapeuten bei einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erwarten würden, gaben 58,75% (N=94) der Therapeuten an, Suizidalität „besonders oder eher“ als aufkommenden Problembereich zu erwarten. 28,12% (N=45) schätzten die Suizidalität „mittelmäßig“ ein, 13,12% (N=21) sehen das Problem der Suizidalität „eher weniger oder gar nicht“. Geringe Zuverlässigkeit in Form von Stunden Ausfallen lassen erwarten 63,98% (N=103) „besonders oder eher“, 26,09% (N=42) bewerten das Auftreten „mittelmäßig“ und 9,94% (N=16) erwarten „geringe Zuverlässigkeit“ „eher weniger oder gar nicht“.

66,67% (N=108) erwarten einen drohenden Therapieabbruch „besonders oder eher“, 23,46% (N=38) erwarten dies „mittelmäßig“ und 9,88% (N=16) „eher weniger oder gar nicht“.

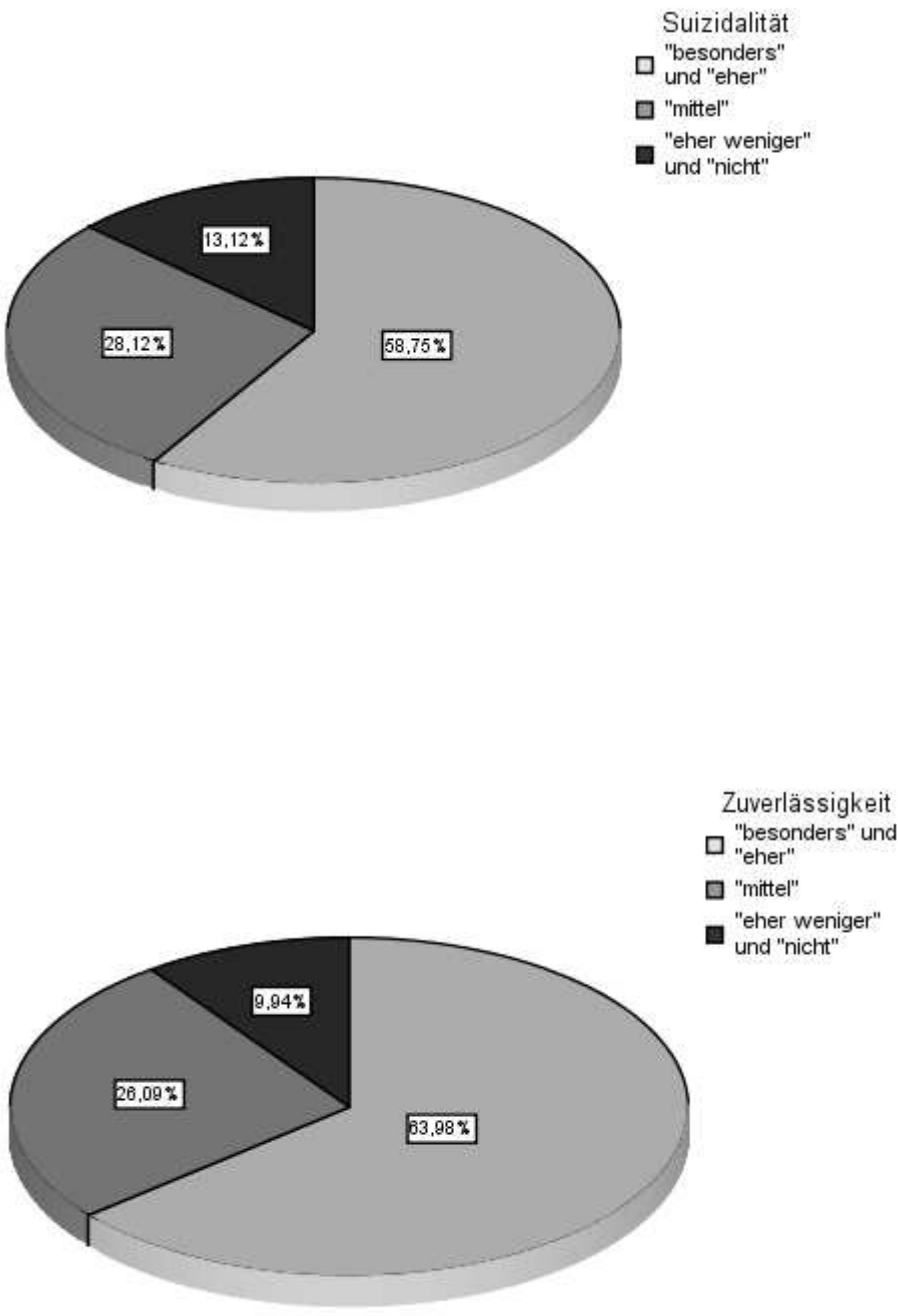
Fremdaggressives Verhalten wird „eher weniger oder gar nicht“ erwartet (62,5%, N=100), 15,62% (N=25) erwarten es „besonders oder eher“ und 21,88% (N=35) „mittelmäßig“.

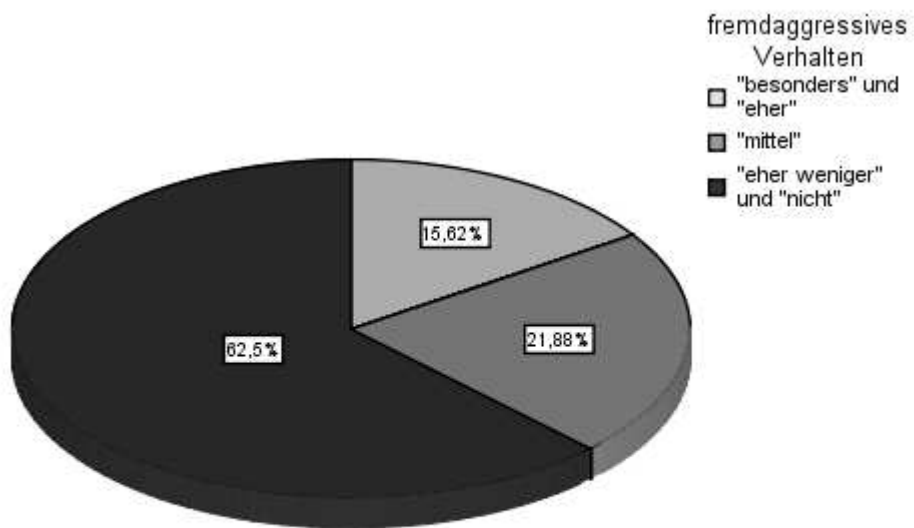
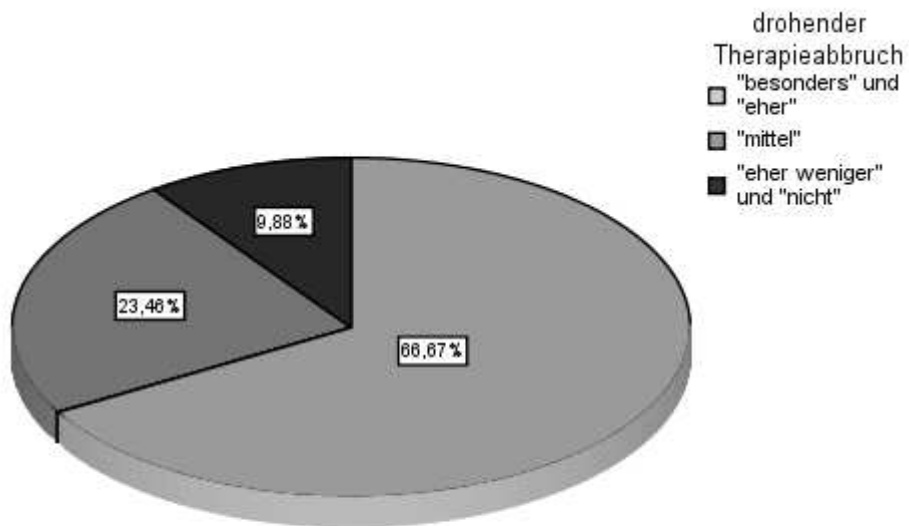
Dagegen wird autoaggressives Verhalten in 89,51% (N=145) „besonders oder eher“ erwartet, in 4,32% (N=7) „weniger oder gar nicht“ und in 6,17% (N=10) „mittel“.

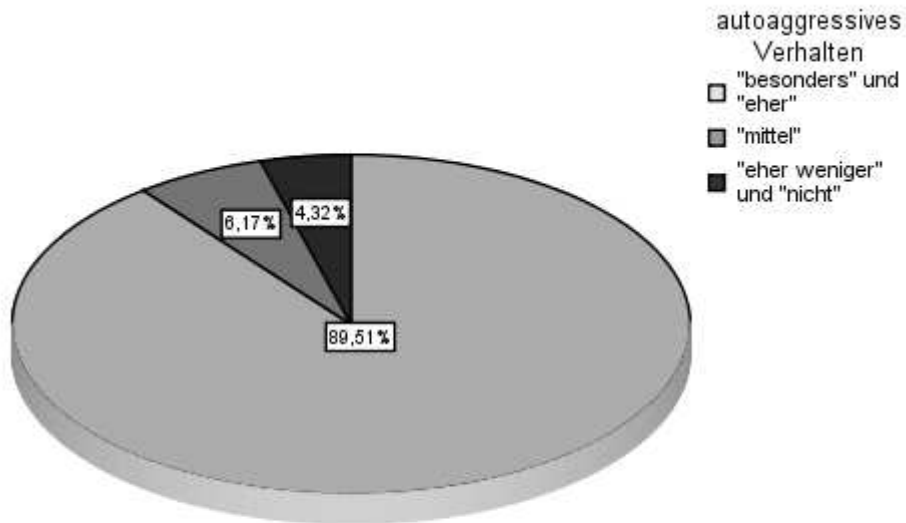
Weitere von den Therapeuten frei aufgezeigte erwartete Schwierigkeiten sind:

- Unehrllichkeit (z. B. Drogenprobleme, die verschwiegen werden)
- Drogen- und Alkoholabusus, Gewalt, Arbeitsabbruch, Promiskuität
- viel ergänzende Telefon- und Begleitarbeit (Wunsch: „gute Kooperation mit back up“)
- geringe Reflexionsfähigkeit der Patienten
- Probleme bei der Therapiegenehmigung
- Negative Übertragungsmechanismen
- Beschädigung des Settings
- Regression

Abb. 6: erwartete Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patienten mit BPS







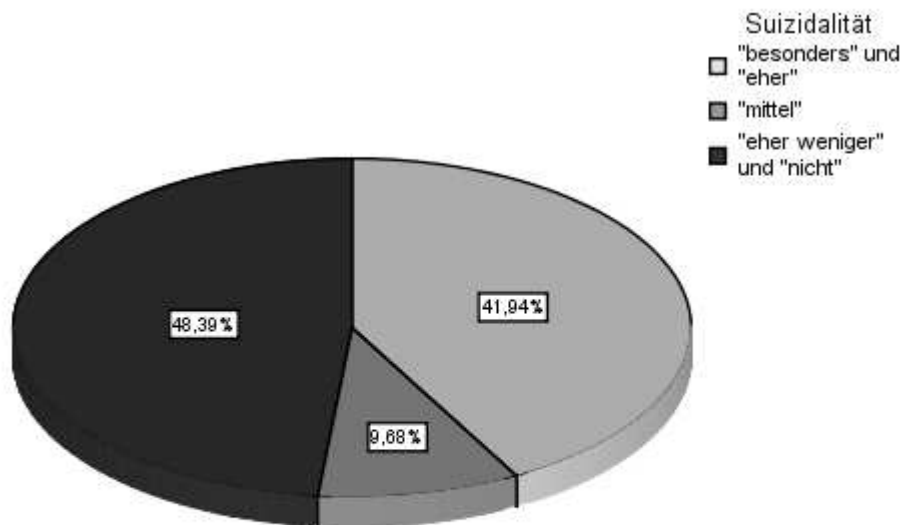
Als Problembereich, der dazu führen könnte, eine Patientin eher an einen Kollegen zu verweisen, wird am ehesten die Suizidalität gesehen. Bei 41,94% (N=65) der Therapeuten würde „drohende Suizidalität“ „besonders oder eher“ (bei 48,38% /N=75 „eher weniger oder gar nicht“, bei 9,68%/N=15 „mittel“) dazu führen, eine Patientin abzuweisen. Eine geringe Zuverlässigkeit wird „eher weniger oder gar nicht“ (53,95%/82) als Problembereich gesehen, der zu einem Abweisen der Patientin führen könnte (in 32,23%/N=49 „besonders oder eher“, in 13,82%N=21) „mittel“). Ein drohender Therapieabbruch wird in 28,67% (N=43) „besonders oder eher“, in 18,67% (N=28) „mittel“ und in 52,67% (N=79) „eher weniger oder gar nicht“ als Grund gesehen. Fremdaggressives Verhalten wird in 47,37% (N=72) „eher weniger“ oder „gar nicht“ erwartet, in 16,45% (N=25) „mittel“ und in 36,18% (N=55) „besonders oder eher“. Autoaggressivem Verhalten wird in 50,99% (N=77) „weniger“ oder „gar nicht“, in 19,21% (N=29) „mittel“ und 29,8% (N=45) „besonders oder eher“ erwartet.

Die Therapeuten fügen als weitere Faktoren, die dazu führen, einen Patienten zu verweisen, noch hinzu:

- Im Falle, dass nach den probatorischen Sitzungen noch kein, zumindest rudimentärer, Kontakt herzustellen war oder die therapeutische Beziehung nicht trägt
- bei Gegenübertragungsaggression oder nicht aushaltbarer Gegenübertragung
- Mangel an fachlicher Kompetenz
- keine spezielle Fortbildung
- eigenes Verfahren nicht ausreichen
- besondere Kenntnisse des Kollegen in Dialektisch Behavioraler Therapie
- zu anstrengende Patienten und erst stationärer Aufenthalt in Linehan Gruppe notwendig
- bei Drogenproblemen („dazu bin ich nicht genügend ausgebildet“)
- im Fall, dass schon mehrere Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung bei dem Therapeuten in Behandlung sind
- bei Beschädigung des Settings

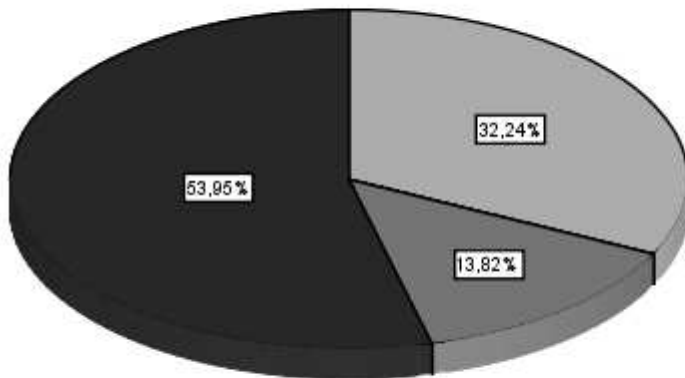
Einige Therapeuten weisen darauf hin, dass sie bei drohender Suizidalität und autoaggressivem Verhalten eine Überweisung in eine Klinik vornehmen würden, eine Verweisung an einen Kollegen in diesem Falle eher weniger, da diesem ein therapiegefährdendes Verhalten oder drohender Therapieabbruch auch nicht zuzumuten sei.

Abb. 7: Problembereiche, welche zur Überweisung eines Patienten führen



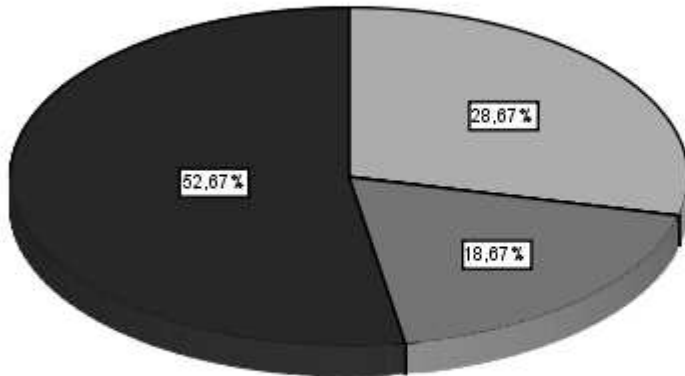
Zuverlässigkeit

- "besonders" und "eher"
- "mittel"
- "eher weniger" und "nicht"



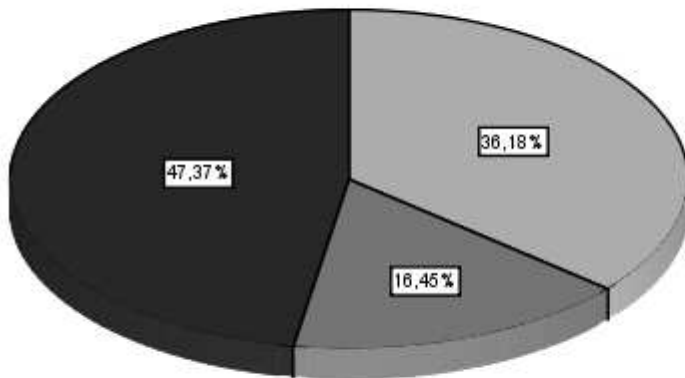
drohender Therapieabbruch

- "besonders" und "eher"
- "mittel"
- "eher weniger" und "nicht"



