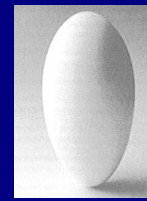


Das Borderline-Netzwerk Berlin

Ambulante Versorgung von Borderline-Patienten am Beispiel Berlin



AWP-BERLIN

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin

BPtK-Symposium, Berlin, 04.08.2012

“Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Borderline-Persönlichkeitsstörung”

PD Dr. Christian Stiglmayr

Überblick

■ 1. Aktuelle Versorgungslage

□ 2. Was ist notwendig für eine gute ambulante Versorgung?

□ 3. Bereits bestehende ambulante Netzwerke

□ 4. Das Borderline-Netzwerk Berlin

□ 5. Die Entwicklung einer Studie

- Fragestellungen der Studie
- Studiendesign
- Stand der Dinge
- Erste Ergebnisse

□ 6. Schlussfolgerungen, Wünsche

Aktuelle Versorgungslage (1)

1. BPS-Pat. beanspruchen das Gesundheitssystem in deutlich größerem Umfang als die meisten andere Pat. mit psychischen Störungen

- Ca. 50% - 80% aller BPS-Pat. befinden sich zeitgleich in psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgung (Lieb et al., 2004)

⇒ Aktuell ca. 14.000 - 25.000 zeitgleich zu versorgenden BPS-Pat. in Berlin (Prävalenzrate von 1,1%; Maier et al., 1992)

...bei ca. 2.000 niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (KV)

Aktuelle Versorgungslage (2)

- 2. Die Behandlung von BPS-Pat. gilt emotional als extrem belastend und führt häufig zur Ablehnung einer Therapieübernahme
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 - Größte Belastungen für die Behandler:
Suizid der BPS-Pat., SVV, fremdaggressives Verhalten (Menninger, 1991; Jobst et al., 2009)
 - Bis zu 70% Abbrecherquote in ambulanten Therapien
 - 88% der ambulanten Therapeuten behandeln keine BPS-Pat. oder haben keinen Therapieplatz frei (Jobst et al., 2009)
 - Nur 3% der ambulanten Therapeuten verfügen über eine spezifische Zusatzqualifikation (Jobst et al., 2009)

Aktuelle Versorgungslage (3)

3. Die Behandlung von BPS-Pat. gilt als die teuerste aller Behandlungen psychischer Störungen

- Der größte Anteil der Kosten kommt über stationäre Behandlungen zustande (22.000 DM von 24.000 DM; Jerschke et al., 1998)
- 16.800 € Gesamtkosten pro Jahr/Patient (van Asselt et al., 2007)

=> ca. 6 Milliarden €/Jahr in Deutschland

=> ca. 300 Millionen €/Jahr in Berlin

- Die Behandlung mit Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) konnte die Kosten halbieren (von 18.000 \$ auf 9.000 \$; Linehan & Heard, 1999)

Aktuelle Versorgungslage (4)

Schlussfolgerung:

1. Es besteht ein hoher, vor allem ambulanter Behandlungs-Bedarf seitens der BPS-Pat.
2. Es besteht ein hoher Bedarf an Unterstützung seitens der Behandler, da die Psychotherapie gerade im ambulanten Rahmen als sehr schwierig gilt

Was ist notwendig für eine gute ambulante Versorgung von BPS-Pat.? (1)



„Borderline-Therapie alleine zu machen ist grob fahrlässig“

Marsha Linehan, Begründerin der DBT

Was ist notwendig für eine gute ambulante Versorgung von BPS-Pat.? (2)

- 1. Fundierte Fortbildung in einem spezifischen Therapieverfahren (z.B. DBT, MBT, ST, TFP)
- 2. Gründung eines Netzwerkes von ambulanten Therapeuten (Minimum: 2 Personen)
- 3. Verpflichtung zur Zusammenarbeit nach einem bestimmten Therapiekonzept (z.B. DBT)
- 4. Hochfrequente regelmäßige Treffen (Konsultationsteam)
- 5. Zusammenarbeit des ambulanten Netzwerkes mit Selbsthilfegruppen, komplementären und stationären Einrichtungen

Bereits bestehende ambulante Netzwerke

Borderline-Netzwerk Berlin

(www.borderline-netzwerk-berlin.de)

Borderline-Netzwerk Schleswig-Holstein e.V.

Borderline-Netzwerk Köln

DBT-Netzwerk Bielefeld (IV)

DBT-Netzwerk Darmstadt

DBT-Netzwerk Frankfurt am Main

DBT-Netzwerk Marburg

DBT-Netzwerk Wiesbaden

DBT Netzwerk Franken

Borderline Netzwerk Berlin (1)

- 2002 Gründung des Borderline-Netzwerkes Berlin
- Ziel des Netzwerkes: Verbesserung der Versorgung von Patienten mit einer BPS in Berlin und Umgebung sowie Unterstützung der Therapeuten
- Das Borderline-Netzwerk trifft sich regelmäßig zum gegenseitigen Austausch, z.B. über Skillsgruppen
- Teilnehmer: ambulant wie auch stationär arbeitende Therapeuten wie auch Therapeuten aus dem komplementären Bereich (z.B. PROWO e.V.)
- Auf der Homepage www.borderline-netzwerk-berlin.de findet sich u. a. eine Therapeutenliste, Darstellung unterschiedlicher Therapieansätze, sinnvolle Links, aktuelle Studien

Borderline Netzwerk Berlin (2)

The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window displaying the homepage of the Borderline Netzwerk Berlin. The browser's address bar shows the URL <http://www.borderline-netzwerk-berlin.de/>. The page features a navigation menu on the left with categories: Home, Störungsbild (with sub-items Diagnostik and Therapieansätze), Netzwerk (with sub-items Ambulante Angebote, Einrichtungen, and Selbsthilfe), Netzwerk-Studie (with sub-items Zusammenfassung, Studiendesign, Studienablauf, Studienadresse, and Literatur), Literatur (with sub-items Allgemein and Betroffene), Links, and Kontakt. The main content area includes a header with the logo and name 'borderline netzwerk | berlin', a navigation bar with links for Impressum, Sitemap, and Seite drucken, and a central section titled 'Herzlich Willkommen' with a photograph of five people sitting at a table. The text in this section reads: 'Willkommen beim Borderline Netzwerk Berlin. Dieses Informationsportal richtet sich an alle Hilfe suchende Betroffene und an Therapeuten in und um Berlin, die Unterstützung bei ihrer therapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten suchen. Wir laden Sie dazu ein, Ihr Wissen und Ihre Erfahrung in diesem Bereich einzubringen und so zu einem ständig wachsenden Netzwerk beizutragen - zum Wohle aller Borderline-Betroffenen und Therapeuten. Für das Borderline Netzwerk Berlin Dr. Christian Stiglmayr'.