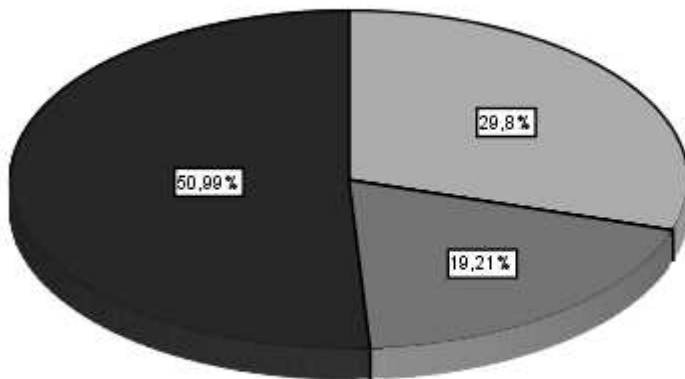
fremdaggressives Verhalten

- "besonders" und "eher"
- "mittel"
- "eher weniger" und "nicht"



autoaggressives Verhalten

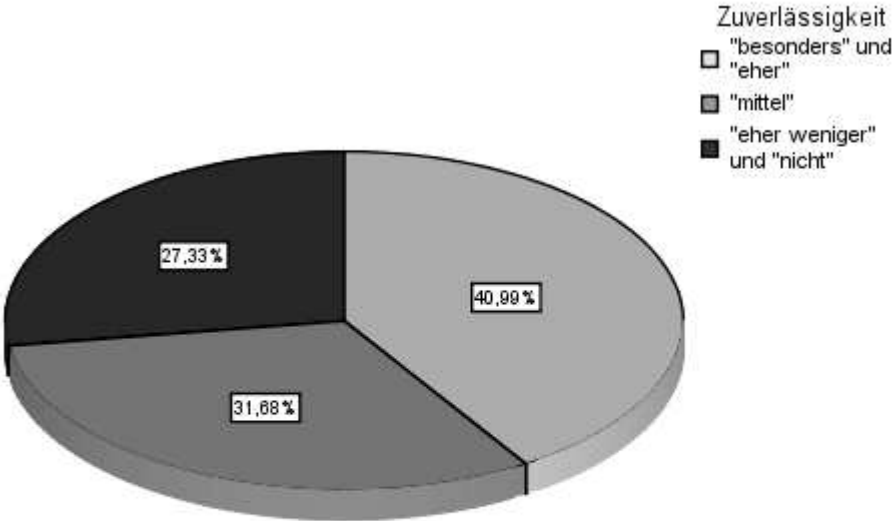
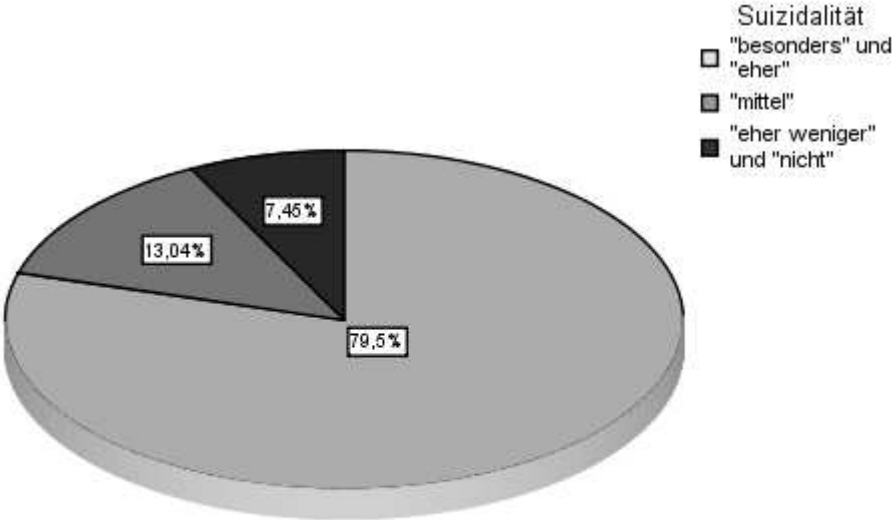
- "besonders" und "eher"
- "mittel"
- "eher weniger" und "nicht"



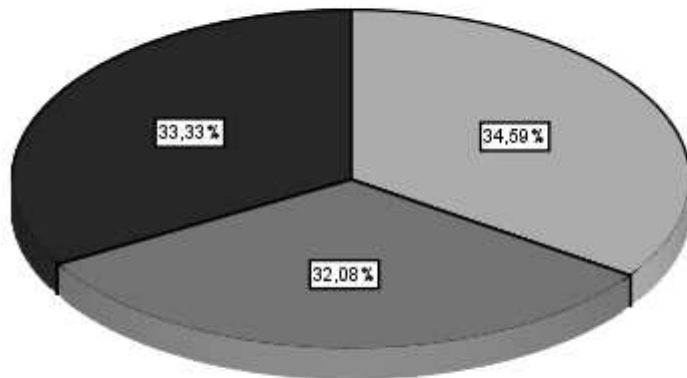
Eine besondere persönliche Belastung stellen für die Therapeuten „Suizidalität“ der Patienten dar, 79,5% (N=128) der Therapeuten sehen darin „besonders oder eher“ eine persönliche Belastung (13,04%/N=21 „mittel“, 7,45% /N=12 „eher weniger oder gar nicht“), gefolgt von autoaggressivem Verhalten. 59,63% (N=96) sehen darin eine „besondere oder eher“ eine persönliche Belastung (23,6%/N=38 „mittel“, 16,77%/N=27 „eher weniger oder gar nicht“). Fremdaggressives Verhalten wird mit 52,8% (N=85) als „besondere oder eher“ als Belastung gesehen (25,47%/N=41 „mittel“, 21,74%/N=35 „eher weniger oder gar nicht“). Für geringe Zuverlässigkeit ergaben sich eine „besondere oder eher“ erwartete persönliche Belastung bei 40,99% (N=66) der Therapeuten, 27,33% (N=44) erwarten dies „weniger oder gar nicht“ und 31,68% (N=51) „mittel“. Drohenden Therapieabbruch schätzen die Therapeuten zu 34,59% (N=55) als „besondere oder eher“ als Belastung ein (32,08%/N=51 „mittel“, 33,33%/N=53 „eher weniger oder gar nicht“).

Als weitere persönliche Belastung geben die Therapeuten Drogenprobleme, Alkohol- und Gewaltexzesse und das Verharren des Patienten in Schmerz und Qual an.

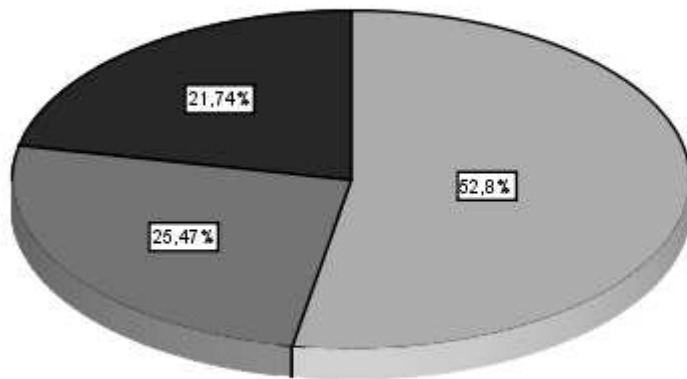
Abb. 8: persönliche Belastung der Therapeuten

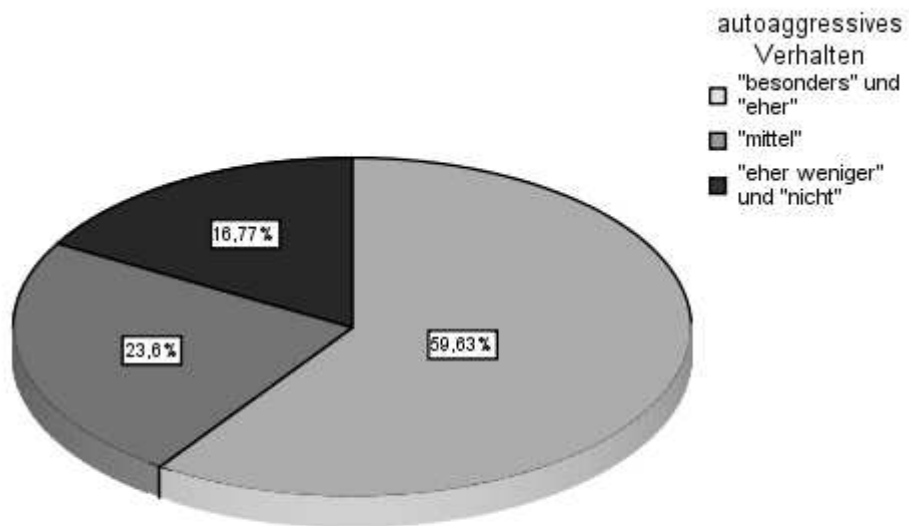


drohender
Therapieabbruch



fremdaggressives
Verhalten





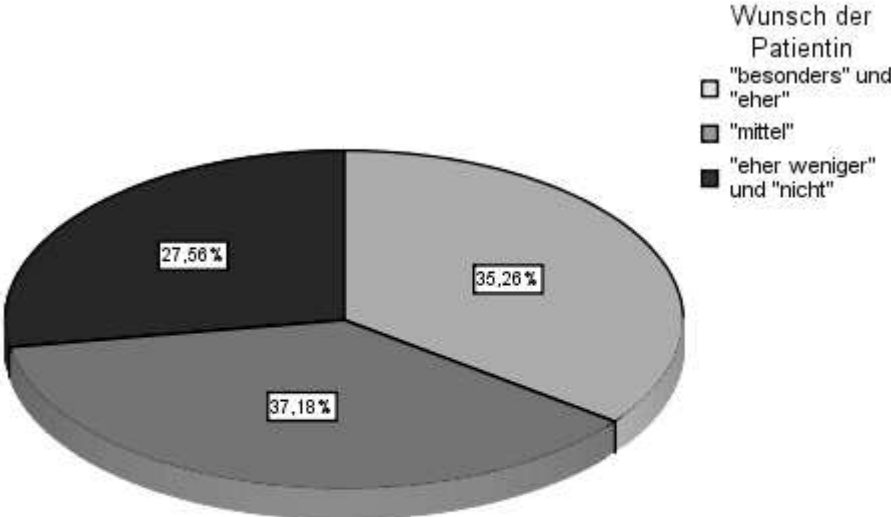
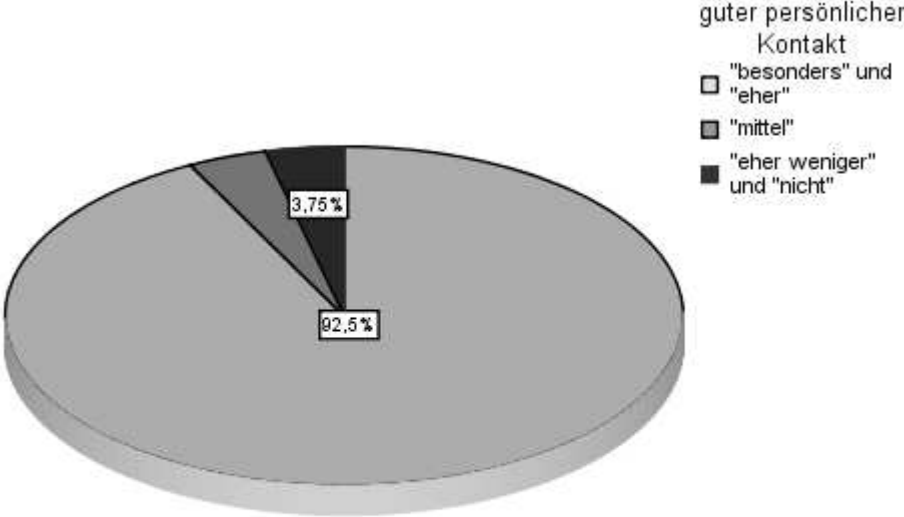
Eine besondere Rolle, um die Behandlung einer solchen schwierigen Patientin zu beginnen, spielt nach Angabe der Therapeuten vor allem der gute persönliche Kontakt. 92,5% (N=148) finden ihn „besonders oder eher“ wichtig zum Beginn einer Therapie, 3,75% (N=6) bewerten ihn „mittel“ wichtig, 3,75% (N=6) als „weniger oder unwichtig“. Auch die Zusammenarbeit mit einem Psychiater oder einer Klinik wird als sehr wichtig empfunden. 75% (N=120) finden dies „besonders oder eher“ wichtig, 16,25% (N=26) „mittel“ und 8,75% (N=14) „weniger oder unwichtig“. Der Wunsch der Patientin wird mit 35,26% (N=55) „besonders oder eher“ wichtig genommen für den Beginn der Behandlung, in 37,18% (N=58) „mittel“ wichtig und in 27,56% (N=43) „weniger oder unwichtig“. 34,81% (N=55) der Therapeuten stellen die besondere Rolle der freien Therapieplätze in den Vordergrund als „besonders oder eher“ wichtig (22,15%/N=35 „mittel“, 43,04%/N=68 „weniger wichtig oder unwichtig“) und 31,01% (N=49) fanden die Empfehlung eines Kollegen als „besonders oder eher“ Einfluss nehmenden Faktor, ob sie einen Patienten übernehmen (35,4%/N=56 „mittel“, 33,54%/N=53 „eher weniger oder gar nicht“).

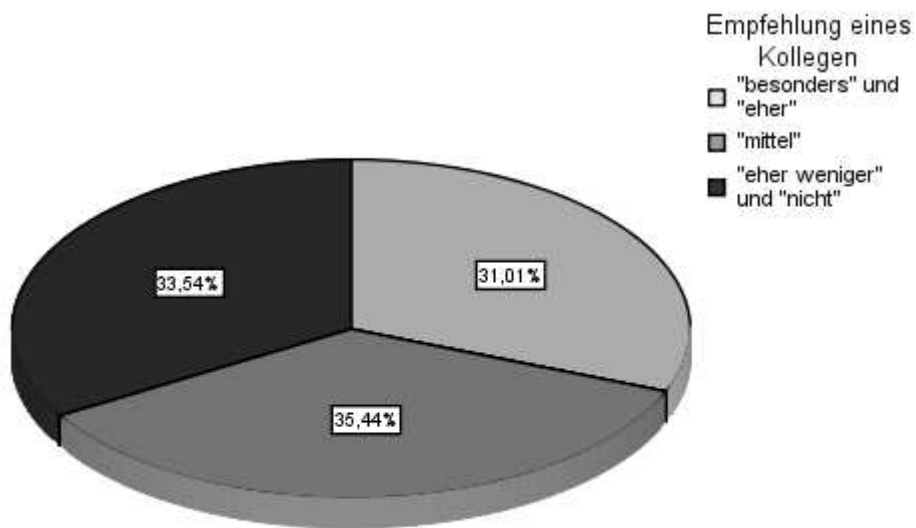
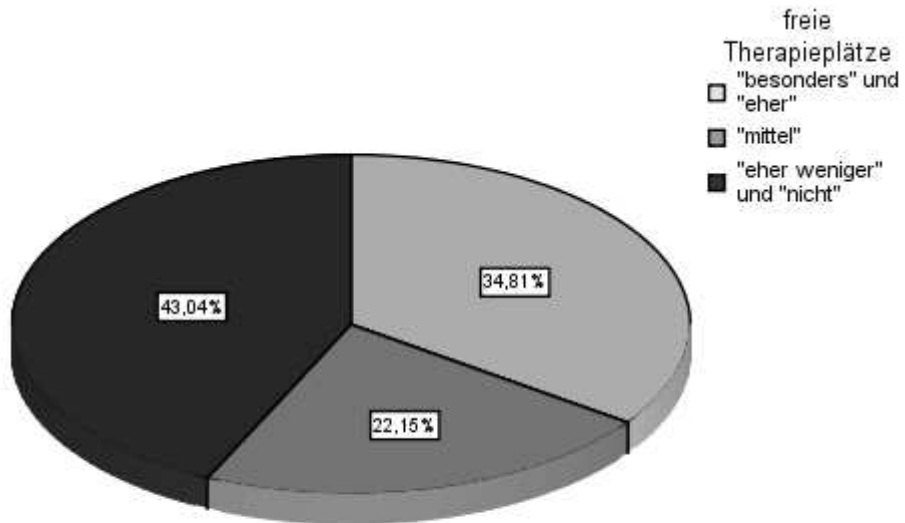
Die Therapeuten fügen diesen Faktoren noch eine Reihe weiterer, für sie besonders wichtiger Faktoren hinzu, die Einfluss nehmen, eine Behandlung mit einem Patienten zu beginnen:

- wie viele solcher schwierigen Patienten schon in Behandlung sind (Begrenzung der Zahl an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wegen eigener Psychohygiene)
- schon bestehende Belastung durch andere schwierige Patienten
- die eigene derzeitige Belastung
- günstige soziale Begleitbeziehungen (Kontakt zu sozialpsychiatrischem Dienst, gute Therapieerfahrungen, positive Berichte aus Klinikaufenthalten)
- Zusammenarbeit mit psychotherapeutischer Einrichtung oder Psychiater
- Selbstreflexionsvermögen und Verlässlichkeit der Patientin
- Motivation und Entwicklungsvermögen des Patienten
- Motive der Patientin
- Gefühl, ihr aufgrund der eigenen Ausbildung wirklich Hilfe anbieten zu können und Gefühl, zusammenzupassen
- Überweisung von kooperierendem Psychiater

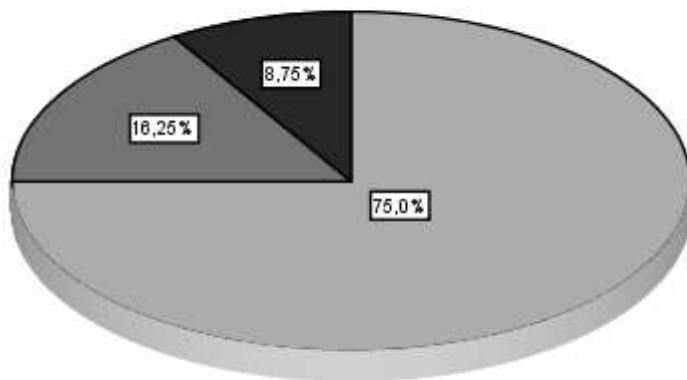
Einige Therapeuten bemerken, dass es darauf ankäme, welcher Kollege ihnen einen Patienten empfehle oder dass wichtig sei, den Kollegen nicht zu kennen.