Borderline Netzwerk Berlin (3)



Ambulante DBT-Therapieelemente im Borderline-Netzwerk Berlin:

1. Ambulante Einzeltherapie nach DBT
2. Fertigkeitentraining 1 x Woche für zwei Zeitstunden
3. Konsultationstreffen wöchentlich
4. Telefonkontakte
5. Supervision nach Bedarf
6. ggf. Medikation
7. ggf. stationäre Aufenthalte

Borderline Netzwerk Berlin (4)

- Ambulant
 - Anzahl an Therapeuten: ca. 30
 - Anzahl an Fertigkeitengruppen: ca. 8
- Komplementäre Einrichtungen
 - PROWO e.V.
 - Therapeutisches Wohnen STEG e.V.
 - fam (Frauen, Alkohol, Medikamente & Drogen)
 - Pinel gGmbH
- Teilstationär
 - Tagesklinik Fürstenwalde
 - Tagesklinik Vivantes Wenckeback-Klinikum
 - Tagesklinik Psychiatrische Uniklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus (DBT-S Flex)

Borderline-Netzwerk Berlin (5)

- Stationäre Einrichtungen

- Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Station 5, Eschenallee 3
- Psychiatrische Uniklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Station Felicitas (DBT-S Flex)
- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Campus Virchow-Klinikum
- St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee
- Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
- Vivantes Klinikum Neukölln

Entwicklung einer Studie

- Beobachtung: DBT in der normalen Versorgungssituation („DBT as usual“) beinhaltet womöglich etwas anderes als DBT im Rahmen von RCTs
- Annahme: „DBT as usual“ bedeutet, dass DBT häufig mit zusätzlichen Methoden bereichert wird und im Gegenzug häufig einzelne DBT-Methoden wegfallen
- Es entstanden zwei zentrale Fragestellungen,
 - Was „DBT as usual“ eigentlich ist, d.h. wieviel DBT steckt in „DBT as usual“
 - Ist „DBT as usual“ genauso wirksam wie DBT im Rahmen von RCTs
- Anfang 2006 Beginn der Erarbeitung eines Projektes zur Überprüfung der DBT im Rahmen des Berliner Borderline-Netzwerkes

Entwicklung einer Studie: Leitung



Prof. Dr. Thomas Fydrich,

Lehrstuhl für Psychotherapie und Somatopsychologie HU zu Berlin

Prof. Dr. Babette Renneberg,

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, FU Berlin

PD Dr. Christian Stiglmayr

Leiter der AWP-Berlin

PD Dr. Harriet Salbach

KiJu Virchow, Essstörungsprojekt (Studie: DBT vs. CBT)

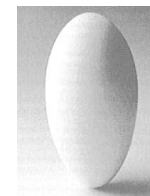
Dr. Stefan Roepke

OA der Borderline-Station im Klinikum Benjamin-Franklin

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Freie Universität Berlin



AWP-BERLIN

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin



Fragestellungen (1)



Wie effektiv ist „DBT as usual“?



1. Ist die ambulante Therapie von Pat. mit einer BPS im Rahmen eines bestehenden DBT-Netzwerkes effektiv...



...für den Pat. (z.B. Suizidversuche, SVV, medizinisches Risiko, stationäre Aufenthalte, Therapieabbrüche, Lebenszufriedenheit, Individuelle Therapieziele, Therapiezufriedenheit)?



...für den Therapeuten (Therapeutenzufriedenheit)?



...unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten (direkte und indirekte Kosten)?

→ Prä-Post-Design

Fragestellungen (2)

- -
 -
 -
 -
 -
2. Ist die DBT zur Behandlung von Pat. mit einer BPS unter naturalistischen Bedingungen („effectiveness“) genauso effektiv wie DBT im Rahmen von RCTs („efficacy“)?
→ Benchmarking-Design
 3. Wie adhärent ist „DBT as usual“?
Hat das Ausmaß an praktizierter DBT einen Einfluss auf das Therapieergebnis?
Welche DBT-Strategien zeigen sich wann als besonders wirkungsvoll?
 4. Was sind die Wirkfaktoren einer gelingenden Therapie aus Patientensicht?

Studiendesign (1)

- Beginn der Studie: Juli 2007
- Dauer der Studie: ca. 4 Jahre
- Erhebungszeitraum pro Pat: 1 Jahr + 1-Jahres-Katamnese + 3-Jahres-Katamnese
- Einschlusskriterien: weibliche und männliche Pat. mit einer BPS
- Alter: ab dem 16. Lj.

Studiendesign (2)

Ausschlusskriterien:

- Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder einer bipolaren affektiven Störung
- Akute Suizidalität
- Abhängigkeitserkrankung in den letzten 6 Monaten
- Auffällige Intelligenzminderung
- Antisoziale PS
- Laufende Psychotherapie

Studiendesign (3)

Abbildung 1: Studiendesign und Messzeitpunkte

1) 12-monatige Verlaufsuntersuchungen

	Woche -4	Woche 0	Woche 17	Woche 34	Woche 52
W_{-1}		W_0	W_1	W_2	W_3
N = 200	N = 100	N = 80			N = 64
	(50% Teilnehmer)	(20% Non-Starter)		(20% Drop-out)	
	prob. Sitz.	- Antragsstellung			
		- Bewilligung durch Krankenkasse			
		- DBT-Vertragsunterzeichnung			
		- ggf. Therapiebeginn			
		- Beginn Fertigkeitentraining			
Screening/Eingangsdagnostik		1. Messzeitpkt.	2. Messzeitpkt.	3. Messzeitpkt.	4. Messzeitpkt.

2) Katamnesen

Woche 52	Woche 104	Woche 156
W_3	W_4	W_5
N = 64	N = 44	N = 30
(30% Drop-out)	(30% Drop-out)	
	1. katamn. Messzeitpkt.	2. katamn. Messzeitpkt.

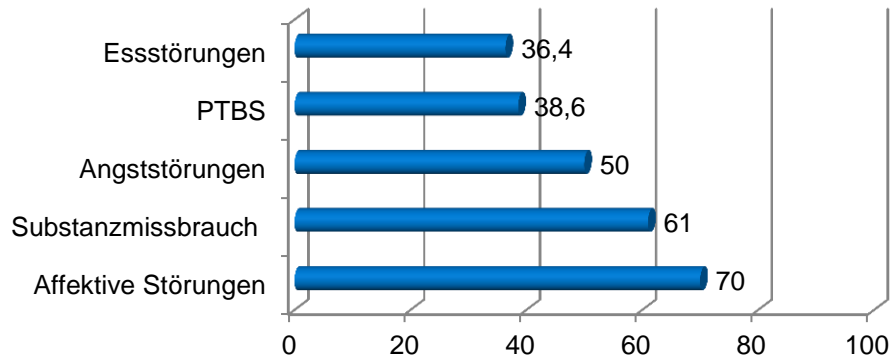
Erste Ergebnisse (1)