Abb. 9: Faktoren, eine Behandlung zu beginnen





Zusammenarbeit
mit einem
Psychiater



- "besonders" und "eher"
- "mittel"
- "eher weniger" und "nicht"

4. 3 Multivariate Datenanalyse und statistische Testverfahren

4. 3 a Abhängigkeit des Übernahmeverhaltens

Vergleich der grundsätzlichen Übernahme mit der momentanen Aufnahmekapazität:

Tab. 4: Vergleich der Übernahme mit der momentanen Aufnahmekapazität

Kapazität der Therapeuten im Vergleich mit dem grundsätzlichen Übernahmeverhalten

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
Kapazität	ja	Anzahl der Therapeuten	46	7	53
		in % der Kapazität	86,8%	13,2%	100,0%
		in % der Übernahme	36,2%	21,2%	33,1%
		in % total	28,8%	4,4%	33,1%
nein	Anzahl der Therapeuten	81	26	107	
		in % der Kapazität	75,7%	24,3%	100,0%
		in % der Übernahme	63,8%	78,8%	66,9%
		in % total	50,6%	16,3%	66,9%
Total	Anzahl der Therapeuten	127	33	160	
		in % der Kapazität	79,4%	20,6%	100,0%
		in % der Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%
		in % total	79,4%	20,6%	100,0%

Die grundsätzliche Übernahmebereitschaft der Therapeuten wird auf eine Abhängigkeit von der momentanen Aufnahmekapazität der Therapeuten hin untersucht.

63,8% der Befragten würden grundsätzlich einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen, haben aber keine Kapazität.

36,2% der Befragten würden grundsätzlich einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen und haben auch Kapazität.

78,8% derer, die eine Übernahme grundsätzlich ablehnen, haben keine Kapazität.

21,2% derer, die eine Übernahme ablehnen, haben aber Kapazität.

Betrachtet man sich die Gruppe der Therapeuten, die einen Patienten übernehmen würden, so haben in dieser Gruppe 36,2% der Therapeuten Kapazität, einen Patienten zu übernehmen, 63,8% haben keine Kapazität.

In der Gruppe der Therapeuten, die eine Übernahme grundsätzlich ablehnen, ergab sich eine Verteilung von 21,2% mit Kapazität und 78,8% ohne Kapazität.

Umgekehrt würden 86,8% der Therapeuten, welche Kapazität haben, einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen, 13,2% nicht. Bei den Therapeuten ohne Kapazität würden 75,7% solche Patienten übernehmen und 24,3% nicht.

Im Pearson **X²-Test** ergab sich im Vergleich zwischen Übernahmeverhalten und Aufnahmekapazität kein signifikanter **p-Wert** ($X^2=2.663$, $df=1$, $p= .103$) und somit kein signifikanter Zusammenhang.

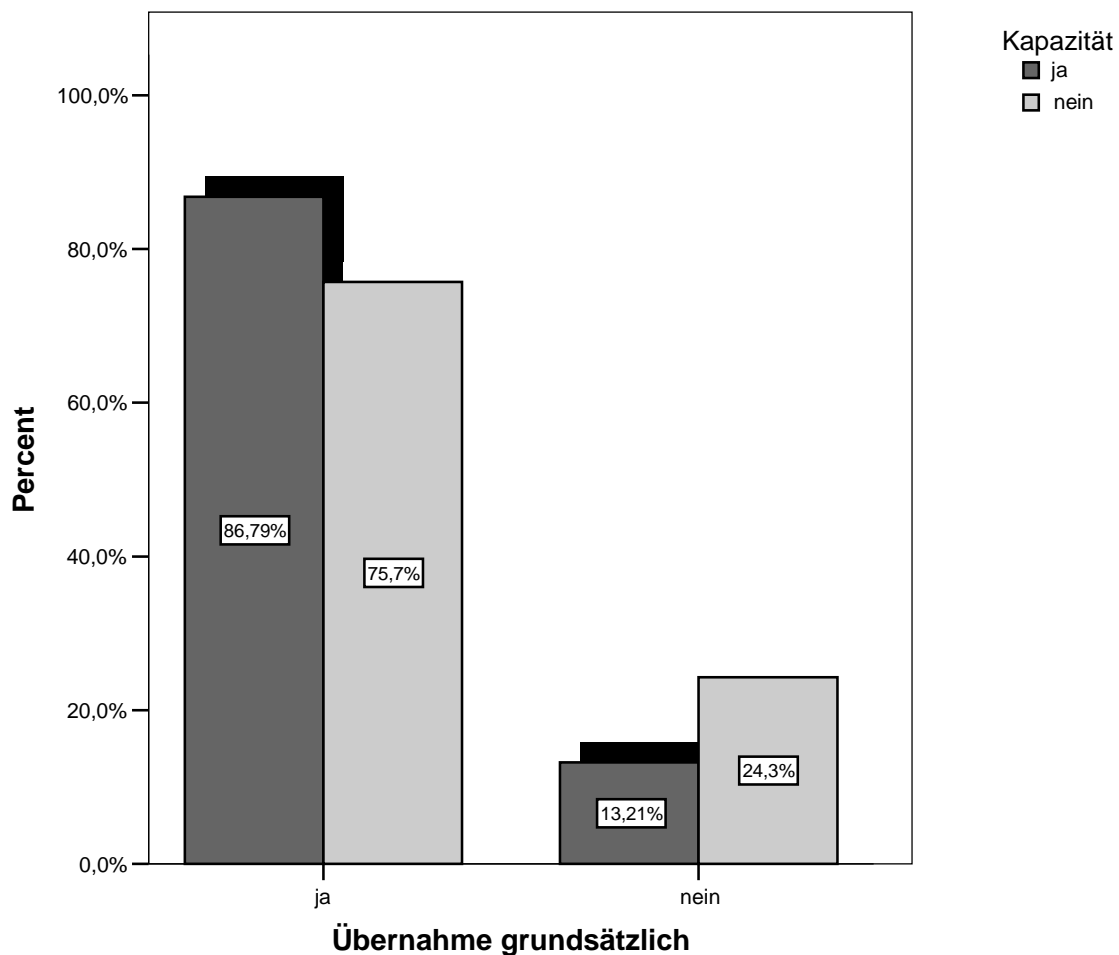


Abb. 10: grundsätzliche Übernahme im Vergleich mit der Kapazität

Vergleich der grundsätzlichen Übernahme mit dem Geschlecht der Therapeuten:

Tab. 5: Vergleich der Übernahme mit dem Geschlecht des Therapeuten

Das Geschlecht der Therapeuten im Vergleich mit dem grundsätzlichen Übernahmeverhalten

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
Geschlecht weiblich	Anzahl		82	31	113
	in % des Geschlechts		72,6%	27,4%	100,0%
	in % der Übernahme		66,7%	86,1%	71,1%
	% total		51,6%	19,5%	71,1%
männlich	Anzahl		41	5	46
	in % des Geschlechts		89,1%	10,9%	100,0%
	in % der Übernahme		33,3%	13,9%	28,9%
	% total		25,8%	3,1%	28,9%
Total	Anzahl		123	36	159
	in % des Geschlechts		77,4%	22,6%	100,0%
	in % der Übernahme		100,0%	100,0%	100,0%
	% total		77,4%	22,6%	100,0%

Die grundsätzliche Übernahmebereitschaft der Therapeuten wird auf eine Abhängigkeit vom Geschlecht des Therapeuten hin untersucht.

Von den männlichen Therapeuten würden **89,1%** einen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung grundsätzlich übernehmen, 10,9% würden dies nicht tun. Bei den weiblichen Therapeuten würden nur **72,6%** einen Patienten übernehmen, 27,4% würden dies nicht tun.

Die Gruppe der Therapeuten, die eine Übernahme von Patienten ablehnt ist, zu **86,1%** weiblich (**68,7%** der Therapeuten, die uns antworteten, sind weiblich) und zu 13,9% männlich. Die Gruppe der Therapeuten, die grundsätzlich einen Patienten übernehmen würden, ist zu 66,7% weiblich und zu 33,3% männlich.

Der **p-Wert** ergab im **X²-Test** ($X^2=5.121$, $df=1$) einen signifikanten Wert von $< .05$ ($p=.024$). Es besteht somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Übernahmeverhalten und dem Geschlecht des Therapeuten.

Prozentual sind Frauen weniger zu einer Behandlungsübernahme bereit.

Vergleich der grundsätzlichen Übernahme mit der Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mit der momentanen Belegung solcher Patienten:

Tab. 6: Vergleich der Übernahme mit der momentanen Belegung mit Borderline-Patienten

Vergleich grundsätzliches Übernahmeverhalten und momentane Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
Pat. momentan in Behandlung	ja	Anzahl der Therapeuten	97	6	103
		in % der Pat. momentan in Behandlung	94,2%	5,8%	100,0%
		in % der Übernahme	76,4%	16,7%	63,2%
		% total	59,5%	3,7%	63,2%
	nein	Anzahl der Therapeuten	30	30	60
		in % der Pat. momentan in Behandlung	50,0%	50,0%	100,0%
		in % der Übernahme	23,6%	83,3%	36,8%
		% total	18,4%	18,4%	36,8%
Total	Anzahl der Therapeuten	127	36	163	
	in % der Pat. momentan in Behandlung	77,9%	22,1%	100,0%	
	in % der Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%	
	% total	77,9%	22,1%	100,0%	

Vergleicht man das Übernahmeverhalten der Therapeuten mit deren momentaner Auslastung an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, so fällt auf, dass

94,2% der Therapeuten, die momentan einen Patienten mit BPS in Behandlung haben, auch grundsätzlich wieder einen Patienten übernehmen würden, 5,8% würden dies nicht mehr tun.

50% der Therapeuten, die momentan keine BPS-Patienten in Behandlung haben, wären aber grundsätzlich bereit, einen Patienten zu übernehmen. 50% dieser Therapeuten würden grundsätzlich keinen Patienten übernehmen.

Dementsprechend haben in der Gruppe der Therapeuten, die grundsätzlich auch einen Patienten übernehmen würden, 76,4% einen Patienten momentan in Behandlung, 23,6% nicht. In der Gruppe der Therapeuten, die eine Übernahme

ablehnen, sind es 16,7%, die einen Patienten in Behandlung haben, 83,3% haben keinen Patienten in Behandlung.

Der **p-Wert** im Vergleich zwischen Übernahmeverhalten und der Frage, ob der Therapeut momentan einen oder mehrere Patienten in Behandlung hat, ergab im **X²-Test** ($X^2=42.995$, $df=1$) einen signifikanten Wert von $< .01$ ($p= .001$); somit ist das Übernahmeverhalten abhängig davon, ob der Therapeut momentan Patienten behandelt oder nicht. Therapeuten, die gerade Erfahrung mit einem solchen Patienten haben, sind auch eher bereit, einen weiteren Patienten zu übernehmen.

Tab. 7: Vergleich der Übernahme mit der Erfahrung mit Borderline-Patienten

Vergleich grundsätzliches Übernahmeverhaltens und frühere Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
Pat. früher in Behandlung	ja	Anzahl der Therapeuten	124	26	150
		in % der Pat. früher in Behandlung	82,7%	17,3%	100,0%
		in % der Übernahme	97,6%	72,2%	92,0%
		% total	76,1%	16,0%	92,0%
	nein	Anzahl der Therapeuten	3	10	13
		in % der Pat. früher in Behandlung	23,1%	76,9%	100,0%
		in % der Übernahme	2,4%	27,8%	8,0%
		% total	1,8%	6,1%	8,0%
Total	Anzahl der Therapeuten	127	36	163	
	in % der Pat. früher in Behandlung	77,9%	22,1%	100,0%	
	in % der Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%	
	% total	77,9%	22,1%	100,0%	

Im Vergleich zwischen dem Übernahmeverhalten und der Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, ergeben sich Prozentzahlen von **82,7%** an Therapeuten, die früher schon Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung hatten und auch wieder einen solchen Patienten übernehmen würden, 17,3% würden dies nicht tun.

23,1% der Therapeuten, die früher noch keine Patienten mit BPS behandelten, würden grundsätzlich einen Patienten übernehmen, 76,9% sprechen sich gegen eine Übernahme aus.

In der Gruppe der Therapeuten, die grundsätzlich einen solchen Patienten übernehmen würden, hatten 97,6% der Therapeuten früher schon Patienten mit BPS in Behandlung, nur 2,4% hatten noch keine BPS-Patienten in Behandlung. In der Gruppe der Therapeuten, die sich gegen eine Übernahme aussprechen, sind es 72,2%, welche Patienten früher behandelten, 27,8% hatten noch keine Patienten in Behandlung.

Der im **X²-Test** ($X^2=42.686$, $df=1$) ermittelte **p-Wert** ist mit $< .01$ ($p= .001$) signifikant, auch der p-Wert im Fisher's-Exact-Test ist signifikant mit $p < .01$ ($p= .001$). Somit ist das Übernahmeverhalten der Therapeuten auch von ihrer Erfahrung mit Borderline-Patienten abhängig. Therapeuten mit Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind eher bereit, Patienten zu übernehmen als Therapeuten ohne Erfahrung in diesem Bereich.

Tab. 8: Vergleich der Übernahme mit der Anzahl an momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit BPS

Vergleich grundsätzliche Übernahmebereitschaft mit momentaner BPS-Patientenanzahl

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
Anzahl der Patienten mit einer BPS momentan in Behandlung pro Therapeut	1 bis 2 Pat.	Anzahl der Therapeuten	61	6	67
		in % der Anzahl der Patienten	91,0%	9,0%	100,0%
		in % der Übernahme	66,3%	100,0%	68,4%
		% total	62,2%	6,1%	68,4%
3 bis 10 Pat.	Anzahl der Therapeuten		31	0	31
		in % der Anzahl der Patienten	100,0%	,0%	100,0%
		in % der Übernahme	33,7%	,0%	31,6%
		% total	31,6%	,0%	31,6%
Total	Anzahl der Therapeuten		92	6	98
		in % der Anzahl der Patienten	93,9%	6,1%	100,0%
		in % der Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%
		% total	93,9%	6,1%	100,0%

Bei dieser Gegenüberstellung werden nur Therapeuten berücksichtigt, welche mindestens einen Patienten momentan in Behandlung haben.

Die grundsätzliche Übernahmebereitschaft der Therapeuten wird mit der Anzahl der momentan in Behandlung befindlichen Patienten verglichen.

Bei den Therapeuten, die momentan drei und mehr Borderline-Patienten in Behandlung haben, liegt der Anteil an Therapeuten, die grundsätzlich einen Patienten übernehmen würden, bei 100%. Es ergibt sich jedoch kein signifikanter Unterschied im Übernahmeverhalten zwischen den Therapeuten mit einem und zwei Patienten in Behandlung und denjenigen mit mehr als drei Patienten in Behandlung. Von den Therapeuten, welche momentan keinen Patienten in Behandlung haben, gaben nur 50% an, grundsätzlich zu einer Übernahme bereit zu sein.

Der χ^2 -Test ($\chi^2=2.957$, $df= 1$, $p= .085$) ergibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Übernahmeverhalten und ob ein Therapeut ein bis zwei oder drei bis zehn Patienten momentan in Behandlung hat.

Im **Mann-Whitney-Test** ergibt sich beim Vergleich der genauen Anzahl der sich momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit dem Übernahmeverhalten ein **p-Wert** von $> .05$ ($p= .119$, $U=175.5$). Mit Einschluss der Therapeuten, die keinen Patienten in Behandlung haben ergibt sich ein p-Wert von $< .01$ ($p= .001$, $U= .805.5$). Der signifikante Zusammenhang des Übernahmeverhaltens besteht darin, ob der Therapeut überhaupt Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung hat, und nicht in der Anzahl der sich momentan in Behandlung befindlichen Patienten.

Tab. 9: Vergleich der Übernahme mit der Anzahl an früher behandelten Patienten mit BPS

Vergleich grundsätzliche Übernahmebereitschaft mit früherer BPS-Patientenanzahl

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
Anzahl der bislang behandelten Patienten mit einer BPS pro Therapeut	1 bis 7 Patienten	Anzahl der Therapeuten	51	15	66
		in % der Anzahl an Patienten	77,3%	22,7%	100,0%
		in % Übernahme	48,1%	62,5%	50,8%
		% total	39,2%	11,5%	50,8%
	mehr als 7 Patienten	Anzahl der Therapeuten	55	9	64
		in % der Anzahl an Patienten	85,9%	14,1%	100,0%
		in % Übernahme	51,9%	37,5%	49,2%
		% total	42,3%	6,9%	49,2%
Total		Anzahl der Therapeuten	106	24	130
		in % der Anzahl an Patienten	81,5%	18,5%	100,0%
		in % Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%
		% total	81,5%	18,5%	100,0%

Bei dieser Gegenüberstellung werden nur Therapeuten berücksichtigt, welche mindestens einen Patienten schon früher in Behandlung hatten.

Im Vergleich des Übernahmeverhaltens mit der Anzahl an früher behandelten Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung ergibt sich kein signifikanter Unterschied im Übernahmeverhalten der Gruppe, die einen bis sieben Patienten früher schon in Behandlung hatten und der Gruppe, die mehr als sieben Patienten behandelte. Es ergibt sich somit kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der früher behandelten Patienten oder der größeren Erfahrung mit solchen Patienten. Die Gruppe an Therapeuten, welche sich für eine Übernahme ausspricht, hat allerdings zu einem höheren Prozentsatz schon sieben oder mehr Patienten behandelt (51,9%), im Gegensatz zu den Therapeuten, die eine Übernahme ablehnen (37,5%).

Von den Therapeuten, welche keine Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, geben nur 23,1% an, grundsätzlich für eine Übernahme bereit zu sein, 76,9% verneinen dies.

Der X²-Test (X²=1.621, df=1) ergibt keinen signifikanten p-Wert, p > .05 (p= .203)

Im **Mann-Whitney-Test** ergab sich beim Vergleich der genauen Anzahl der früher behandelten Patienten mit dem Übernahmeverhalten ein **p-Wert** von $> .05$ ($p = .151$, $U = 1033.5$) mit Ausschluss der Therapeuten, die keinen Patienten in Behandlung haben. Mit Einschluss der Therapeuten, die keinen Patienten in Behandlung haben ergibt sich ein p-Wert von $< .01$ ($p = .001$, $U = 1120.5$). Der signifikante Zusammenhang des Übernahmeverhaltens besteht darin, ob der Therapeut überhaupt früher schon Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung hatte, und nicht in der Anzahl der bislang behandelten Patienten.