<input type="checkbox"/>	Gescreente Pat. (Telefon):	296 (38m, 258w)
<input type="checkbox"/>	Anzahl an diagnostizierten Pat.:	113 (18m, 95w)
<input type="checkbox"/>	■ Davon mussten 34 (8m, 26w) ausgeschlossen werden wegen	
<input type="checkbox"/>	– 21 keine BPS	
<input type="checkbox"/>	– 13 wegen Antisoz. PS, Alkohol- Drogenabh.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Anzahl an eingeschlossenen Pat.:	79 (10m, 69w)
<input type="checkbox"/>	■ Abzüglich Non-Starter:	16 (2m, 14w; 20%)
	⇒ Mit Therapie begonnen:	63 (8m, 55w)
	Abgeschlossen (1 Jahr):	49 (4m, 45w)
	Abbrecher:	14 (4m, 10w; 22%)
	■ Therapieabbruch:	8 (1m, 7w)
	■ Studienabbruch:	6 (3m, 3w)

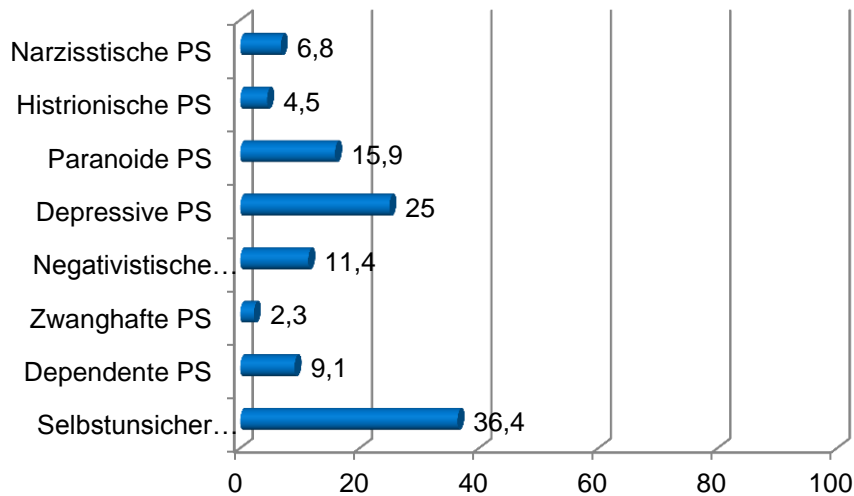
Erste Ergebnisse (2): Soziodemografische Daten

Variable	Ausprägung	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Mann	4	9
	Frau	40	91
Familienstand	Ledig/Single	17	39
	Partnerschaft/Verheiratet	27	61
Eigene Kinder	Nein	28	64
	Ja	16	36
Schulabschluss	Hauptschule (Berufsbreife)	6	14
	Realschule (Mittlere Reife)	25	57
	Gymnasium (Abitur/Fachabitur)	13	30
Beschäftigung	Auszubildend (Schüler/Auszub./Student)	10	23
	berufstätig	10	23
	Hausfrau/Hausmann	1	2
	arbeitslos	13	30
	erwerbsunfähig	10	23
Variable		Mittelwert	Range
Alter		31	17 – 54
Intelligenz (WST)		100	81 - 129

Erste Ergebnisse (3): Störungsspezifische Daten




Achse I



Achse II

Erste Ergebnisse (4): Störungsspezifische Daten

- 
- Suizidversuche (-1 Jahr; N=40): 2,43
(SD=3,25)
 - Lifetime: 65,9 % aller Patienten
 - SVV (-1 Jahr; N=40): 40,65
(SD=70,55)
 - Lifetime: 97,7 % aller Patienten

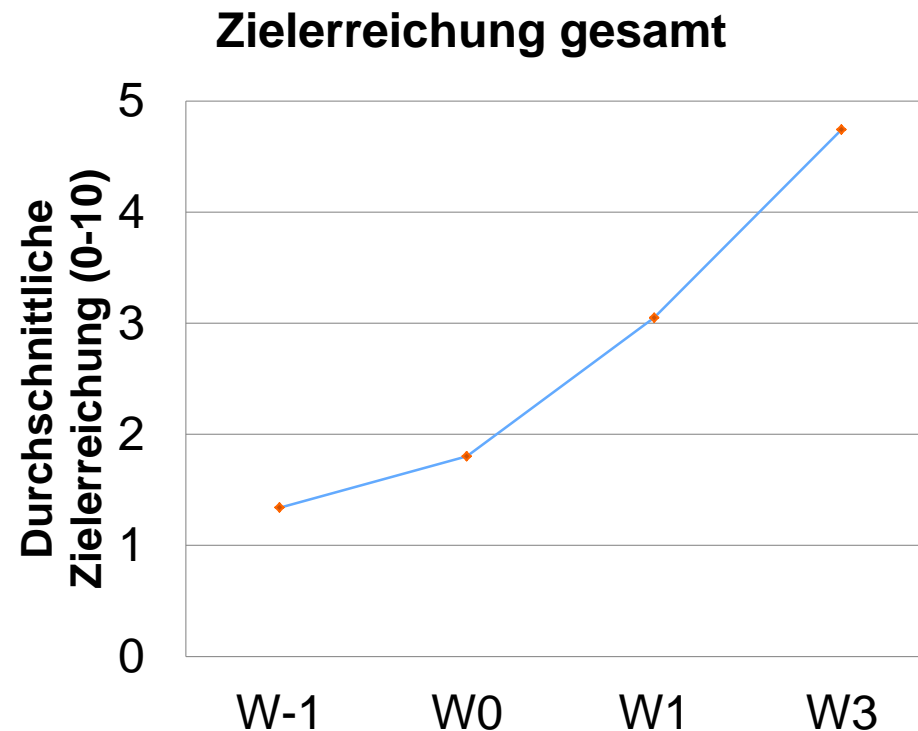
Erste Ergebnisse (5): Therapeutenangaben

- Anzahl an Therapeuten: 19 (7m, 12w)
 - DBT-Fortbildung (mind. 64 UE) 19 (100%)
 - VT-Ausbildung: 17 (89,5%)
 - TP-Ausbildung: 1 (5,3%)
 - TP- und VT-Ausbildung: 1 (5,3%)
- Zusätzliche therap. Qualifikationen: 11
- Durchschnittliche Therapeutische Erfahrung
(range 3 – 24 Jahre): 12,3 (SD = 5,57)
- Durchschnittliche Erfahrung mit DBT
(range 1 – 15 Jahre): 6,4 (SD = 4,0)
- Durchschnittliche Erfahrung mit Behandlung BPS-
Patienten
(range 1 – 18 Jahre) 7,5 (SD = 4,94)