Vergleich der momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit dem Geschlecht der Therapeuten

Tab. 10: Vergleich Geschlecht mit momentan in Behandlung befindlichen Patienten

			Geschlecht		Total
			weiblich	männlich	
Pat. momentan in Behandlung	ja	Anzahl	67	33	100
		in % der Patienten momentan in Behandlung	67,0%	33,0%	100,0%
		in % des Geschlechts	58,8%	70,2%	62,1%
	nein	Anzahl	47	14	61
		in % der Patienten momentan in Behandlung	77,0%	23,0%	100,0%
		in % des Geschlechts	41,2%	29,8%	37,9%
Total	Anzahl		114	47	161
	in % der Patienten momentan in Behandlung		70,8%	29,2%	100,0%
	in % des Geschlechts		100,0%	100,0%	100,0%
	in % total		70,8%	29,2%	100,0%

58,8% der weiblichen Therapeuten haben momentan einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung, bei den männlichen Kollegen sind es dagegen 70,2%, welche mindestens einen Patienten momentan in Behandlung haben. Der p-Wert ist im X²-Test ($X^2 = 1.851$, $df = 1$) mit $> .05$ ($p = .174$) nicht signifikant. Weibliche Therapeuten haben prozentual weniger Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung momentan in Behandlung als ihre männlichen Kollegen.

Vergleich der grundsätzlichen Übernahme mit dem Alter der Therapeuten:

Tab. 11: Vergleich der Übernahme mit dem Alter der Therapeuten

Alter im Vergleich mit dem Übernahmeverhalten

Übernahme grundsätzlich		Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	ja	123	55,07	7,605
	nein	36	53,36	6,867

Vergleicht man das Übernahmeverhalten der Therapeuten mit dem Alter der Therapeuten, so ergibt sich, dass der Mittelwert und die Standardabweichung des Alters der Therapeuten sich nicht bezüglich des Übernahmeverhaltens unterscheiden, im T-Test ($t=1.213$, $df=157$) für unverbundene Stichproben ergibt sich ein p-Wert von $> .05$ ($p= .227$). Somit besteht kein Zusammenhang zwischen dem Übernahmeverhalten und dem Alter der Therapeuten. Das Übernahmeverhalten ist nicht abhängig vom Alter der Therapeuten.

Die Therapeuten werden in zwei Altersgruppen unterteilt, es wird so überprüft, ob ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Übernahmeverhalten und jüngeren oder älteren Therapeuten.

Gruppe 1: 53 Jahre und jünger

Gruppe 2: > 53 Jahre

Tab. 12: Vergleich der Übernahme mit Altersgruppen der Therapeuten

Abhängigkeit Übernahmeverhalten von Altersgruppe der Therapeuten

		Übernahme grundsätzlich		Total
		ja	nein	
Altersgruppe <= 53	Anzahl	51	18	69
	in % der Altersgruppe	73,9%	26,1%	100,0%
	in % der Übernahme	41,5%	50,0%	43,4%
	% total	32,1%	11,3%	43,4%
> 53	Anzahl	72	18	90
	in % der Altersgruppe	80,0%	20,0%	100,0%
	in % der Übernahme	58,5%	50,0%	56,6%
	% total	45,3%	11,3%	56,6%
Total	Anzahl	123	36	159
	in % der Altersgruppe	77,4%	22,6%	100,0%
	in % der Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%
	% total	77,4%	22,6%	100,0%

Im X²-Test (X²= .826, df=1) ergibt sich ein p-Wert von > .05 (p= .363), somit besteht auch zwischen älteren und jüngeren Therapeuten kein signifikanter Unterschied im Übernahmeverhalten.

Vergleich des Übernahmeverhaltens mit der therapeutischen Erfahrung:

Tab. 13: Vergleich der Übernahme mit der therapeutischen Erfahrung

Therapeutische Erfahrung im Vergleich mit dem Übernahmeverhalten

		Anzahl	Mittelwert	Standard abweichung
therapeutisch tätig in Jahren	Übernahme grundsätzlich ja	120	18,99	7,692
	nein	34	15,59	5,631

Vergleicht man das Übernahmeverhalten der Therapeuten mit der therapeutischen Erfahrung, so ergibt sich im T-Test (t=2.405, df=152) für unabhängige Stichproben ein signifikanter p Wert von < .05 (p= .018). Der Mittelwert und die Standardabweichung der therapeutischen Erfahrung (gemessen in Jahren) unterscheiden sich je nach Übernahmeverhalten. Therapeuten, welche sich für eine Übernahme aussprechen haben mehr Erfahrung und sind länger therapeutisch tätig als die Therapeuten, die sich gegen eine solche Übernahme aussprechen.

Vergleich des Übernahmeverhaltens mit regelmäßigen Anfragen:

Tab. 14: Vergleich der Übernahme mit regelmäßigen Anfragen an die Therapeuten

Vergleich grundsätzliches Übernahmeverhalten und Zahl regelmäßiger Anfragen von BPS-Patienten an den Therapeuten

			Übernahme grundsätzlich		Total
			ja	nein	
regelmäßige Anfragen	ja	Anzahl	53	7	60
		in % der regelmäßige Anfragen	88,3%	11,7%	100,0%
		in % der Übernahme	42,1%	19,4%	37,0%
	nein	% total	32,7%	4,3%	37,0%
		Anzahl	73	29	102
		in % der regelmäßige Anfragen	71,6%	28,4%	100,0%
Total	in % der Übernahme	57,9%	80,6%	63,0%	
	% total	45,1%	17,9%	63,0%	
	Anzahl	126	36	162	
Total	in % der regelmäßige Anfragen	77,8%	22,2%	100,0%	
	in % der Übernahme	100,0%	100,0%	100,0%	
	% total	77,8%	22,2%	100,0%	

Im Vergleich zwischen dem Übernahmeverhalten der Therapeuten und der Häufigkeit von Anfragen von BPS-Patienten an Therapeuten, fällt auf, dass **80,6%** der Therapeuten, die eine grundsätzliche Übernahme ablehnen, auch keine regelmäßigen Anfragen auf einen Therapieplatz von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhalten und nur **19,4%** Anfragen erhalten.

In der Gruppe der Therapeuten, die grundsätzlich Patienten übernehmen würden, erhalten **42,1%** regelmäßige Anfragen. **57,9%** erhalten keine regelmäßigen Anfragen. Der p-Wert, berechnet im X²-Test (X²=6.143, df=1), ist signifikant mit einem Wert von p < .05 (p = .013).

Die Therapeuten, die eine Übernahme ablehnen, geben zu einem größeren Teil an, keine Anfragen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erhalten.

Vergleich des Übernahmeverhaltens mit der Supervisions- und Workshopanzahl:

Im Vergleich zwischen jährlichen Supervisionsstunden und dem Übernahmeverhalten ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang bei einem p-Wert von $> .05$ ($p = .829$, $U = 2197.0$) im Mann-Whitney-Test.

Ebenso ergibt sich keine Korrelation zwischen jährlichen Workshopstunden und dem Übernahmeverhalten bei einem p-Wert von $> .05$ ($p = .315$, $U = 1898.0$) im Mann-Whitney-Test.

Geprüft wird auch die Abhängigkeit des Übernahmeverhaltens von der Therapieausbildung, Hauptarbeitsweise und Studium der Therapeuten. Diese Parameter zeigen keine Abhängigkeit.

4. 3 b Abhängigkeit des Antwortverhaltens im Fragenkomplex

Es wurde nach einwirkenden Faktoren auf das Antwortverhalten der Therapeuten (bezüglich erwarteter Schwierigkeiten einer Therapie, persönlicher Belastung, Weiterüberweisungsgründen und Gründen eine Behandlung zu beginnen) gesucht.

Frage1: „Welche besonderen Schwierigkeiten erwarten Sie bei einer derartigen Patientin?“:

Autoaggressivität als besonders häufig erwartete Schwierigkeit in der Therapie

Es ergibt sich, dass Autoaggressivität, also selbstverletzendes Verhalten, eher von denjenigen Therapeuten erwartet wird, welche Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben. 90,6% der Therapeuten mit Erfahrung sehen Autoaggressivität als besondere Schwierigkeit in der Therapie. Bei den Therapeuten ohne Erfahrung sind es nur 76,9%, obgleich der Fischer's-Exact-Test nicht signifikant ist (exact=3.387, df=2, p= .182). Ebenso geben Therapeuten, welche momentan einen Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung in Behandlung haben, mit 94,1% Autoaggressivität als besondere Schwierigkeit an; in der Gruppe der Therapeuten, welche keinen solchen Patienten in Behandlung haben, sind es nur 82%. Der Fisher's-Exact-Test ist signifikant (exact=5.939, df=2, p= .049). Somit räumen Therapeuten, welche mit Borderline-Patienten arbeiten, autoaggressiven Verhaltensweisen eine höhere Bedeutung ein. Dies wird unterstützt durch die Ergebnisse im Vergleich des Übernahmeverhaltens mit dem erwarteten Problembereich der Autoaggressivität. In der Gruppe der Therapeuten, welche einer Übernahme grundsätzlich positiv gegenüberstehen (und welche nach obigen Berechnungen auch mehr Erfahrung mit Borderline-Patienten haben), erwarten 92,8% Autoaggressivität besonders, in der Gruppe der Therapeuten, welche einer Übernahme ablehnend gegenüberstehen, sind dies nur 77,8%. Der Fischer's-Exact-Test ist signifikant (exact=6.922, df=2, p= .01).

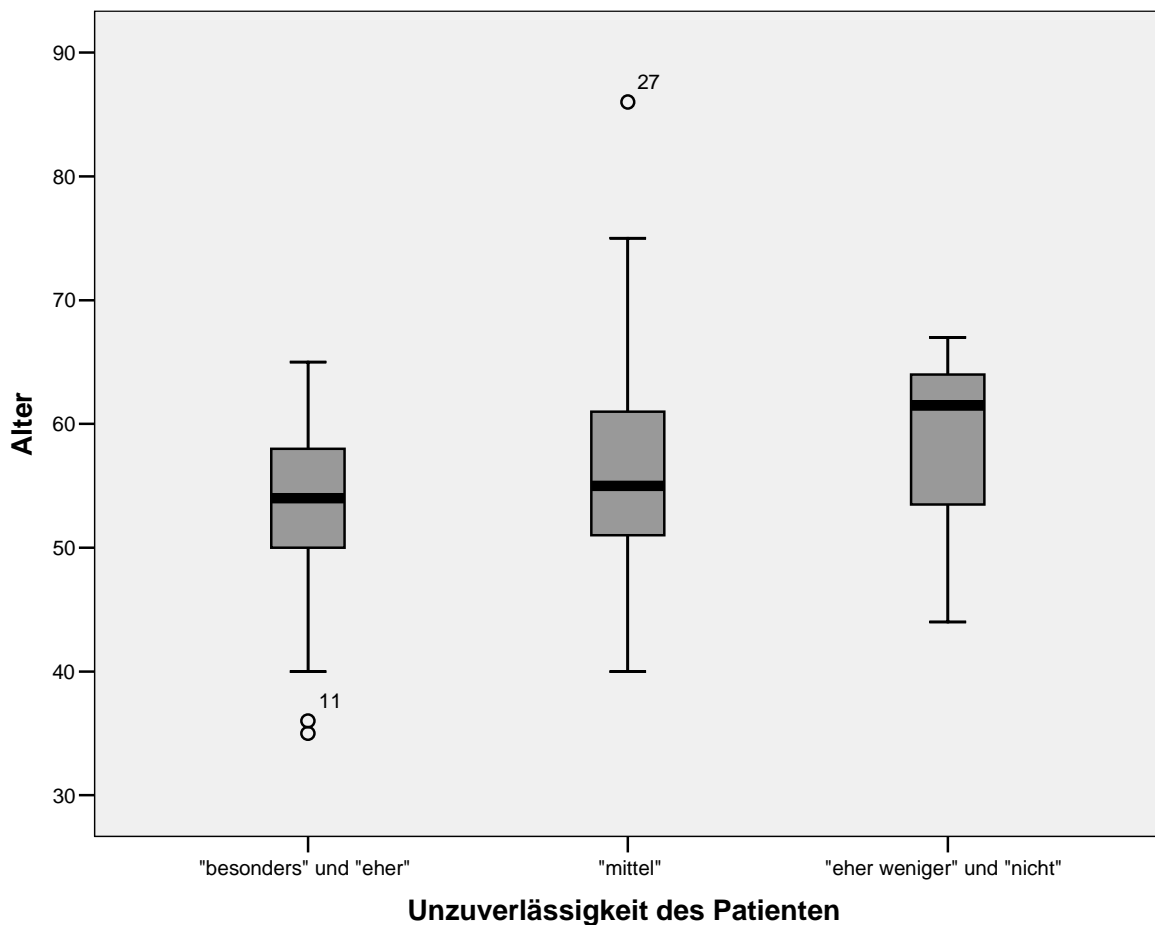
Abhängigkeit des Antwortverhaltens vom Alter der Therapeuten:

Die erwarteten Schwierigkeiten bei der Therapie eines Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind abhängig vom Alter der Therapeuten.

Diejenigen Therapeuten, welche sich eher weniger vor einer drohenden Unzuverlässigkeit solcher Patienten fürchten, sind im Schnitt älter als die Therapeuten, welche die Schwierigkeit in diesem Bereich als „besonders, eher“ oder „mittel“ einstufen. Jüngere Kollegen erwarten also eher eine drohende Unzuverlässigkeit.

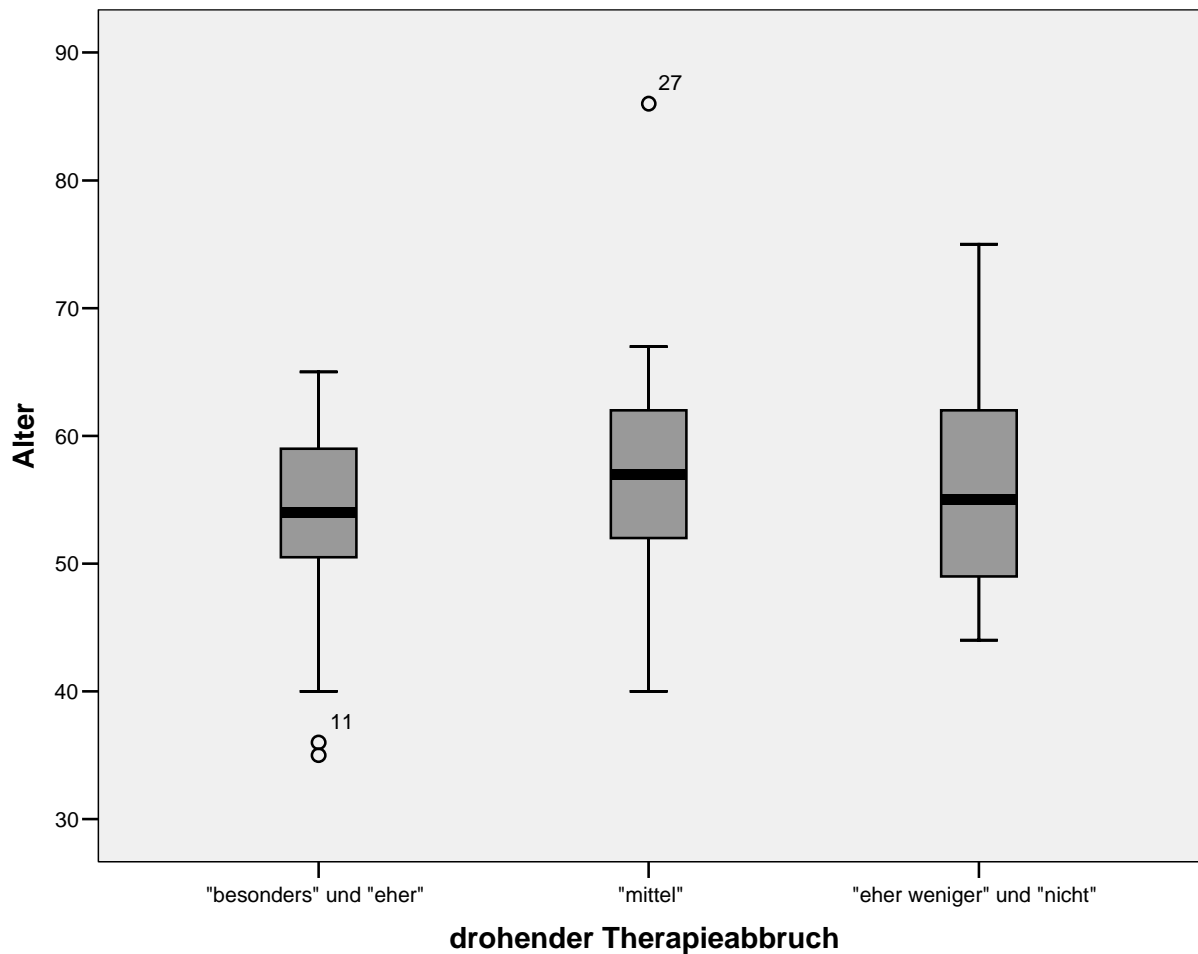
Der mit der univariaten Varianzanalyse (ANOVA=512.027, df=2) errechnete p-Wert liegt signifikant bei .009. In den Post-Hoc-Tests unterscheidet sich die Gruppe der Therapeuten (Mean=53,41), welche drohende Unzuverlässigkeit „besonders und eher“ erwarten, im Altersschnitt von den Therapeuten, welche dies „mittel“ (Mean=56,17, Mean-Difference=2.759, p= .042) oder „eher weniger“ (Mean=58,68, Mean-Difference=5.276, p= .008) erwarten.

Abb. 11: Vergleich Unzuverlässigkeit des Patienten mit Alter des Therapeuten



Auch sehen jüngere Therapeuten in höherem Maße (besonders oder eher) einen drohenden Therapieabbruch der Patientin als Problembereich in der Behandlung. (ANOVA=333.643, df=2, $p = .048$). In den Post-Hoc-Tests ergab sich ein Unterschied im Altersschnitt zwischen der Gruppe der Therapeuten, welche besonders einen drohenden Therapieabbruch erwarten (Mean=53,69), und der Gruppe der Therapeuten, welche dies „mittel“ einschätzen (Mean=57,03, Mean-Difference=3.335, $p = .018$), und nur ein kleiner Unterschied in der Gruppe, welche dies „weniger“ erwarten (Mean=55,94, Mean-Difference=2.246, $p = .255$)

Abb. 12: Vergleich drohender Therapieabbruch mit Alter des Therapeuten



Das Antwortverhalten bezüglich Suizidalität, Fremdaggressivität und Autoaggressivität als besondere Problembereiche ist nicht abhängig vom Alter der Therapeuten.

Abhängigkeit des Antwortverhaltens der Therapeuten von anderen Faktoren:

Das Antwortverhalten der Therapeuten bei diesem ersten Fragenkomplex, also die erwarteten Schwierigkeiten in einer Behandlung, ist in den statistischen Tests nicht abhängig vom Geschlecht des Therapeuten, von der Therapieausrichtung, vom Studienfach, von der therapeutischen Erfahrung oder von der Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen.

Erwartete Schwierigkeiten der Therapeuten nehmen auch keinen nennenswerten Einfluss auf die Entscheidung, einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu übernehmen oder nicht.

Frage 2: „Welche der Problembereiche könnte dazu führen, dass Sie eine Patientin eher an einen Kollegen verweisen?“

Der Zusammenhang zwischen dem Übernahmeverhalten der Therapeuten und den Problembereichen, welche dazu führen, einen Patienten abzuweisen

Problembereiche, welche dazu führen können, einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung an einen Kollegen zu verweisen, stehen im Zusammenhang mit dem Übernahmeverhalten der Therapeuten. 36,7% der Therapeuten, welche der Übernahme eines Patienten positiv gegenüberstehen, geben drohende Suizidalität als besonderen Faktor an, welcher dazu führen könnte, einen Patienten weiterzuverweisen. In der Gruppe der Therapeuten, welche sich gegen eine Übernahme aussprechen, sind es 60%. Der Fisher's-Exact-Test ist signifikant (exact=6.132, df=2, p= .043).

Auch Unzuverlässigkeit der Patienten wird in der Gruppe der Therapeuten, welche einer Übernahme ablehnend gegenüberstehen, mit einem höheren Prozentsatz als „besonders wichtig“ eingestuft (47,1%), um einen Patienten zu verweisen als in der Gruppe der Therapeuten, welche sich für eine Übernahme aussprechen (23,3%). Der X²-Test ist signifikant (X²=10.259, df=2, p= .006). Auch autoaggressives Verhalten wird von Therapeuten, welche Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht übernehmen, zu 54,3% als besonders wichtiger Faktor bewertet, der zu einer Überweisung führen könnte. Therapeuten, welche solche Patienten übernehmen, geben autoaggressives Verhalten hierbei dagegen in nur 22,4% als besonders wichtigen Faktor an. Der X²-Test ist signifikant (X²=16.554, df=2, p= .001). Auch in den Bereichen drohender Therapieabbruch und fremdaggressives Verhalten zeigt sich diese Tendenz, obgleich sich hier keine Signifikanz im X²-Test ergibt. Die Gruppe der Therapeuten, die eine Übernahme ablehnen, sieht zu einem höheren Prozentsatz die Faktoren Zuverlässigkeit (40%) und fremdaggressives Verhalten (44,1%) als ausschlaggebend für eine Weiterverweisung des Patienten an einen

Kollegen, als die Therapeuten, welche grundsätzlich solche Patienten übernehmen.
Zuverlässigkeit: 29,9%; Fremdaggressivität: 33,9%.

Abhängigkeit des Antwortverhaltens vom Geschlecht der Therapeuten:

Fremdaggressivität wird von weiblichen Therapeuten zu einem höheren Prozentsatz als besonders wichtigen Faktor gesehen (42,3%), einen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung an einen Kollegen zu verweisen, als dies ihre männlichen Kollegen sehen (21,7%). Der X²-Test ist signifikant (X²=6.337, df=2, p= .042).

Alle anderen Antwortitems (Suizidalität, Zuverlässigkeit der Patientin, drohender Therapieabbruch der Patientin und Autoaggressives Verhalten der Patientin) waren nicht signifikant abhängig vom Geschlecht der Therapeuten, es zeigt sich aber eine deutliche Tendenz dahin, dass männliche Therapeuten insgesamt zu einem höheren Prozentsatz als weibliche Therapeuten diese Items als besonders wichtige Gründe sehen, eine Patientin abzulehnen. So geben 50% der männlichen Therapeuten an, Suizidalität als besonderen Faktor einer Weiterüberweisung zu sehen, aber nur 38,3% der weiblichen Therapeuten. Auch Zuverlässigkeit (41,3% der männlichen, 28,8% der weiblichen Therapeuten), drohender Therapieabbruch (37% der männlichen und 25,5% der weiblichen Therapeuten) und Autoaggressives Verhalten (37,8% der männlichen und 26% der weiblichen Therapeuten) zeigten selbige Tendenz.

Abhängigkeit der momentanen Patientenauslastung des Therapeuten an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vom Antwortverhalten:

Es fällt eine Tendenz dahin auf, dass für Therapeuten, welche momentan Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung haben, genannte Gründe eine weniger große Rolle zum Weiterverweisen einer Patientin spielen, als für Therapeuten, die momentan keine Patienten in Behandlung haben. Autoaggressives Verhalten halten 49,2% der Therapeuten ohne aktuellen Borderline-Patienten für einen besonders ausschlaggebenden Punkt und nur 17,4% der Therapeuten mit Patienten. Der X²-Test ist signifikant (X²=21.917, df=2, p= .001). Auch bei Fremdaggressivität fallen Unterschiede in den Prozentzahlen auf (41,4% vs. 33%),

sowie bei Suizidalität (52,5% vs. 35,4%), obgleich die statistischen Tests nicht signifikant sind. Bei drohendem Therapieabbruch waren die Unterschiede kleiner (32,8% vs. 26,1%), so auch bei der Unzuverlässigkeit der Patienten (33,9% vs. 31,2%).

Abhängigkeit der Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und des Antwortverhaltens:

Therapeuten mit Erfahrung mit Borderline-Patienten bewerten Fremdaggressivität (34,4%), Autoaggressivität (29%) und Therapieabbruch (27,5%) zu niedrigeren Prozentsätzen als besonders wichtigen Faktor für die Weiterüberweisung einer Patientin. In der Gruppe der Therapeuten ohne Erfahrung mit Borderline-Patienten sind die Prozentzahlen höher (58,3%, 38,5%, 41,7%), obgleich die statistischen Tests keine Signifikanz ergeben.

Zuverlässigkeit wird als besonders wichtiger Faktor von Therapeuten mit und ohne Erfahrung etwa gleich bewertet (32,4% mit vs 30,8% ohne Erfahrung).

Umgekehrte Verhältnisse zeigen sich bei der Einschätzung von Suizidalität. Für 42,3% der Therapeuten mit Erfahrung wäre Suizidalität ein besonders wichtiger Grund, eine Patientin weiterzuverweisen, bei Therapeuten ohne Erfahrung sind es 38,5%.

Abhängigkeit des Antwortverhaltens von weiteren Faktoren:

Das Antwortverhalten der Therapeuten ist nicht abhängig vom Alter der Therapeuten, von der Therapeutischen Erfahrung (in Jahren), der Therapieausrichtung und von der Teilnahme an Supervision und Workshops.

Frage 3: „ Welche der Problembereiche stellt eine besondere persönliche Belastung dar?“

Abhängigkeit des Übernahmeverhaltens von der persönlichen Belastung der Therapeuten:

Es ergeben sich keine signifikanten prozentualen Abweichungen in der Anzahl an Therapeuten, welche eine Übernahme ablehnen oder bejahen, im Bezug auf die Gewichtung der persönlichen Belastung durch die Faktoren Suizidalität, Zuverlässigkeit, Therapieabbruch, Fremdaggressivität und Autoaggressivität.

Abhängigkeit des Antwortverhaltens von der Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Es fällt auf, dass diejenigen Therapeuten, die Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, einen drohenden Therapieabbruch zu einem niedrigeren Prozentsatz als eine besondere persönliche Belastung einschätzen (32,2%) als Therapeuten ohne Erfahrung (61,5%). Ebenso sehen Therapeuten ohne Erfahrung autoaggressives Verhalten eher als besondere Belastung (76,9%) als Therapeuten mit Erfahrung (58,1%).

Abhängigkeit des Antwortverhaltens von anderen Faktoren:

Das Antwortverhalten in diesem Fragekomplex ist nicht abhängig vom Alter, dem Geschlecht, der therapeutischen Erfahrung, von der Teilnahme an Supervision oder Workshops.

Frage 4: „Welche Faktoren spielen eine Rolle, die Behandlung zu beginnen?“

Abhängigkeit des Antwortverhaltens vom Geschlecht der Therapeuten:

Es finden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge, allerdings lassen sich Tendenzen erkennen. So spielen für weibliche Therapeuten in gering höheren Prozentzahlen der gute Kontakt mit der Patientin (93,7%, Männer: 89,4%), der

Wunsch der Patientin (37,4%, Männer: 29,4%), die Zusammenarbeit mit Kollegen oder Klinik (77,5%, Männer: 68,1%) eine besonders wichtige Rolle. Für männliche Therapeuten spielen in gering höheren Prozentzahlen die Empfehlung eines Kollegen (42,6%, Frauen: 26,6%) eine besonders wichtige Rolle sowie die Tatsache, ob freie Therapieplätze zur Verfügung stehen (42,6%, Frauen: 31,2%).

Abhängigkeit des Antwortverhaltens von weiteren Faktoren:

Das Antwortverhalten in diesem Fragekomplex ist nicht abhängig vom Alter der Therapeuten, der Therapieausbildung, der Berufserfahrung, der Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Anzahl an Supervisionsstunden oder Weiterbildungsveranstaltungen.

4. 3 c weitere Abhängigkeiten

Inanspruchnahme von Supervision und Workshops der Therapeuten:

Die Anzahl an Stunden wahrgenommener Supervision pro Jahr korreliert mit dem Alter der Therapeuten ($p < .05$, p Wert = .003, Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0.23$) und mit der therapeutischen Erfahrung der Therapeuten in Jahren ($p < .01$, p -Wert = .001, Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0.287$). Je älter ein Therapeut ist und je mehr therapeutische Erfahrung er hat, desto mehr Supervisionsstunden pro Jahr nimmt er wahr. Die Anzahl an Supervision korreliert ebenso mit den momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ($p < .01$, p -Wert = .001, Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0.280$). Je mehr solcher schwieriger Patienten in Behandlung sind, desto mehr Supervisionsstunden werden wahrgenommen.

Die Inanspruchnahme von Workshops korreliert mit den in Behandlung befindlichen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Je mehr Patienten momentan in Behandlung, desto mehr Workshops nimmt ein Therapeut wahr ($p < .05$, $p = .007$, Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0.214$). Auch ergibt sich, dass je mehr solcher Patienten der Therapeut schon früher in Behandlung hatte, desto mehr Workshops er wahrnimmt ($p < 0.05$, $p = .003$, Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0.248$).

Die Teilnahme der Therapeuten an Supervision oder Workshops ist nicht signifikant abhängig von dem Geschlecht der Therapeuten und der Therapieausrichtung.

Therapeuten mit dem Schwerpunkt Borderline nehmen mehr Supervisionsstunden wahr ($X^2=4.409$, $df=2$, $p= .036$). 72,7% nehmen mehr als 30 Supervisionsstunden pro Jahr wahr und 0% gar keine Supervision. In der Vergleichsgruppe sind es nur 40,5% der Therapeuten, welche über 30 Supervisionsstunden pro Jahr wahrnehmen 9,2% nehmen hier überhaupt keine Supervision wahr.

Tab. 15: Vergleich Schwerpunkt BPS mit Supervisionsstundenanzahl

Schwerpunkt BPS verglichen mit Supervisionsstundenanzahl gruppiert					
		Supervision gruppiert			Total
		keine supervision	1 bis 30 Stunden Supervision	mehr als 30 Stunden Supervision	
keine BPS als Schwerpunkt	Anzahl	14	77	62	153
	in % Schwerpunkt BPS	9,2%	50,3%	40,5%	100,0%
BPS als Schwerpunkt	Anzahl	0	3	8	11
	in % Schwerpunkt BPS	,0%	27,3%	72,7%	100,0%
Total	Anzahl	14	80	70	164
	in % Schwerpunkt BPS	8,5%	48,8%	42,7%	100,0%

Therapeuten, welche Persönlichkeitsstörungen als ihren Schwerpunkt angeben, nehmen mehr Supervisionsstunden in Anspruch. 61,4% nehmen mehr als 30 Stunden pro Jahr wahr, in der Vergleichsgruppe der Therapeuten, welche keine Persönlichkeitsstörungen als Schwerpunkt haben, sind es nur 35,8%. Der Fisher's-Exact-Test ist mit $p < .05$ ($p= .013$, $exact=8.456$, $df=2$) signifikant.

Tab. 16: Vergleich Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen mit Supervisionsstundenanzahl

Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen verglichen mit Supervisionsstundenanzahl gruppiert

			Supervision gruppiert			Total
			keine supervision	1 bis 30 Stunden Supervision	mehr als 30 Stunden Supervision	
Persönlichkeitsstörungen	nein	Anzahl	11	66	43	120
		in % Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen	9,2%	55,0%	35,8%	100,0%
	ja	Anzahl	3	14	27	44
		in % Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen	6,8%	31,8%	61,4%	100,0%
Total		Anzahl	14	80	70	164
		in % Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen	8,5%	48,8%	42,7%	100,0%

Momentan in Behandlung befindliche Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Die Anzahl an momentan in Behandlung befindlichen Patienten ist abhängig von der Anzahl an vom Therapeuten schon früher behandelten Patienten ($p < .05$, p -Wert = .001, Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0,488$).

Weder bezüglich des Alters der Therapeuten, noch bezüglich der Therapieausbildung ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang.

Früher behandelte Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Es ergibt sich kein Unterschied zwischen dem Geschlecht der Therapeuten und der Erfahrung mit solchen Patienten oder mit dem Alter der Therapeuten oder der Therapieausrichtung.

Angebot anderer Behandlungsmethoden:

Therapeuten mit analytischer Ausbildung bieten zu 43% eine weitere Behandlungsart an, verhaltenstherapeutische Kollegen zu 62,5%. Die p -Werte im X^2 -Test sind mit $p = .019$ ($X^2 = 5.514$, $df = 1$) und $p = .007$ ($X^2 = 7.267$, $df = 1$) signifikant.

Es gibt keinen Unterschied bezüglich Alter, Geschlecht oder Therapieerfahrung und des Angebots anderer Behandlungsmethoden.

Therapieempfehlung für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

75% der analytischen Psychotherapeuten empfehlen eine psychoanalytische Therapie für diese Patienten, 25% empfehlen keine Psychoanalyse. In der Gruppe von Therapeuten, die eine Psychoanalyse empfehlen, sind 97,9% Analytiker. Der p-Wert ist mit $p = .001$ signifikant ($X^2=57.06$, $df=1$).

Nur 8,1% der analytischen Therapeuten empfehlen eine Verhaltenstherapie für diese Patienten.

37,9% der analytischen Psychotherapeuten empfehlen die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der Gruppe an Therapeuten, welche die TFP empfehlen, befinden sich 92,2% Analytiker. Der p-Wert ist mit $p = .002$ signifikant ($X^2=9.664$, $df=1$).

Nur 8,1% der analytisch tätigen Therapeuten empfehlen die Dialektisch Behaviorale Psychotherapie (DBT), 91,9% empfehlen sie nicht. ($X^2=47.226$, $df=1$, $p = .001$)

Bei den verhaltenstherapeutisch tätigen Therapeuten ergibt sich folgende Verteilung: 62,5% der Therapeuten empfehlen Verhaltenstherapie für diese Patienten ($X^2=68.535$, $df=1$, $p = .001$), 28,6% der Therapeuten empfehlen eine analytische Psychotherapie.

42,9% der verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten empfehlen die DBT für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ($X^2=28.477$, $df=1$), 12,5% empfehlen die TFP ($X^2=14.591$, $df=1$). Die p-Werte sind jeweils mit $p = .001$ signifikant.

Die Therapieempfehlung ist nicht abhängig vom Geschlecht der Therapeuten oder von deren Alter.

Ausbildungsart der Therapeuten:

Zwischen Analytikern und Verhaltenstherapeuten ergibt sich keine unterschiedliche Geschlechterverteilung.

55,6% der analytischen Psychotherapeuten haben ein Medizinstudium abgeschlossen, 38,1% haben ein Psychologiestudium abgeschlossen und 6,4% beides. Der Fischer's-Exact-Test ist signifikant (exact=25.172, $df=5$, $p = .001$).

Bei den verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeuten finden sich umgekehrte Verhältnisse: 63% haben ein Psychologiestudium abgeschlossen, 25,9 ein Medizinstudium und 11,1% beides. Der Fischer's-Exact-Test ist signifikant (exact=16.328, df=5, p= .002).

Kapazität der Therapeuten:

Ob ein Therapeut Kapazität hat oder nicht, ist nicht signifikant abhängig vom Geschlecht der Therapeuten, 29,7% der weiblichen Therapeuten haben Kapazität, 70,3% haben keine Kapazität. 38,3% der männlichen Therapeuten haben Kapazität, 61,7% haben keine Kapazität. Der X²-Test ist nicht signifikant.

Die Kapazität ist nicht abhängig vom Alter der Therapeuten, der Therapieausrichtung oder der therapeutischen Erfahrung.

Anfragen auf einen Therapieplatz von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Ob ein Therapeut regelmäßige Anfragen erhält, ist nicht signifikant abhängig vom Geschlecht des Therapeuten. 38,9% der weiblichen Therapeuten erhalten regelmäßig Anfragen und 29,8% der männlichen Therapeuten.

Ob ein Therapeut Anfragen erhält, ist nicht signifikant abhängig vom Alter der Therapeuten oder von der therapeutischen Erfahrung.

5 Diskussion

Statistisch kann man bei einer Rücklaufquote von 58,04% aus dem Antwortverhalten der randomisiert ausgewählten Psychotherapeuten auf das Gesamtkollektiv der Psychotherapeuten in München schließen. Repräsentativ kann das Antwortverhalten unserer Therapeuten für das Antwortverhalten von Psychotherapeuten in deutschen Großstädten stehen.