Erste Ergebnisse (6): Prä-Post-Ergebnisse

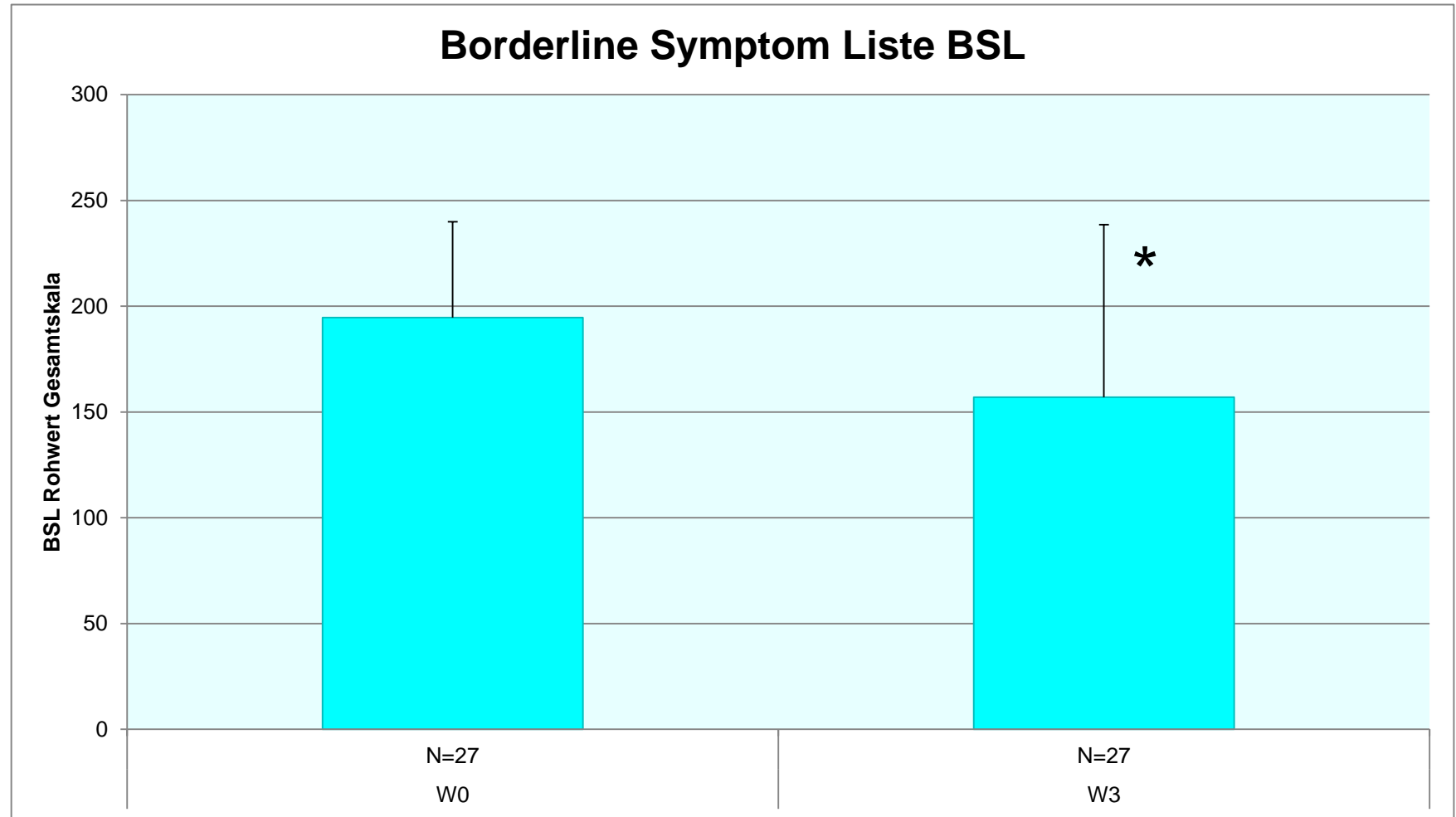
Individuelle Therapiezielerreichung und Therapiezufriedenheit

	N	MW	SD
W-1	42	1.339	0.989
W0	44	1.801	1.392
W1	43	3.048	1.977
W3	43	4.743	2.632



Therapiezufriedenheit (MW): 7,0 (0-10)