5. 1 Therapeutenkollektiv

Betrachtet man sich die Verteilung der soziodemographischen Daten, fällt auf, dass ein Großteil der Therapeuten einer höheren Altersklasse angehört (52,5%/N=85 der Therapeuten sind zwischen 50 und 60 Jahre alt, 27,8%/N=45 sogar über 60 Jahre). Dies könnte den allgemeinen Ärztemangel in Deutschland widerspiegeln oder in der langen Ausbildungszeit und den hohen Ausbildungskosten für Psychotherapeuten begründet sein. Niedergelassene Therapeuten unter 40 Jahre finden sich kaum (1,2%/N=2 sind zwischen 30 und 40 Jahre alt) oder waren nicht bereit, unsere Befragung zu bearbeiten.

Dementsprechend ist auch der Anteil an Therapeuten mit langer therapeutischer Tätigkeit besonders groß (50,3%/N=79 haben 11 bis 20 Jahre Erfahrung, 31,8%/N=50 hatten zwischen 21 und 30 Jahren Erfahrung).

68,7% (N=114) der Therapeuten sind weiblich, nur 28,9% (N=48) männlich. Auch im Gesamtkollektiv ergibt sich eine ähnliche Verteilung. Somit unterscheidet sich die Geschlechterverteilung der Therapeuten, welche uns antworteten, nicht von der Grundgesamtheit. Es fällt ein hoher Anteil an weiblichen Psychotherapeuten auf. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich wohl am ehesten damit begründen, dass der weibliche Anteil in helfenden Berufen allgemein höher ist als der männliche Anteil, so auch im Berufsfeld des Psychotherapeuten.

Zu etwa gleichen Teilen gibt es Psychotherapeuten mit Medizin- oder Psychologiestudium in der Grundgesamtheit, wie auch in der Gruppe der Therapeuten, die uns antworteten. Es fällt allerdings auf, dass Therapeuten mit

einem Medizinstudium eher den Weg des analytischen Psychotherapeuten (55,6%) einschlugen, wohingegen Therapeuten mit Psychologiestudium sich eher für eine Verhaltenstherapeutische Ausbildung (63%) entschieden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass psychologische Fakultäten zu einem größeren Anteil verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind. Insgesamt sind 77,1% (N=128) der Psychotherapeuten Analytiker, 33,7% (N=56) Verhaltenstherapeuten. Auch diese Verteilung entspricht etwa der im Gesamtkollektiv.

5. 2 Der Therapeut im Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Auf die Frage, ob die Therapeuten grundsätzlich einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen würden, antworten 22,1% (N=36) mit „nein“. Das bedeutet, dass 22,1% der Therapeuten im Raum München grundsätzlich keine Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen. Nach diesen Ergebnissen würden aber immerhin 77,9% (N=127) der Therapeuten solche Patienten übernehmen. Die grundsätzliche Bereitschaft ist somit eine wichtige Ursache für die von Patienten oft beklagte schwierige Versorgungslage, kann jedoch nicht alleiniger Grund sein. Erwägt man eine soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten, kann man von einer noch höheren Anzahl an Therapeuten ausgehen, welche eine Übernahme im Alltag ablehnen. Wenden wir uns zunächst aber der Übernahmereitschaft näher zu. Woran kann es liegen, dass Therapeuten einen Patienten ablehnen?

Betrachtet man sich die Geschlechterverteilung, so fällt auf, dass sich die Gruppe von Therapeuten, welche eine Übernahme ablehnen, zu einem höheren Prozentsatz aus Frauen zusammensetzt (86,1%/N=31 weiblich, 13,9%/N=5 männlich) als die Gruppe an Therapeuten, welche einen Patienten übernehmen würden (66,7% /N=82 weiblich, 33,3%/N=41 männlich) und im Vergleich zum Gesamtkollektiv (68,7%/N=114 weiblich, 28,9%/N=48 männlich). Im statistischen Test war dieser Unterschied in der Geschlechterverteilung signifikant. Somit können wir davon ausgehen, dass Frauen eher dazu neigen, Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeit nicht zu übernehmen. So haben nach unserer Auswertung auch nur 58,8% der weiblichen Psychotherapeuten momentan Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Behandlung, bei den männlichen Kollegen sind es 70,2%.

Bei einem weiblichen Anteil von 68,7% am Therapeutengesamtkollektiv könnte dies Auswirkungen auf die Versorgungslage der Patienten haben. Über die Gründe lässt sich nur spekulieren. In unseren Ergebnissen ergab sich kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten in Bezug auf erwartete Schwierigkeiten mit solchen Patienten oder der persönlichen Belastung, es ergab sich auch kein signifikanter Unterschied darin, dass weibliche Therapeuten weniger Anfragen dementsprechend erhalten würden. Im Gegenteil: 38,9% der weiblichen Therapeuten erhalten Anfragen und nur 29,8% ihrer männlichen Kollegen. Bei den Problembereichen, welche dazu führen könnten, einen Patienten weiterzuverweisen, geben Frauen zu einem höheren Prozentsatz an, dass dies besonders Fremdaggressivität sein könnte. Möglicherweise ist hier der Hinweis verborgen, dass sie sich aggressive Patienten weniger zutrauen als männliche Kollegen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oftmals diese Attribute zugewiesen werden.

Vergleicht man die Prozentzahlen an Therapeuten, welche Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung behandeln und früher behandelten, also die therapeutische Erfahrung mit solchen Patienten, fällt auf, dass Therapeuten, welche Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung momentan behandeln oder früher behandelten, eher weiterhin bereit sind, Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu behandeln (94,2%/N=97 bzw. 82,7%/N=124 vs. 50%/N=30 bzw. 23,1%/N=10). Auch ist die Anzahl an momentan in Behandlung befindlichen Patienten abhängig von der Anzahl der früher schon behandelten. Je mehr Patienten früher in Behandlung waren, desto mehr auch momentan. Man kann somit nicht davon ausgehen, dass schlechte Erfahrungen mit solchen Patienten, z. B. in vollzogenen Suiziden oder belastenden Therapiesituationen, primärerer Grund für eine Ablehnung solcher Patienten sind. In Einzelfällen mag dies jedoch zutreffen, denn immerhin 16,7% (N=6) der Therapeuten, welche momentan einen Patienten in Behandlung haben, und 17,3% (N=26) der Therapeuten, welche früher schon einen Patienten in Behandlung hatten, sprechen sich gegen eine Übernahme aus. Es scheint, dass Therapeuten ohne Erfahrung mit solchen Patienten einer Übernahme eher ablehnend gegenüberstehen. Möglicherweise, weil sie sich aus mangelnder Erfahrung die schwierige Therapie nicht zutrauen oder weil die Borderlinestörung nicht in ihrem primären Schwerpunktspektrum an psychischen Erkrankungen steht. Erwartungsgemäß war die Anzahl an in Behandlung befindlichen Patienten mit einer

Borderline-Persönlichkeitsstörung abhängig von früherer Erfahrung mit solchen Patienten, von der allgemeinen therapeutischen Erfahrung und von der Anzahl an Workshops und Supervision. Dies lässt vermuten, dass Therapeuten durch Supervision und Workshops mehr Sicherheit und mehr therapeutisches Wissen erlangen, so dass sie sich eine Behandlung von schwierigen Patienten zutrauen. Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen von McIntyre, welcher fand, dass Therapeuten mit mehr Therapieerfahrung geringere Gegenübertragungstendenzen haben bei der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Er schlug ebenfalls mehr klinische Supervisionserfahrung, höheres Selbstvertrauen oder höhere Objektivität bei älteren Therapeuten vor (McIntyre, 1998). Auch unsere Therapeuten, welche Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, gaben zu niedrigeren Prozentsätzen an, einen Patienten aus den Gründen drohende Suizidalität, Therapieabbruch, Unzuverlässigkeit, Auto- und fremdaggressives Verhalten an einen Kollegen zu verweisen, als Therapeuten ohne Erfahrung. Auch stufen diese Therapeuten diese Problembereiche weniger als persönliche Belastung ein. Therapeuten mit Erfahrung mit Borderline-Patienten, mit mehr allgemein therapeutischer Erfahrung (in Jahren), mit dem persönlichen Behandlungsschwerpunkt BPS oder Persönlichkeitsstörungen und ältere Therapeuten nehmen mehr Supervision wahr, was die empfundene persönliche Belastung reduziert und die Therapeuten festigt. Eine Therapie dieser schwierigen Patienten traut sich der Therapeut eher zu. Denn nach unserer Befragung korreliert das Übernahmeverhalten mit der persönlichen Belastung. Therapeuten, welche einer Übernahme ablehnend gegenüberstehen, geben zu höheren Prozentsätzen persönliche Belastungen als „besonders“ an.

Eine erhöhte persönliche Belastung der Therapeuten während der Therapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung spielt eine Rolle dabei, einen Patienten zu übernehmen oder nicht. Einige Therapeuten verweisen darauf, dass sie nur eine kleine Anzahl an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gleichzeitig in Behandlung nehmen können, weil sonst ihre persönliche Belastbarkeitsgrenze überschritten wird. Kaum ein Therapeut hat mehr als drei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gleichzeitig in Behandlung (nur 6,88% der Therapeuten). Aussagen von Befragten: „Ich habe nie mehr als zwei dieser Patienten, da es mir sonst leicht zu viel wird“, oder: „Es dürfen nicht zu viele Borderliner sein, das überfordert sonst meine Kapazität (psychisch), da tut eine

gewisse Mischung an Patienten gut“, „Thema Selbstschutz ist für mich zunehmend wichtiger“, und „die schnellen affektiven Schwankungen und Suizidalität können immer wieder Interventionen außerhalb der Stunden notwendig machen, was zumindest meine psychische Belastung deutlich erhöht“. Um eine ambulante Versorgung von solchen Patienten zu gewährleisten, bedarf es einer weitaus größeren Anzahl an Psychotherapeuten als es für andere psychische Störungen notwendig wäre, denn ein einzelner Therapeut kann wegen seiner eigenen Psychohygiene durchschnittlich nur zwei bis drei Patienten übernehmen. Auch dadurch kann sich die insuffiziente Versorgungslage mitbegründen.

Eine besondere persönliche Belastung stellen dabei Suizidalität – 79,5% (N=128) der Therapeuten gaben an, dass Suizidalität eine besondere persönliche Belastung darstellt – und selbstverletzendes Verhalten (59,63%/N=96) dar, gefolgt von fremdaggressivem Verhalten (52,8%/N=85). In der Gruppe an Therapeuten, welche sich gegen eine Übernahme von solchen Patienten aussprechen, werden diese Problembereiche dabei zu einem höheren Prozentsatz als persönliche Belastung gesehen. Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen von Menninger, nach denen die größte Angst von Psychotherapeuten die Angst vor Suizid des Patienten ist (Menninger, 1991). Dormann nennt „die große Angst vor persönlichen Konsequenzen eines Patientensuizids“ (Dormann et al., 1996) und Pohlmeier nennt ebenfalls „die Angst vor Konsequenzen“ (Pohlmeier, 1982 und 1992). Auch unsere Therapeuten äußerten sich in ähnlicher Weise: „Ich würde grundsätzlich Borderline-Patienten eher behandeln, wenn die gesetzliche Haftung bei Suizid nicht zu meinen Ungunsten geregelt wäre“. Eine geringere persönliche Belastung stellen „geringe Zuverlässigkeit der Patientin“ (40,99%/N=66) und „drohender Therapieabbruch“ dar (34,59%/N=55).

Diese Problembereiche können dazu führen, einen Patienten abzulehnen und an einen Kollegen zu verweisen. In unserer Studie gaben die Therapeuten hierbei an, dass besonders eine drohende Suizidalität dazu führen könnte (41,94%/N=65), gefolgt von fremdaggressivem Verhalten (36,18%/N=55). „Geringe Zuverlässigkeit“, „drohender Therapieabbruch“ und „autoaggressives Verhalten“ führen weniger dazu. Hier wird erneut klar, dass es die befürchtete Suizidalität ist, welche eine besondere Belastung der Therapeuten darstellt und welche dazu führen kann, dass sich ein Therapeut die Behandlung eines Patienten nicht zutraut und den Patienten lieber in einem sicheren klinischen Rahmen sehen möchte, möglicherweise aus Angst vor

einer Fehleinschätzung der Situation. Gerade der Umgang mit dem Problem der chronischen Suizidalität führt zur Überforderung der Therapeuten (Bohus, 2004a) und möglicherweise zum Ablehnen eines Patienten. In der Gruppe an Therapeuten, welche sich gegen eine Übernahme aussprechen, sind die Prozentzahlen höher als in der Gruppe an Therapeuten, welche sich für eine Übernahme aussprechen.

Als weiterer Problembereich wurde die negative Gegenübertragungstendenz von den Therapeuten benannt. Zitat: „Bei Gegenübertragungsaggression würde ich einen Patienten an einen Kollegen verweisen“, „wenn die Gegenübertragung nicht aushaltbar ist, Überweisung des Patienten“. Frühere Forschungsergebnisse sprechen ebenfalls von diesen negativen Gegenübertragungen als therapiebelastende Faktoren (Shectman, 1989; Linehan, 1993; McIntyre, 1998; McWilliams, 1994). Auch hier kann Supervision hilfreich sein, diese negativen Gegenübertragungstendenzen zu bearbeiten und mit ihnen zu arbeiten, anstatt einen Patienten wegen ihnen abzuweisen.

Nur 28,6% (N=43) der Therapeuten geben einen drohenden Therapieabbruch als besonderen Faktor an, welcher dazu führen könnte, einen Patienten nicht zu übernehmen, für 52,67% (N=79) war dieser Faktor „weniger oder unwichtig“.

Die Therapeuten erwarten gerade auch jene Faktoren, welche eine besondere persönliche Belastung darstellen. 58,75% (N=94) erwarten drohende Suizidalität besonders als einen auf sie zukommenden Problembereich in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der Gruppe der Therapeuten, welche sich gegen eine Übernahme aussprechen, wird gerade auch autoaggressives Verhalten zu einem höheren Prozentsatz erwartet. Die Furcht vor einem inkompetenten Umgang mit autoaggressiven Verhaltensmustern könnte die ablehnende Haltung begründen. Auch geringe Zuverlässigkeit (63,98%/N=103), drohender Therapieabbruch (66,67%/N= 108), autoaggressives Verhalten (89,51%/N= 145) werden besonders erwartet. Fremdaggressives Verhalten wird weniger häufig erwartet (15,62%/N= 25). Das kann möglicherweise ebenfalls dazu führen, Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eher zögerlich zu übernehmen. Denkbar wäre auch, dass die große Zahl an Publikationen über Suizidraten und therapiegefährdendes Verhalten dieser Patienten eher dazu führt, dass sich Therapeuten eine solche Behandlung weniger zutrauen. Ältere Therapeuten erwarten dabei weniger diese Problembereiche als jüngere. Auch hier zeigt sich, dass therapeutische Erfahrung und Supervision stabilisieren. Denn je älter

die Therapeuten, desto mehr therapeutische Erfahrung haben sie und desto mehr Supervision nehmen sie wahr.

Ausschlaggebend für den Beginn einer Behandlung ist für die Therapeuten besonders der gute persönliche Kontakt mit den Patienten – 92,5% (N=148) der Therapeuten bewerten diesen Faktor als „eher oder besonders wichtig“. Kommt demnach kein guter Kontakt zwischen Therapeut und Patient in den ersten probatorischen Stunden zustande, kann dies dazu führen, dass ein Patient abgelehnt wird. Gerade Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung evozieren bei ihrem Gegenüber initial zunächst negative Gefühle und negative Gegenübertragungen. Es fällt oft schwer, den Patienten zu verstehen und Sympathie zu empfinden, gerade wegen der besonderen Symptomkonstellation der Patienten mit Neigung zu Idealisierung, Abwertung und zu Aggressivität. Gelegentlich kommt es schon in den ersten Therapiestunden zu unkontrollierten Gefühlsausbrüchen. Dies kann dazu führen, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eben wegen ihrer schwierigen Persönlichkeitsstruktur abgewiesen werden, da ein guter persönlicher Kontakt mit ihnen in den ersten Stunden erschwert sein kann und Therapeuten den Eindruck erlangen, dass keine tragende, für die Therapie elementare Beziehung zustande kommen wird.

Einige unserer Therapeuten halten deshalb vor endgültiger Therapiezusage und Übernahme mit Behandlungszeiten von mehreren Jahren zunächst eine Kurzzeittherapie für sinnvoll. Zitat: „Ich würde zuerst in Absprache mit dem Patienten eine Kurzzeittherapie empfehlen“, oder „zuerst Kurzzeittherapie, um den Verlauf abzuwarten“. Dies hat den Vorteil, dass in einer Kurzzeittherapie sich ein guter Kontakt zum Patienten entwickeln kann.

Ein weiterer für die Therapeuten sehr wichtiger Faktor eine Behandlung zu beginnen, ist die Zusammenarbeit mit einem Psychiater und eine gute psychiatrische Versorgung. 75% (N=120) der Therapeuten halten diesen Faktor für „eher oder besonders wichtig“. Die Therapeuten wünschen sich „eine Vernetzung aller beteiligten Stellen – das würde viel bedeuten –“, eine „Zusammenarbeit mit einer Klinik, einer teilstationären Einrichtung oder dem sozialpsychiatrischen Dienst“. Hier scheint ein Mangel an Zusammenarbeit zu bestehen. Eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit könnte die Therapeuten stützen, gerade in der schwierigen Frage der Suizidalität.

Der Wunsch der Patientin spielt für Therapeuten eine mittelwichtige Rolle, eine Behandlung zu beginnen, ebenso spielen die Empfehlung eines Kollegen und die freie Therapieplatzzahl eine weniger wichtige Rolle im Vergleich.

Weiter fällt auf, dass Therapeuten mit ablehnender Haltung gegenüber einer Übernahme von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu 80,6% (N=29) angeblich keine Anfragen von solchen Patienten erhalten. Hier kann man vermuten, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung keinen Therapieplatz finden, weil sie nicht genügend auf Therapeuten zugehen oder sich von einer einmaligen Ablehnung bei einem Therapeuten abschrecken lassen. Dazu passt jedoch nicht, dass nur 57,9% (N=72) der Therapeuten, welche grundsätzlich Patienten übernehmen, keine regelmäßigen Anfragen solcher Patienten erhalten. Diese Differenz von über 20% lässt sich am ehesten mit einer sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten erklären, nach dem Motto: „Wenn keine Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf mich zukommen, ist es nachvollziehbar, dass ich keine übernehme“.

Einige Therapeuten verweisen darauf, dass sie keine spezielle Ausbildung haben für die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und dass dies ein Grund dafür sei, solche Patienten abzuweisen, an einen Kollegen oder eine Klinik zu überweisen und sich die Therapie nicht zuzutrauen. Ein „Mangel an fachlicher Kompetenz und keine spezielle Fortbildung“, sowie, dass das „eigene Verfahren nicht ausreichend ist“, könne zum Abweisen oder Überweisen eines Patienten führen. Zitat: „Da ich keine Ausbildung in DBT habe, fühle ich mich überfordert“. Ein Therapeut gibt an, er „würde den Patienten an spezielle DBT-Kollegen verweisen“, und ein anderer „würde den Patienten zu einem Kollegen überweisen wenn dieser spezielle Kenntnisse in DBT hat“. Nach unserer Studie bieten aber nur 3,1% (N=5) der befragten Therapeuten eine störungsspezifische Therapie (DBT oder TFP) an. Dies kann dazu führen, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im ambulanten Sektor durch einen Mangel an speziell ausgebildeten und auf dieses Störungsbild spezialisierten Therapeuten unterversorgt sind. So geben auch nur 6,7% der Therapeuten an, die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Störungsschwerpunkt zu haben. Auch M. Bohus verweist darauf, dass ein Mangel an störungsspezifisch ausgebildeten Therapeuten in Deutschland festzustellen ist (Bohus, 2007). Die störungsspezifischen Verfahren sind den niedergelassenen Therapeuten in ihrer Wirksamkeit nicht unbekannt. Zitat: „Bei

Überweisung an einen entsprechenden Kollegen würde ich TFP oder DBT am geeignetsten halten für diese Patienten“. Dies spiegelt sich auch in den angegebenen Therapieempfehlungen für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wider. 31,5% (N=51) halten die TFP für geeignet, meist in Kombination mit Psychoanalyse (dies wurde zum größten Teil von analytisch ausgebildeten Therapeuten empfohlen), und 20,4% (N=33) die DBT, meist in Kombination mit Verhaltenstherapie (dies wurde zum größten Teil von verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Therapeuten empfohlen). Trotz dieser Popularität der störungsspezifischen Behandlungsformen können nur ein geringer Prozentsatz (3,1%) von Therapeuten diese Verfahren anbieten. Möglicherweise liegt dies an den hohen Ausbildungskosten für die Weiterbildung und daran, dass die Ausbildung berufsbegleitend eine Vielzahl von Wochenenden in Anspruch nimmt, was für Therapeuten mit eigener Familie zum Problem werden kann, oder an den noch jungen Therapieformen und damit wenigen Ausbildungsstätten. Spekulativ könnte dieser Mangel an störungsspezifisch ausgebildeten Therapeuten auch darin begründet sein, dass die Teilnahme an den Weiterbildungsveranstaltungen voraussetzt, sich für diese Patientengruppe in gewisser Weise zu entscheiden und damit langfristig auf die regelmäßige Behandlung besonders komplexer Störungen festzulegen. Vielfach ist ein konkreter Patient mit Problemen in der Behandlung eher Anlass zu einer Weiterbildung, als eine theoretische Planung eines Therapieschwerpunktes.

Eine weitere Ursache für die ablehnende Haltung der Therapeuten könnten die schlechten Bedingungen der Krankenkassen sein. Die Therapeuten verweisen darauf, dass sie „grundsätzlich eher solche Patienten übernehmen würden, wenn mehr Stunden ohne dauernde Verlängerungsanträge genehmigt würden“, was bei diesen schwierig zu behandelnden Patienten durchaus sinnvoll wäre, da von vorneherein klar ist, dass eine Behandlung einer Patientin mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung nicht in 80 ambulanten Therapiestunden beendet sein kann, Zitat: „Das Haupt-Handicap bei der VT – die ich für geeignet halte für diese Behandlung – ist die Höchstzahl von 80 Stunden. Eine Verlängerung wird auch bei gutem Fortschritt der Patientin oft rigoros abgelehnt. Somit erschöpft sich meine Motivation langsam.“, oder: „Die Aufnahme chronischer Störungsbilder (wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung) in die Richtlinientherapie auch über die bisherigen Höchstgrenzen hinaus erscheint mit ein Gebot der Vernunft und der Humanität,

welche dringend geboten ist!“. So hat auch das deutsche Gesundheitssystem Mitschuld an der insuffizienten Versorgungslage von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, führt es doch zu einem ablehnenden Verhalten der Therapeuten, da ihnen ein Therapieerfolg durch die dünnen Kassenleistungen nicht gewährleistet scheint. Es bedarf eines hohen Maßes an Motivation, die Therapie einer chronisch erkrankten Person zu beginnen mit dem Ausblick einer Therapiebeendigung durch die Krankenkassen nicht einmal in der Hälfte der benötigten Therapiezeit. Eine Änderung am System ist geboten, was allerdings bei dem allgemeinen Geldmangel in der Gesundheitsversorgung schwierig ist.

Zusammenfassend ergibt sich, dass ein Prozentsatz von 22,1% an Therapeuten, welche einer grundsätzlichen Übernahme ablehnend gegenüberstehen, zu einer insuffizienten Versorgungslage im ambulanten Sektor beitragen, und diese ablehnende Haltung der Therapeuten sich auf folgende Faktoren begründet: das Geschlecht des Therapeuten, wenig Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die erhöhte persönliche Belastung (vor allem wegen suizidalem und selbstverletzendem Verhalten der Patienten) und eine damit verbundene Auslastungsgrenze mit solchen Patienten. Darüber hinaus tragen negative Gegenübertragungstendenzen, mangelnde störungsspezifische Ausbildung der Therapeuten und die Leistungen des Gesundheitssystems zu einem ablehnenden Verhalten der Therapeuten bei.

Eine weitere Ursache für die insuffiziente Versorgungslage findet sich in der mangelnden Kapazität der Therapeuten. Nur 32,7% (N=53) der Therapeuten haben momentan überhaupt Kapazität zur Verfügung, 65,3% (N=109) haben keine freien Therapieplätze. Darunter leiden alle Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Insgesamt ist eine zeitnahe ambulante Versorgung von Patienten mit einer psychischen Störung nicht immer gewährleistet.

Unter den Therapeuten, welche grundsätzlich einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen würden, haben 63,8% (N=81) keine Kapazität, nur 36,2% (N=46) haben Kapazität. Somit ergibt sich rechnerisch, dass nur 46,47% aller Therapeuten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung übernehmen würden und dies auch könnten. Die Prozentzahl an in Frage kommenden Therapeuten fällt hiermit also unter 50%. Bei der Gruppe der Therapeuten, welche

sich grundsätzlich gegen eine Übernahme solcher Patienten ausspricht, ist der Anteil an Therapeuten, welche keine Kapazität haben, etwas höher. 65,3% (N=109) der Therapeuten haben keine freien Therapieplätze. Eventuell könnte dies dadurch begründet sein, dass auch Therapeuten im Fragebogen sich gegen eine grundlegende Übernahme aussprachen, welche aus Kapazitätsmangel grundsätzlich keine Patienten, somit auch keine Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, übernehmen können. Ob ein Therapeut Kapazität hat oder nicht, ist nicht abhängig von Geschlecht, Alter, therapeutischer Erfahrung oder Therapieausrichtung und somit eher zufällig. Warum haben niedergelassene Therapeuten eine so geringe Kapazität? Auch die Studie im Saarland von Zepf zeigt diesen Kapazitätenmangel mit 71% an unbehandelt gebliebenen Patienten (Zepf, 2000). Dies mag zum einen an einem erhöhten Bedarf an Psychotherapeuten in unserer heutigen Zeit liegen oder an einer erhöhten Bereitschaft, einen Psychotherapeuten aufzusuchen durch einen damit verbundenen Rückgang der Stigmatisierung in der Gesellschaft. Zum anderen könnte der Grund in einer geringer werdenden Psychotherapeutenzahl liegen, was in den hohen Ausbildungskosten und schlechten Ausbildungsbedingungen liegen mag oder an dem in Deutschland spürbar werdenden Ärztemangel. Legt man zugrunde, dass der Altersschnitt der hier befragten Therapeuten auch nur annähernd repräsentativ ist, wird sich das Problem geringer werdender Behandlungskapazitäten in den kommenden zehn Jahren dramatisch verschärfen.

5. 3 Grenzen der vorliegenden Arbeit

Unser Fragebogen weist natürlich seine Lücken und Schwachstellen auf.

In einem möglicherweise folgenden Fragebogen sollte eine Frage nach dem Wunsch einer störungsspezifischen Ausbildung mit eingebracht werden. Direkte Fragen wie „Würden sie sich mit einer entsprechenden Therapieausbildung sicherer fühlen?“ oder „Wie stark stufen sie die persönliche Belastung durch Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein?“ wären sinnvoll.

5. 4 Ausblick

Unsere Studie erhebt lediglich Daten von Therapeuten im städtischen Gebiet. Zu untersuchen wäre vergleichend die Einstellung von Therapeuten bezüglich der Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im ländlichen Gebiet. Bei einem geringeren Angebot an Therapeuten ist ein noch höherer Anteil an Therapeuten, welche eine Übernahme ablehnen, denkbar.

Auch wird unsere Studie nur dem Antwortverhalten älterer, therapiefahrener Therapeuten gerecht, weil diese Therapeutengruppe den Großteil der Münchner Therapeuten stellt oder weil uns jüngere unerfahrenere Therapeuten weniger antworteten. Interessant wäre eine folgende Studie, in der gerade Berufseinsteiger bezüglich der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung befragt werden.

Eine Verbesserung der Versorgungslage von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist anzustreben. Nach unserer Studie ist dies vor allem durch zwei Faktoren herbeizuführen, auf welche schon in früherer Literatur aufmerksam gemacht wurde. Es gilt, die Therapeuten in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu stabilisieren. Die Angst vor suizidalen Handlungen muss abgebaut werden und der Umgang mit den schwierigen Verhaltenweisen dieser Patienten mit negativen Gegenübertragungen muss geschult werden. Dies ist zu erreichen durch verbesserte Supervision der Therapeuten und durch das Erlernen von störungsspezifischen Therapieformen oder durch Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema. Negative Gegenübertragungstendenzen sollen erkannt und umgewandelt werden in konstruktiven Nutzen für die Therapie (Shectman, 1989; McIntyre, 1998). Möglicherweise mangelt es hier an guten Angeboten für Therapeuten und an deren Motivation, eine Weiterbildung zu beginnen.

Der zweite Faktor ist ein Mangel im Gesundheitssystem. Die Motivation der Therapeuten, die Behandlung eines schwierigen Patienten zu beginnen, hält sich angesichts der begrenzten Kassenleistungen in Grenzen. Eine Erhöhung der Höchststundenzahl für diese Patienten ist anzustreben. Auch eine bessere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen und Therapeuten ist wünschenswert und muss für eine erfolgversprechende Behandlung gewährleistet werden.

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach der von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oft beklagten und in vielen Publikationen erwähnten schwierigen ambulanten Versorgungslage nach.

Exemplarisch wurden 300 der in München tätigen Psychotherapeuten anhand eines Fragebogens zu diesem Thema befragt, die Rücklaufquote betrug 58,04%.

Die Ergebnisse decken sich mit Forschungsergebnissen früherer Studien.

Nach statistischer Auswertung ergibt sich bei unserer Befragung ein Prozentsatz von 22,1% an Therapeuten, welche eine Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung grundsätzlich ablehnen.

In der Gruppe der Therapeuten, welche einer Behandlung ablehnend gegenüberstehen, fällt ein höherer Prozentsatz an Therapeuten mit weniger allgemein therapeutischer Erfahrung sowie weniger therapeutischer Erfahrung mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Darüber hinaus nehmen diese Therapeuten weniger Workshops und Supervision wahr. Diese Faktoren können zu einer Unsicherheit der Therapeuten führen, weswegen sie sich eine Behandlung solch schwieriger Patienten nicht zutrauen.

Die Therapeuten in unserer Studie erwähnen die hohe persönliche Belastung in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei sehen 79,5% der Therapeuten drohende Suizidalität als besondere persönliche Belastung. Bei 41,94% der Therapeuten kann eine drohende Suizidalität dazu führen, den Patienten abzulehnen und an einen anderen Kollegen oder eine andere Einrichtung zu überweisen. Die persönliche Belastung der Therapeuten ist dabei so groß, dass sie nur etwa zwei bis drei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gleichzeitig in Behandlung nehmen können, was die schwierige Versorgungslage verschärft.

Auch negative Gegenübertragungstendenzen, gerade in den ersten probatorischen Sitzungen werden als Grund für eine ablehnende Haltung gegenüber diesen Patienten angegeben. Eine gute Supervision ist hier wichtig, um Therapeuten in der Behandlung solch schwieriger Patienten zu unterstützen.

Ein Mangel an Vernetzung zwischen niedergelassenen Therapeuten, Kliniken und sozialpsychiatrischem Dienst wird beklagt.

Die momentane Situation im Gesundheitssystem verschärft die Lage zusätzlich. Höchststundensätze erschöpfen nach Aussagen unserer befragten Therapeuten die Motivation eine Behandlung zu beginnen.

Einer der wichtigsten Faktoren für eine ablehnende Haltung der Therapeuten ist der Mangel an störungsspezifisch ausgebildeten Therapeuten. Therapeuten trauen sich aufgrund ihrer mangelnden Erfahrung und Ausbildung eine Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht zu. Die störungsspezifischen Therapien, wie die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) und die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) sind den Therapeuten dabei nicht unbekannt und in unserer Befragung werden sie von den Therapeuten als die optimale Behandlung für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angegeben.

Nicht zuletzt führt auch ein Kapazitätsmangel zu der schwierigen ambulanten Versorgungslage. Von den 77,8% der Therapeuten, welche einer Behandlung solcher Patienten grundsätzlich offen gegenüberstehen, haben 63,8% momentan keine Kapazität, einen Patienten zu übernehmen. Dies mag begründet sein in einem erhöhten Bedarf an Therapeuten oder in einem allgemeinen Psychotherapeutenmangel. Das hohe Durchschnittsalter unserer befragten Therapeuten lässt dies vermuten.

Die schwierige ambulante Versorgungslage von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann verbessert werden. Es gilt die Therapeuten in ihrer Behandlung solch schwieriger Patienten zu unterstützen und zu festigen. Erreichbar ist dies durch gute Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema, ausreichend Supervision und eine bessere Vernetzung der niedergelassenen Therapeuten mit Kliniken und sozialpsychiatrischem Dienst. Die hohe persönliche Belastung auf mehrere Personen zu verteilen scheint sinnvoll. So könnte die Auslastungsgrenze an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung pro Therapeut erhöht werden. Die Attraktivität eine störungsspezifische Ausbildung zu beginnen, muss für die Therapeuten erhöht werden. Die Motivation, eine Behandlung zu beginnen, sollte gesteigert werden, dazu kann auch eine erhöhte Kassenleistung für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beitragen.

7 Literaturübersicht

Adler G. (1973): Hospital treatment of borderline patients. *Am J Psychiatry*. 130, 32-36

American Psychiatric Association. (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association: Oldham JM, Phillips KA, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson JG, Soloff P, Spiegel D, Stone M. (2001): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 158, 1-52

American Psychiatric Association (2003): *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Arlington (VA), American Psychiatric Publishing. Inc.

Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Brooks A, Hajak G, Rütger E. (2005): Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy control. *Psychiatry research*. 134, 169-179

Bateman A, Fonagy P. (2001): Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 158, 36-42

Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG. (2001): Treatment Utilization by Patients with Personality Disorders. *Am J Psychiatry*. 158, 295-302

Bohus M, Rummel, A. (2004a): Zum Umgang mit Suizidalität in der Borderline-Therapie. *Persönlichkeitsstörungen (PTT)*. 8, 11-16

Bohus M, Haaf B, Simms T. (2004b): Effectiveness of inpatient dialectical therapy for borderline personality disorder: a controlled triad. *Behav res ther.* 42, 487-499

Bohus M, Schmahl C. (2007): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt.* 78, 1069-81

Caligor Eve, Barry Stern, Otto Kernberg, Anna Buchheim, Stephan Doering und John Clarkin. (2004): Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) – wie verhalten sich Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander? *Persönlichkeitsstörungen (PTT): Theorie und Therapie.* 8, 209-210.

Chopra HD, Beatson JA. (1986): Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 143, 1605-1607

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007): Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry.* 164, 922-8.

Costa PT. (1991): Clinical use of the Five-Factor Model: an introduction. *J Pers Assess.* 57, 393-8

Cowdry RW, Pickar D, Davies R. (1985): Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *Int J Psychiatry.* 15, 201-211

Dorrmann W. (1996): Die Ängste von Psychotherapeuten bei ihrer Arbeit mit suizidalen Patienten. Erste Ergebnisse einer Untersuchung. In Dorrmann, S. 153-163

Frances A, Fyer M, Clarkin JF. (1986): Personality and suicide. *Ann NY Acad Sci.* 487, 281-293

Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Pagano ME, Yen S, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Morey LC, McGlashan TH. (2004): Two-year stability and

change of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consul Clin Psychol.* 72, 767-75

Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Stour RL, Bender DS, Yen S, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, McGlashan TH (2007): Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: a 2-year prospective study. *Can J Psychiatry.* 52, 357-62

Gneist, J. (1997): Wenn Liebe und Haß sich umarmen, das Borderline-Syndrom. München, Piper, 1997, 3. Auflage 2004, 215-216

Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. (1981): The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry.* 138, 896-903

Gunderson JG. (2001): *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide.* Washington DC, 2001, American Psychiatric press Inc.