Erste Ergebnisse (7): Prä-Post-Ergebnisse

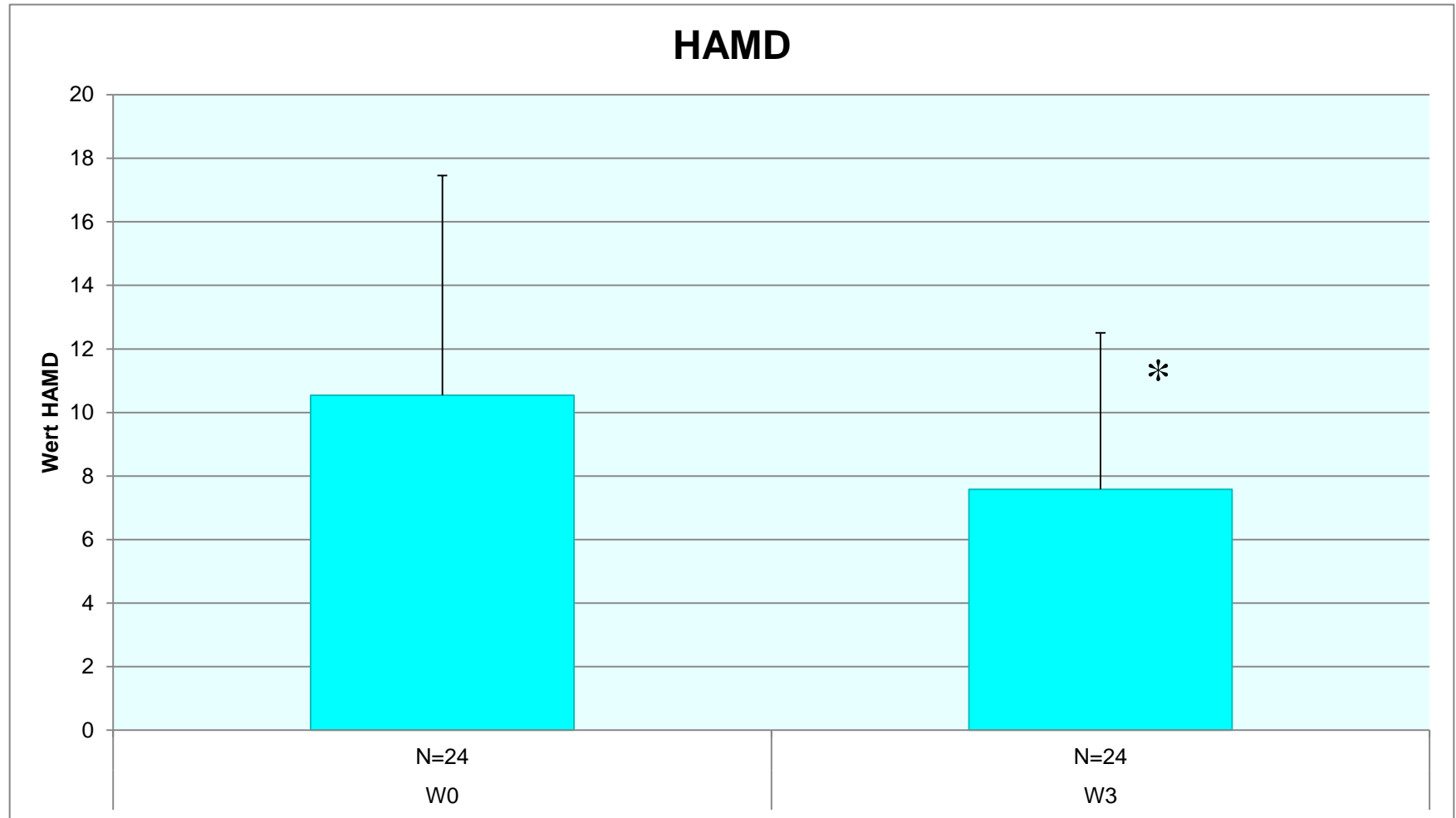


Erste Ergebnisse (8): Prä-Post-Ergebnisse

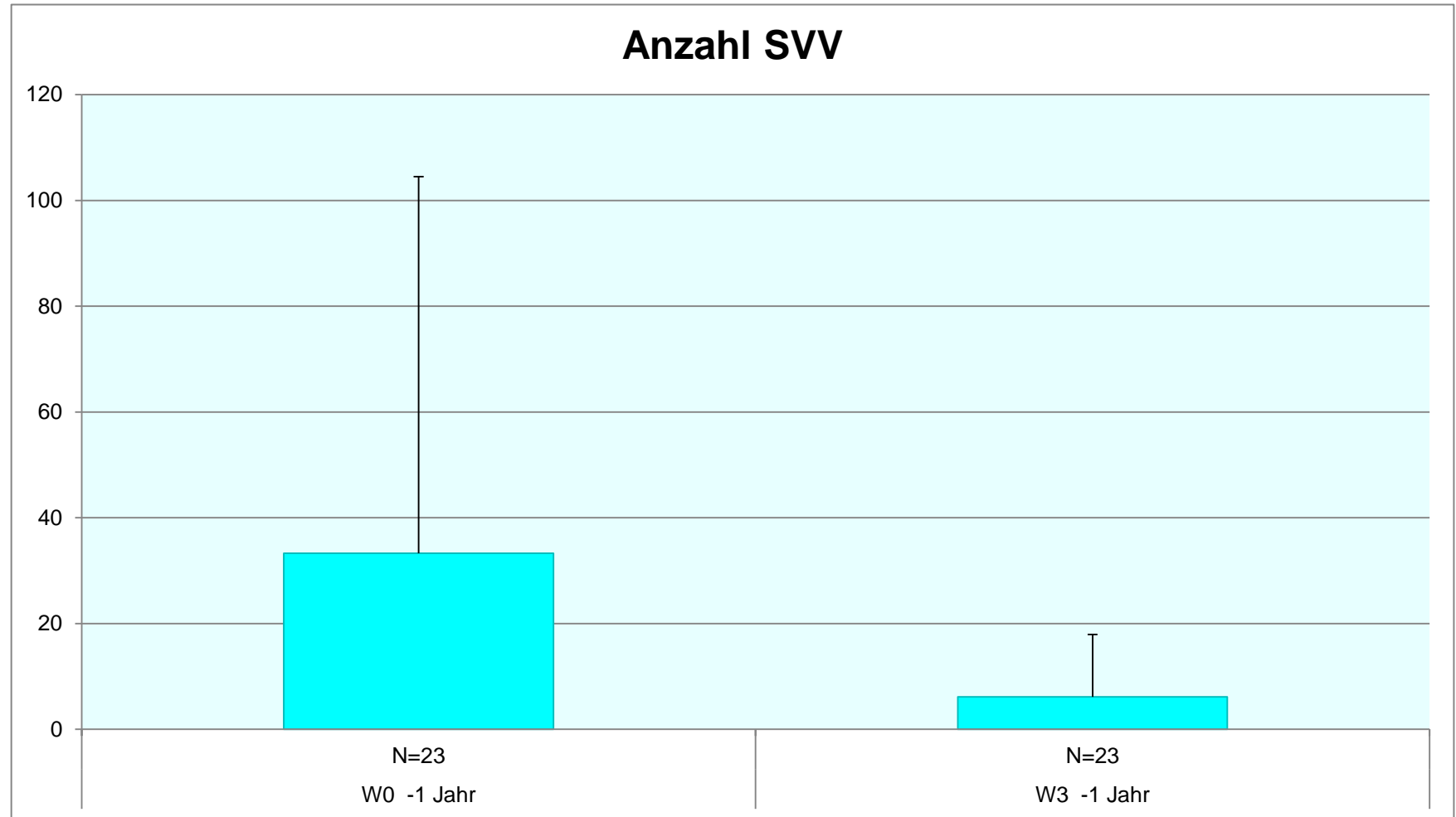
Borderline-Symptomatik DSM-IV

	W-1			W3		
	M	SD	N	M	SD	N
Kriterium 1 – Verlassen fühlen	1,91	0,81	11	1,45	0,69	11
Kriterium 2 – Beziehung	2,62	0,77	13	2,00	0,91	13
Kriterium 3 – Identitätsstörung	2,64	0,81	11	1,82	0,87	11
Kriterium 4 – Impulsives Verh.	2,50	0,67	12	2,08	0,67	12
Kriterium 5 – SV/SVV	2,91	0,30	11	1,82	0,87	11
Kriterium 6 – Affekt. Instabilität	2,92	0,29	12	2,83	0,39	12
Kriterium 7 – Innere Leere	2,85	0,37	13	1,85	0,90	13
Kriterium 8 – Wutausbrüche	2,75	0,45	12	2,50	0,67	12
Kriterium 9 – Paranoid./Dissoz.	2,36	0,81	11	1,91	0,94	11

Erste Ergebnisse (9): Prä-Post-Ergebnisse



Erste Ergebnisse (10): Prä-Post-Ergebnisse



Erste Ergebnisse (11): Kosten

Es sind nur Borderline-spezifische Kosten aufgeführt! (N = 43)

Stationäre und Teilstationäre Aufenthalte

	Tage	Kosten
W0	51.2 (SD=79.6)	13.247 € (SD=21.167)
W3	5.0 (SD=14.6)	1.368 € (SD= 4.079)

Ambulante Arztbesuche (Haus-/Facharzt, Psychiater)

	Kontakte	Kosten
W0	10.5 (SD=9.1)	407 € (SD=354)
W3	5.0 (SD=6.9)	197 € (SD=294)

Erste Ergebnisse (12): Kosten

Beratung/Krisendienst/Notaufnahme

	Kontakte	Kosten
W0	4.4 (SD=7.8)	295€ (SD=509)
W3	2.1 (SD=2.1)	138€ (SD=368)

Informelle Pflege

	Stunden	Kosten
W0	85.1 (SD=225.0)	890€ (SD=2.356)
W3	33.4 (SD=137.5)	350€ (SD=1.440)

Erste Ergebnisse (13): Kosten

Ambulante Psychotherapie

	Kontakte	Kosten
W0	9.90 (SD=18,87)	933€ (SD=1760,95€)
W3	38.72 (SD= 7,49)	3641€ (SD= 683,59€)

Erste Ergebnisse (14): Beschäftigungsstatus

	W0	W3
Arbeitslos	12	12
EU-Berentet	5	5
Azubi	2	1
Student	0	2
Berufstätig	3	3
Schüler	2	1
N	24	24

Erste Ergebnisse (15): Kosten und Beschäftigungsstatus

Vorläufiges Fazit:

- DBT führt zu einer deutlichen Kostenersparnis
 - Alleine die Kostenersparnis im stat. Bereich (ca. 12.000 €) ist ca. doppelt so hoch wie die Kosten der ambulanten DBT (ca. 5000 €/Jahr/Pat.)
 - ⇒ Für einen investierten Euro werden 2 Euro gespart!
- DBT führt im ersten Jahr zu keiner wesentlichen Veränderung im Beschäftigungsstatus

Vorläufige Schlussfolgerungen

- Ambulante Borderline-Netzwerke sind möglich
- Ambulante Borderline-Netzwerke sind hilfreich
- DBT as usual ist wirksam hinsichtlich...
 - Kostenreduktion
 - Reduktion stationäre Aufenthalte
 - Reduktion SVV
 - Reduktion Ausmaß Borderline-Symptomatik
 - Reduktion Depressivität
- UND: Borderline-Therapie kann SPAß machen!

...aber...

- Ca. 3 Anrufe von BPS-Pat./Tag pro Therapeut = 9.000 Anrufe/Jahr im Netzwerk
- Versorgt werden über das Netzwerk ca. 150 Pat. zeitgleich
- Wartezeit in Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Station 5, Eschenallee 3: ½ Jahr
- Warteliste im ZI Mannheim: 300 Pat.

Wünsche (1)

- Mehr Therapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation (DBT, TFP, Schematherapie oder MBT)

⇒ 1. Anreiz: Bezuschussung der Fortbildungen

- Mehr ambulante Therapeuten, die mit Borderline-Patienten arbeiten

⇒ 2. Anreiz: Therapeuten mit Zusatzqualifikation werden besser bezahlt

- An die Komplexität der Störung angepasste Therapiemöglichkeiten:

⇒ 3. Anreiz: Zusatzfinanzierte Fertigkeitengruppen jenseits von Finanzierung Einzeltherapie (max. 80 Stunden + Fertigkeitentraining von 1 ½ Jahre)

⇒ 4. Anreiz: Therapeuten mit Zusatzqualifikation können Fertigkeitengruppen abrechnen (auch ohne Gruppenzulassung)

Wünsche (2)



- Engere Zusammenarbeit zwischen ambulanten Therapeuten und stationären/ teilstationären/komplementären Einrichtungen
- Mehr stationäre/ teilstationäre/komplementäre Einrichtungen, die nach einem strukturierten Konzept arbeiten
- Mehr Zusammenarbeit mit Jobcenter und Rententrägern

Danksagung

- BSP-PatientInnen, die im Rahmen der BBV-Studie behandelt wurden
- TherapeutInnen des Borderline-Netzwerkes Berlin
- MitarbeiterInnen des BBV-Projektes
 - Doreen Spretz
 - Till Wagner
 - Jeannette Meißner
 - Christiane Steffens
 - Julia Stecher-Mohr
 - Zahlreiche sehr engagierte DiplomandInnen
 - Noch mehr sehr engagierte Wissenschaftliche Mitarbeiter

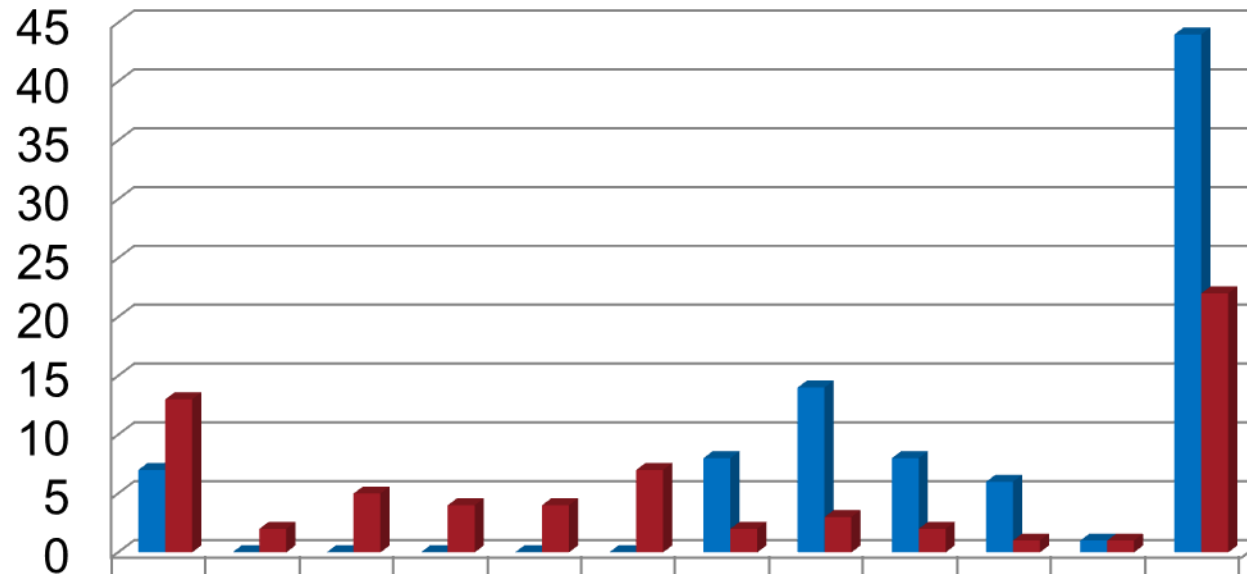
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Erste Ergebnisse (5): Störungsspezifische Daten