Gunderson JG, Lyons-Ruth K. (2008): BPD's interpersonal hypersensitive phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Personal Disord.* 22, 22-41

Hansenne M, Pitchot W, Pinto E, Reggers J, Scantamburlo G, Fuchs S, Pirard S, Ansseau M. (2002): 5-HT1A dysfunction in borderline personality disorder. *Psychol Med.* 32, 935-941

Irle E, Lange C, Weniger G, Sachsse U. (2007): Size abnormalities of the superior parietal cortices are related to dissoziation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 156, 139-49

Juengling FD, Schmahl C, Hesslinger B. (2003): Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 37, 109-115

Kernberg OF. (1967): Borderline personality organization. *J Am Personal Assoc.* 15, 641-685

Kernberg OF. (1981): Some issues in the theory of hospital treatment. Nordisk Tidsskrift for Loegeforen 14, 837-842

Kernberg OF, Yeomans, FE, Clarkin JF, Levy KN. (2008): Transference focused psychotherapy: overview and update. Int J Psychoanal. 89, 601-620

Knight R. (1953): Borderline states. Bull Menninger Clin. 17, 1-12

Lenzenweger MF. (1999): Stability and change in personality disorder features: Longitudinal Study of Personality Disorders. Arch Gen Psychiatry. 56, 1520-1521

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

Linehan MM. (1987): Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. Bull Menninger Clin. 51, 261-76

Linehan MM. (1993): Cognitive-Behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press

Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. (2002): Dialectical behavioral therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend. 67, 13-26.

Links PS, Mitton JE, Steiner M. (1993): Stability of borderline personality disorder. Can J Psychiatry. 38, 255-259

Links PS, Heslagrave R, Vanreekum R. (1998): Prospective follow-up study of borderline personality disorder: Prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. Can J Psychiatry. 43, 365-270

McGlashan TH. (1985): Prediction of outcome in BPD. In: McGlashan HT, editor. *The Borderline: Current Empirical Research*. Washington, DC: American Psychiatric press. 61-98

McGlashan TH. (1992): The longitudinal profile of BPD: Contributions from the Chestnut Lodge Follow-Up Study. In: Silver D, Rosenbluth, editors. *Handbook of the Borderline Disorders*. Madison, International press. 53-82

McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ravlevski E, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Zanarini MC, Bender D, Stout RL, Yen S, Pagano M. (2005): Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 162, 883-889

McIntyre, S.M. Schwartz, R.C. (1998): Therapists' Differential Countertransference Reactions Towards Clients With Major Depression or Borderline Personality Disorder, *J. Clin. Psychol*. 54, 923-931

McWilliams N. (1994): *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, The Guilford Press.

Menninger W. Walter MD, (1991): Patient suicide and its impact on the psychotherapist, *Bull Menninger Clinic*. 55, 216-227

Minzenberg MJ, New AS, Tang CY, Siever LJ (2008) Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *J Psychiatry Res*. 42, 727-33

Morey LC, Leslie C. (1996): *An Interpretive Guide to the Personality Assessment Inventory (PAI)*, Odessa, Psychological Assessment Resources Inc., 1 edition

New AS, Siever LJ. (2002): Neurobiology and genetics of borderline personality disorder. *Psychiatr Ann*. 32, 329-336

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD. (1992): Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structures interviews: patterns of comorbidity. *AM J Psychiatry*. 149, 213-220

Oldham, J.M. (2006): Borderline Personality Disorder and Suizidality. *Am J Psychiatry*. 163, 20-26

Pally R. (2002): The neurobiology of borderline personality disorder: the synergy of “the nature and nurture”. *Journal of Psychiatric Practice*. 8, 133-142

Paris J. (1993): The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its longterm outcome. *Can J Psychiatry*. 38, 28-34

Pascual JC, Soler J, Baiget M, Cortés A, Menoyo A, Barrachina J, Ropero M, Gomà M, Alvarez E, Perez V. (2007): Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluates with Zuckerman-Zuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 35, 382-386

Perseus KI, Kåver A, Ekdahl S, Asberg M, Samuelsson M. (2007): Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14, 635-43

Pohlmeier H. (1982): Selbstmordverhütung als Praxisfeld der Medizinischen Psychologie. In Pohlmeier (Hg): *Medizinische Psychologie und Klinik*. Stuttgart, Verlag für angewandte Psychologie. S.169

Pohlmeier H. (1992): Ängste des Therapeuten als typisches Therapieproblem im Umgang mit Suizidpatienten. In: Wedler H. et al. (Hg). *Therapie bei Suizidgefährdung*. Regensburg, Roderer. S. 249-254

Rinne T, de Kloet ER, Wouters L. (2002): Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone

challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry*. 52, 1102-1112

Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. (2000): Factor analysis of DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 157, 1629-1633

Schmahl CG, Vermetten E, Elizinga BM, Douglas Bremner J. (2003): Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatr Res*. 122, 193-198

Schnur DB, Levin EH. (1985): The impact of successfully completed suicides on psychiatric residents. *J Psychiatry Education*. 9, 127-136

Shearer SL. (1994): Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *J. Nerv. Ment. Dis*. 182, 524-526

Shectman F (1989): Countertransference dilemmas with borderline patients. The contribution of psychological testing. *Bull Menninger Clin*. 53, 310-318

Siever LJ, Davis KL. (1991): A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*. 148, 1647-1658

Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE. (1995): Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J Psychiatr Res*. 29, 361-374

Skodol AE; Oldham JM, Galleher PE. (1999a): Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 156, 733-738

Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH. (1999b): Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depress Anxiety*. 10, 169-192

Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH. (2002a): Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*. 159, 276-283

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. (2002b): The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biol Psychiatry*. 51, 936-950

Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. (2002c): The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry*. 51, 951-963

Skodol AE, Bender DS. (2003): Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*, 74, 349-60

Stern A. (1938): Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Quarterly*. 7, 467-489

Stone MH, Hurt SW, Stone DK. The PI 500: (1987): Long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria: I. Global outcome. *J Personal Disord*. 1, 291-298

Stone MH: (1993): Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry*. 162, 299-313

Stone MH. (1990): *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric practice*. New York, The Guilford Press

Togersen S, Kringlen E, Cramer V. (2001): The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 58, 590-596

Westen D, Shedler J. (1999a): Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *AM J Psychiatry*. 156, 258-272

Westen D., Shedler J. (1999b): Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 156, 273-285

Widiger TA, Weissmann MM. (1991): Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*. 42, 1015-1021

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. (2003): The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 160, 274-283

Zepf, S, Marx A, Mengele U. (2000): Die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Saarland. Institut für Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin der Universität Homburg. Homburg/Saar. Quelle: Rosa Beilage 3/2000

8 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Rekrutierung der Stichprobe

Abb. 2: Altersverteilung der Therapeuten

Abb. 3: Therapeutische Tätigkeit in Jahren

Abb. 4: Anzahl der momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit BPS pro
Therapeut

Abb. 5: Anzahl der bislang behandelten Patienten mit BPS pro Therapeut

Abb. 6: erwartete Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patienten mit BPS

Abb. 7: Problembereiche, welche zur Überweisung eines Patienten führen

Abb. 8: persönliche Belastung der Therapeuten

Abb. 9: Faktoren, eine Behandlung zu beginnen

Abb. 10: grundsätzliche Übernahme im Vergleich mit der Kapazität

Abb. 11: Vergleich Unzuverlässigkeit des Patienten mit Alter des Therapeuten

Abb. 12: Vergleich drohender Therapieabbruch mit Alter des Therapeuten

9 Tabellenverzeichnis

Tab. 1a: Soziodemographische Daten der Therapeuten (Ausbildung)

Tab. 1b: Soziodemographische Daten der Therapeuten (2)

Tab. 2: Übernahme, Kapazität und Anfragen an die Therapeuten

Tab. 3: Therapieempfehlung für Patienten mit BPS

Tab. 4: Vergleich der Übernahme mit der momentanen Aufnahmekapazität

Tab. 5: Vergleich der Übernahme mit dem Geschlecht des Therapeuten

Tab. 6: Vergleich der Übernahme mit der momentanen Belegung mit Borderline-Patienten

Tab. 7: Vergleich der Übernahme mit der Erfahrung mit Borderline-Patienten

Tab. 8: Vergleich der Übernahme mit der Anzahl an momentan in Behandlung befindlichen Patienten mit BPS

Tab. 9: Vergleich der Übernahme mit der Anzahl an früher behandelten Patienten mit BPS

Tab. 10: Vergleich Geschlecht mit momentan in Behandlung befindlichen Patienten

Tab. 11: Vergleich der Übernahme mit dem Alter der Therapeuten

Tab. 12: Vergleich der Übernahme mit Altersgruppen der Therapeuten

Tab. 13: Vergleich der Übernahme mit der therapeutischen Erfahrung

Tab. 14: Vergleich der Übernahme mit regelmäßigen Anfragen an die Therapeuten

Tab. 15: Vergleich Schwerpunkt BPS mit Supervisionsstundenanzahl

Tab. 16: Vergleich Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen mit
Supervisionsstundenanzahl

10 Anhang

Anhang 1: Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV

Anhang 2: Anschreiben

Anhang 3: Fallvignette und Fragebogen

Anhang 1

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual IV (DSM-IV), 1994

Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch den Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Anhang 2: Anschreiben



**Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie des
Klinikums rechts der Isar der
Technischen Universität München**
Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Förstl



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München

Briefanschrift 81675 München
Telefon +49 (89) 4140 - 1
Durchwahl +49 (89) 4140 - 4265
Telefax +49 (89) 4140 - 4888
E-Mail
Unser Zeichen: ren/lu
Diktat vom: 21. Oktober 2005

Betreff: Borderline-Behandlung in München

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir bitten Sie, uns in der Bearbeitung einer Frage aus der Therapieforschung zu unterstützen. Im Anhang finden Sie einen Fragebogen zur psychotherapeutischen Behandlung eines konkreten Patientenbeispiels.

Die Beantwortung unserer Fragen dauert 5 Minuten. Alle Angaben werden anonymisiert ausgewertet. Ihren Fragebogen können Sie mit dem beiliegenden frankierten Rückantwortumschlag an unsere Klinik zurücksenden.

Unsere Befragung richtet sich an Psychotherapeuten innerhalb Münchens, wir erhoffen uns ein klareres Bild über die Versorgungslage von Patienten mit langfristigem Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung. Das bereits laufende Projekt dient einer Verbesserung der Behandlungssituation.

Sollten sich Ihrerseits Fragen zu unserem Forschungsvorhaben ergeben, so erreichen Sie Herrn OA Dr. Rentrop unter der Telefonnummer 4140-4265.

Für Ihre Mühe danken wir sehr herzlich und verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. H. Förstl
Direktor der Klinik

Dr. M. Rentrop
Oberarzt

A. Jobst

Anhang 3: Fallvignette und Fragebogen

FALLVIGNETTE

Eine 23-jährige Patientin erkundigt sich nach einem Therapieplatz, sie leidet seit Jahren immer wieder an depressiven Stimmungszuständen. Diese würden über einige Tage, manchmal auch nur wenige Stunden anhalten. Immer wieder gerate sie unter Anspannung, dann füge sie sich Schnitte an den Unterarmen zu, manchmal schlage sie auch mit dem Kopf gegen die Wand. In den letzten Monaten habe sie häufig daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen, einen Suizidversuch habe sie jedoch noch nie unternommen. Für ihre Befindlichkeit spiele auch eine Rolle, dass sie oft an „Dinge“ aus der Vergangenheit denken müsse, schlechte Träume habe und auch tagsüber von Angst geplagt sei. Die vermehrten Suizidgedanken seien der eigentliche Anlass, warum sie noch einmal eine Psychotherapie versuchen wolle. In den vergangenen Jahren seien mehrfach Therapien gescheitert, sie glaube das hätte „einfach nichts gebracht“, sie sei dann meist nach einigen Stunden „nicht mehr hingegangen“.

Würden Sie einer Patientin mit oben beschriebener Problematik grundsätzlich einen Therapieplatz in Ihrer Praxis anbieten? ja nein

Lässt dies ihre derzeitige Kapazität zu? ja nein

Haben Sie zur Zeit Patienten mit einer vergleichbaren Problematik in Behandlung? ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Hatten sie früher schon Patienten mit oben beschriebener Problematik in Behandlung? ja nein

Wie viele seit Beginn Ihrer Tätigkeit als Therapeut? _____

Bekommen Sie regelmäßig Anfragen nach einem Therapieplatz von Patienten mit einer ähnlichen Problematik? ja nein

Welche Therapieform würden Sie oben beschriebener Patientin anbieten?

- Psychoanalyse/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Gesprächstherapie
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg (TFP)
- Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)
- Andere: _____

Welche besonderen Schwierigkeiten erwarten Sie bei einer derartigen Patientin?

(1 = besonders 5 = gar nicht)

	1	2	3	4	5
Suizidalität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geringe Zuverlässigkeit der Patientin (Stunden ausfallen lassen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drohender Therapieabbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fremdaggressive Verhaltensweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoaggressive Verhaltensweisen/Selbstverletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche der nachfolgend genannten Problembereiche könnte dazu führen, dass Sie eine Patientin eher an einen Kollegen verweisen?

(1 = trifft zu, 5 = trifft gar nicht zu)

	1	2	3	4	5
Suizidalität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geringe Zuverlässigkeit der Patientin (Stunden ausfallen lassen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drohender Therapieabbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fremdaggressive Verhaltensweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoaggressive Verhaltensweisen/Selbstverletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche der nachfolgenden Problembereiche stellen aus Ihrer Sicht eine besondere persönliche Belastung für Sie selbst dar?

(1 = besondere Belastung, 5 = gar keine Belastung)

	1	2	3	4	5
Suizidalität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geringe Zuverlässigkeit der Patientin (Stunden ausfallen lassen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drohender Therapieabbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fremdaggressive Verhaltensweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoaggressive Verhaltensweisen/Selbstverletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Faktoren spielen für Sie eine wichtige Rolle, die Behandlung einer „schwierigen Patientin“ zu beginnen?

(1 = herausragende Bedeutung, 5 = gar keine Bedeutung)

	1	2	3	4	5
Guter persönlicher Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wunsch der Patientin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freie Therapieplätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfehlung eines Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enge Zusammenarbeit mit einem Psychiater/ gute psychiatrisch-medizinische Versorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allgemeine Angaben

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihren therapeutischen Hintergrund. Alle Ihre Angaben sind freiwillig und werden anonymisiert ausgewertet. Die Untersucher verpflichten sich zur strengen Einhaltung der Vertraulichkeit.

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Studium:

- Psychologiestudium
- Medizinstudium
- Anderes Studium: _____
- Promotion
- Habilitation

Therapieausbildung:

Welche Therapieausbildung haben Sie absolviert?

- Analytisch/Psychodynamisch
- kognitive Verhaltenstherapie
- Humanistisch
- Systemisch
- Andere: _____

Was ist Ihrer Einschätzung nach heute Ihre Hauptarbeitsweise? _____

Bieten Sie neben den klassischen Therapierichtungen andere Behandlungsmethoden an? Wenn ja, welche? _____ ja nein

Seit wann arbeiten Sie als Psychotherapeut? _____

Wieviel Stunden besuchen sie in einem durchschnittlichen Jahr Weiterbildungen bzw. Workshops? ca. _____ pro Jahr

Wieviel Stunden nehmen Sie durchschnittlich an Supervision teil? ca. _____ pro Jahr

Welche Störungsbilder behandeln Sie schwerpunktmäßig? _____

Ergänzende Bemerkungen zu unserer Befragung:

11 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. H. Förstl, dem ärztlichen Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, für die Möglichkeit die Dissertation durchführen zu können und für die Bereitstellung aller zur Durchführung des Projektes erforderlicher Ressourcen. Ich möchte mich auch weiter für das Vertrauen und die Unterstützung meiner Arbeit sehr bedanken.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Herrn Dr. med. M. Rentrop für die Bereitstellung des interessanten Themas und für die exzellente fachliche Betreuung meiner Arbeit. Dank seiner zahlreichen Hilfestellungen und Ratschläge wurde die Anfertigung dieser Arbeit erst ermöglicht. Auch bei ihm möchte ich mich für das Vertrauen in meine Arbeit bedanken.

Des Weiteren möchte ich mich bei den Mitarbeitern der psychiatrischen Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie bedanken, die mir immer auch kurzfristig Termine ermöglichten und organisatorisch halfen.

Herzlichsten Dank möchte ich auch an Mathias Blab aussprechen für die kompetente sprachliche Hilfestellung.

Nicht zuletzt größten Dank meiner Familie. Meinen Eltern, welche mir das Medizinstudium finanziell und ideell ermöglichten. Meiner Mutter, die mir ärztliches und menschliches Vorbild ist, meinem Vater, der mir die Leidenschaft für Naturwissenschaften und Forschung vermittelte, sowie meiner Schwester für ihre wertvolle moralische Unterstützung in den vergangenen Jahren. Bei Martin Heel möchte ich mich ganz besonders für seine Unterstützung und Begleitung während der Zeit des Studiums und dieser Dissertation bedanken.

12 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Andrea Jobst
Geburtsdatum: 31.10.1981
Geburtsort: Speyer
Eltern: Dr. med. Waltraud Jobst, Ärztin
Dr. rer. nat. Helmuth Jobst, Chemiker

Schulbildung:

1988-1992 Grundschule Schwegenheim
1992-2001 Gymnasium am Kaiserdom in Speyer

Studium:

2001-2003 Studium der Humanmedizin, Vorklinischer Abschnitt,
Ludwig-Maximilians-Universität in München
2003-2008 Studium der Humanmedizin, Klinischer Abschnitt,
Technische Universität in München
8/2006-7/2007 Praktisches Jahr:
Psychiatrie: Klinikum Rechts der Isar München
Innere Medizin: Rotkreuzkrankenhaus München
Chirurgie: Christian Medical College, Vellore, Indien,
Kilimanjaro Medical Centre, Moshi,
Tanzania
10. 06. 2008 2. Ärztliche Prüfung
11. 07. 2008 Approbation als Ärztin
2005-2008 Promotion an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie der Technischen Universität
München

München, 15.10.2008 Andrea Jobst

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der angegebenen Hilfsmittel und Quellen angefertigt habe. Des Weiteren ist die Arbeit weder vollständig noch teilweise an einer weiteren Fakultät eingereicht worden. Mir wurde bisher kein akademischer Titel entzogen. Es läuft kein Straf- und kein Disziplinarverfahren gegen mich.

München, 15.10.2008

Andrea Jobst