BPS-Kriterien

Häufigkeit

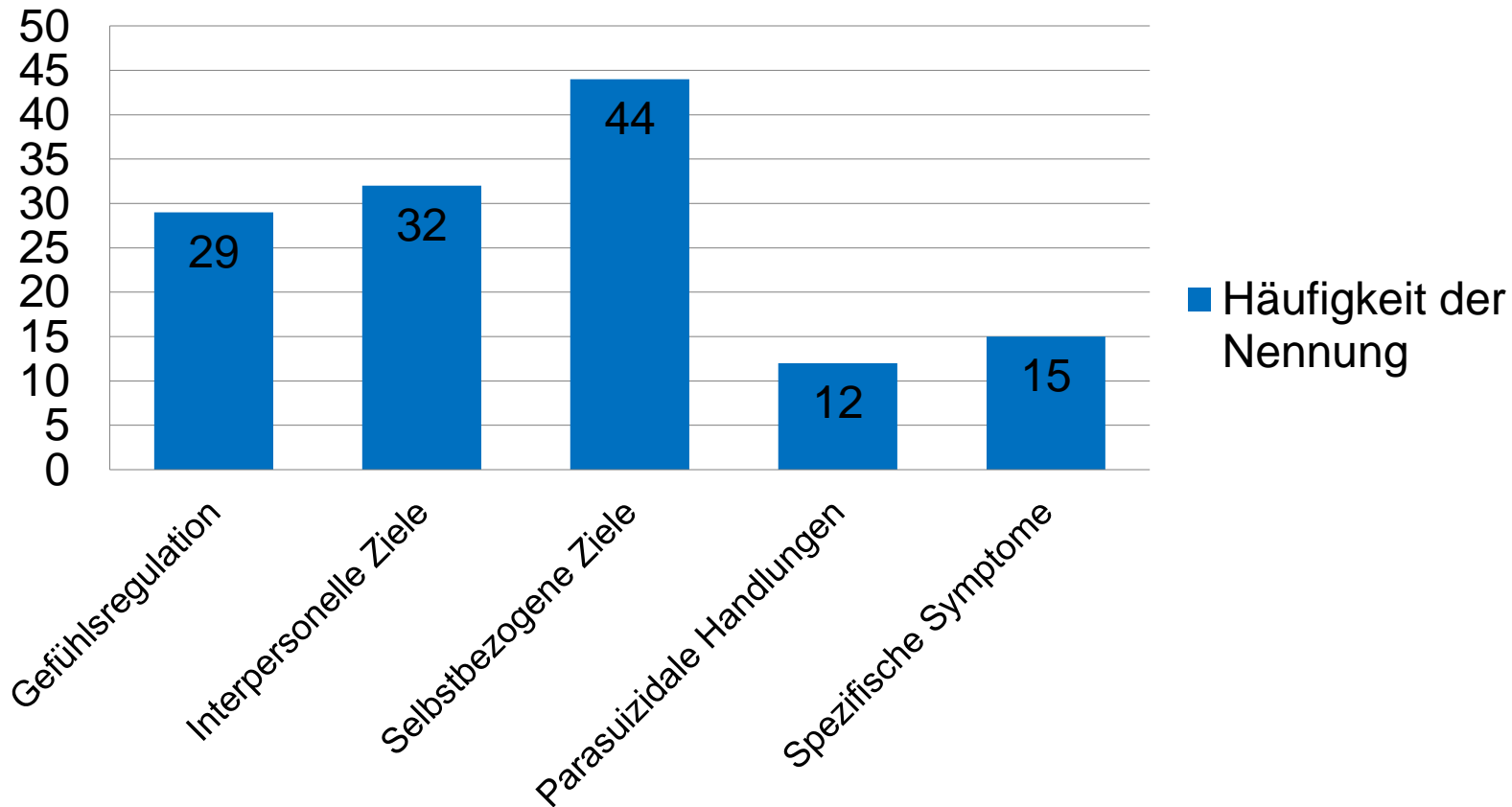
Anzahl erfüllter BPS Kriterien (SKID-II)



■ Patienten zu W-1	7	0	0	0	0	0	8	14	8	6	1	44
■ Patienten zu W3	13	2	5	4	4	7	2	3	2	1	1	22

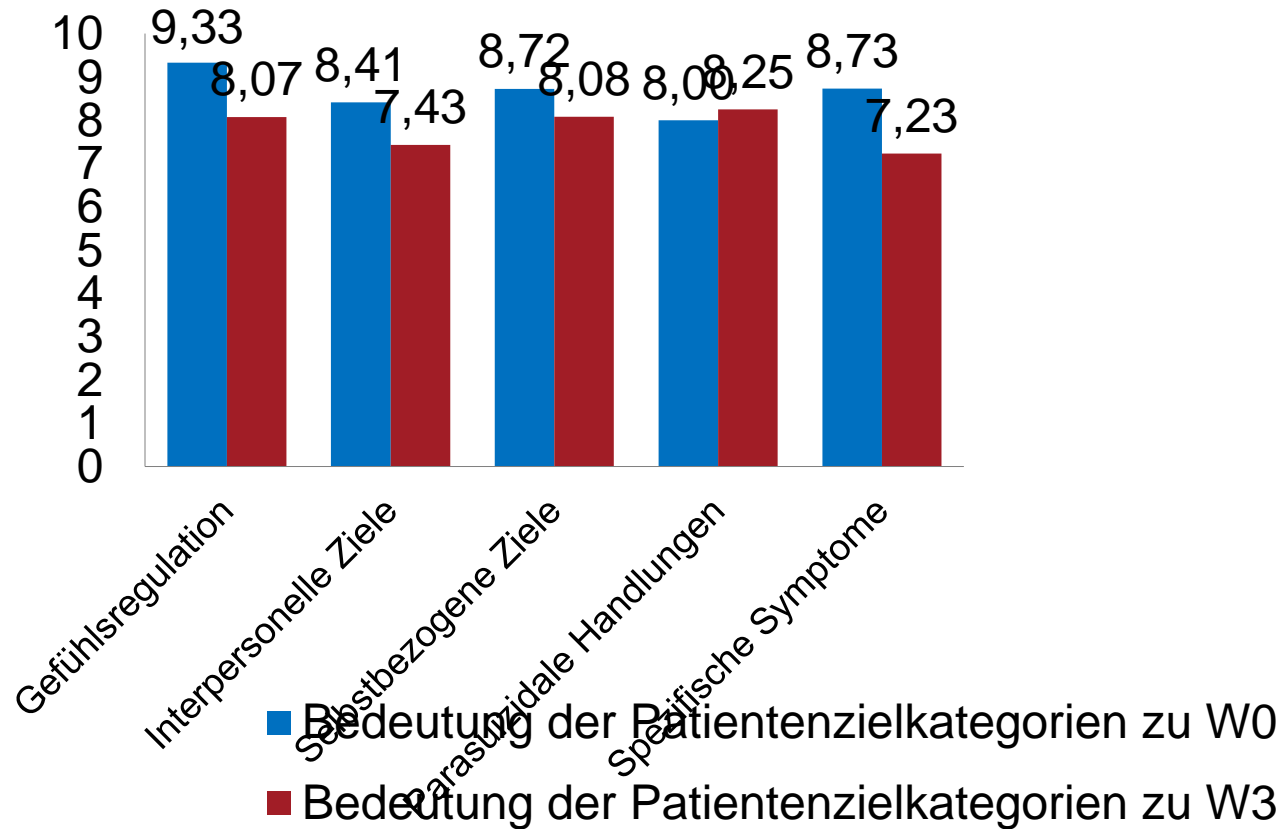
Erste Ergebnisse (6): Störungsspezifische Daten

Individuelle Therapieziele der Patienten: Häufigkeiten



Erste Ergebnisse (7): Störungsspezifische Daten

Individuelle Therapieziele der Patienten: Jeweilige Bedeutung Prä-Post

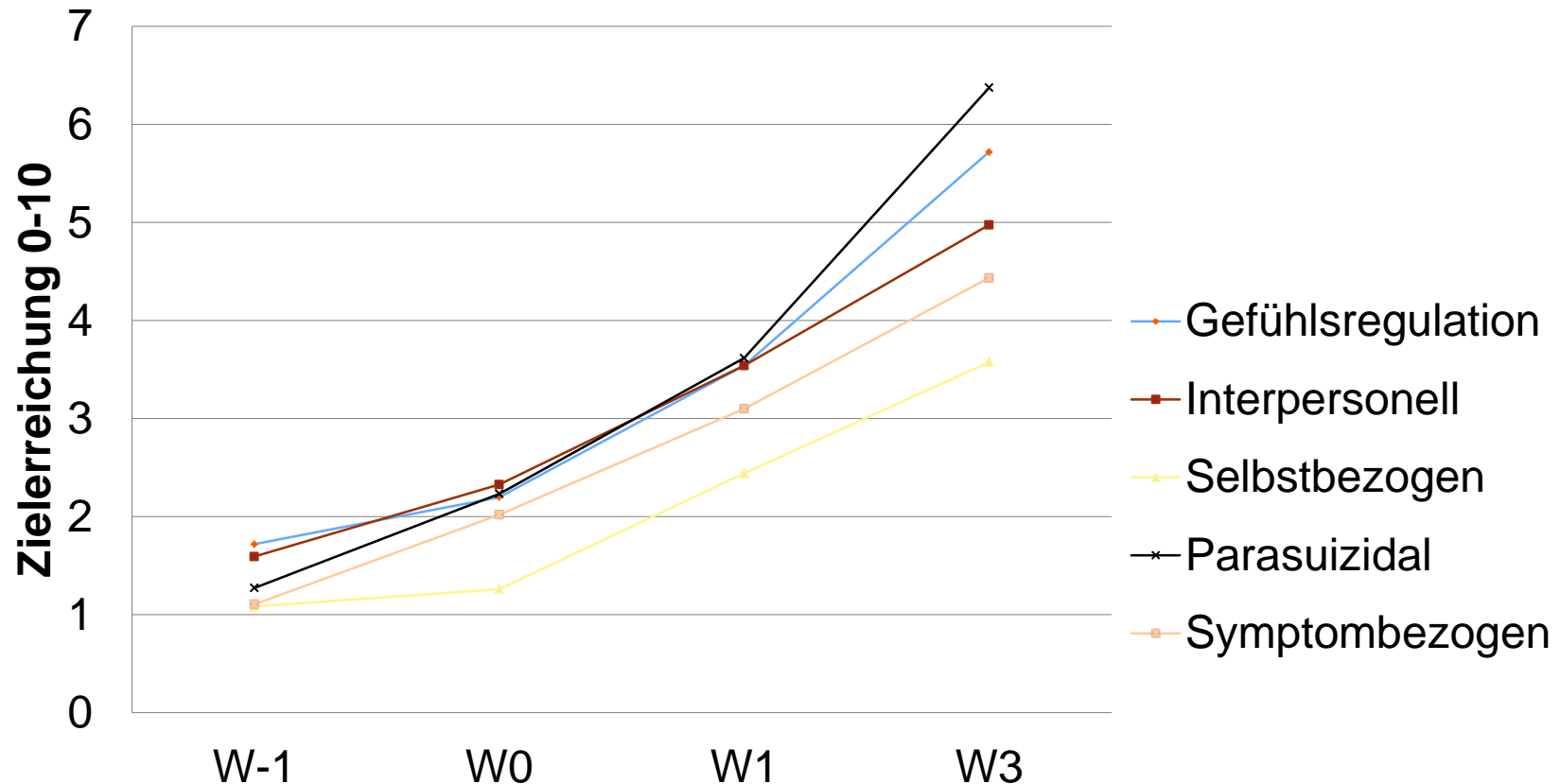


Erste Ergebnisse (10): Prä-Post-Ergebnisse



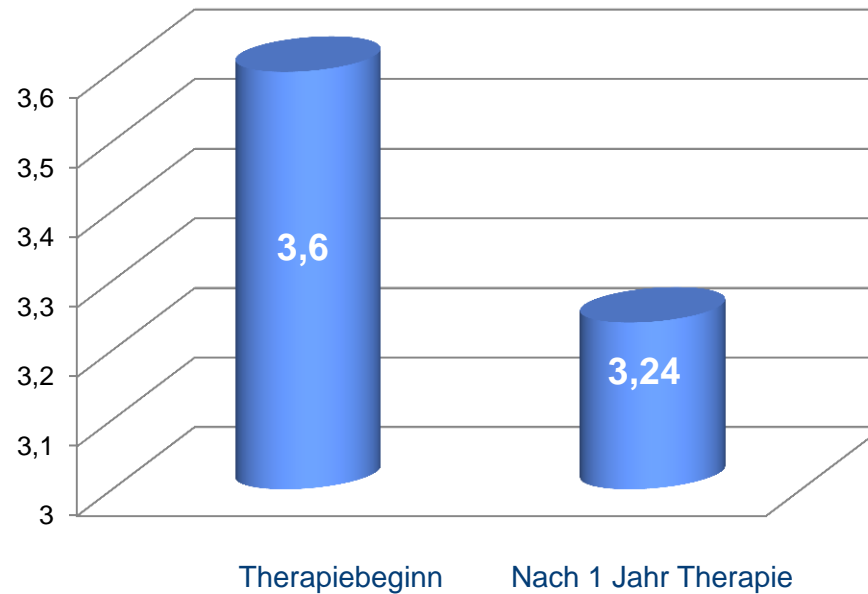
Individuelle Therapiezielerreichung: Hauptkategorien

Therapiezielerreichung



Erste Ergebnisse (11): Prä-Post-Ergebnisse

Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen



ES (d): 0.47

Erste Ergebnisse (11): Wirkfaktoren aus Pat.sicht

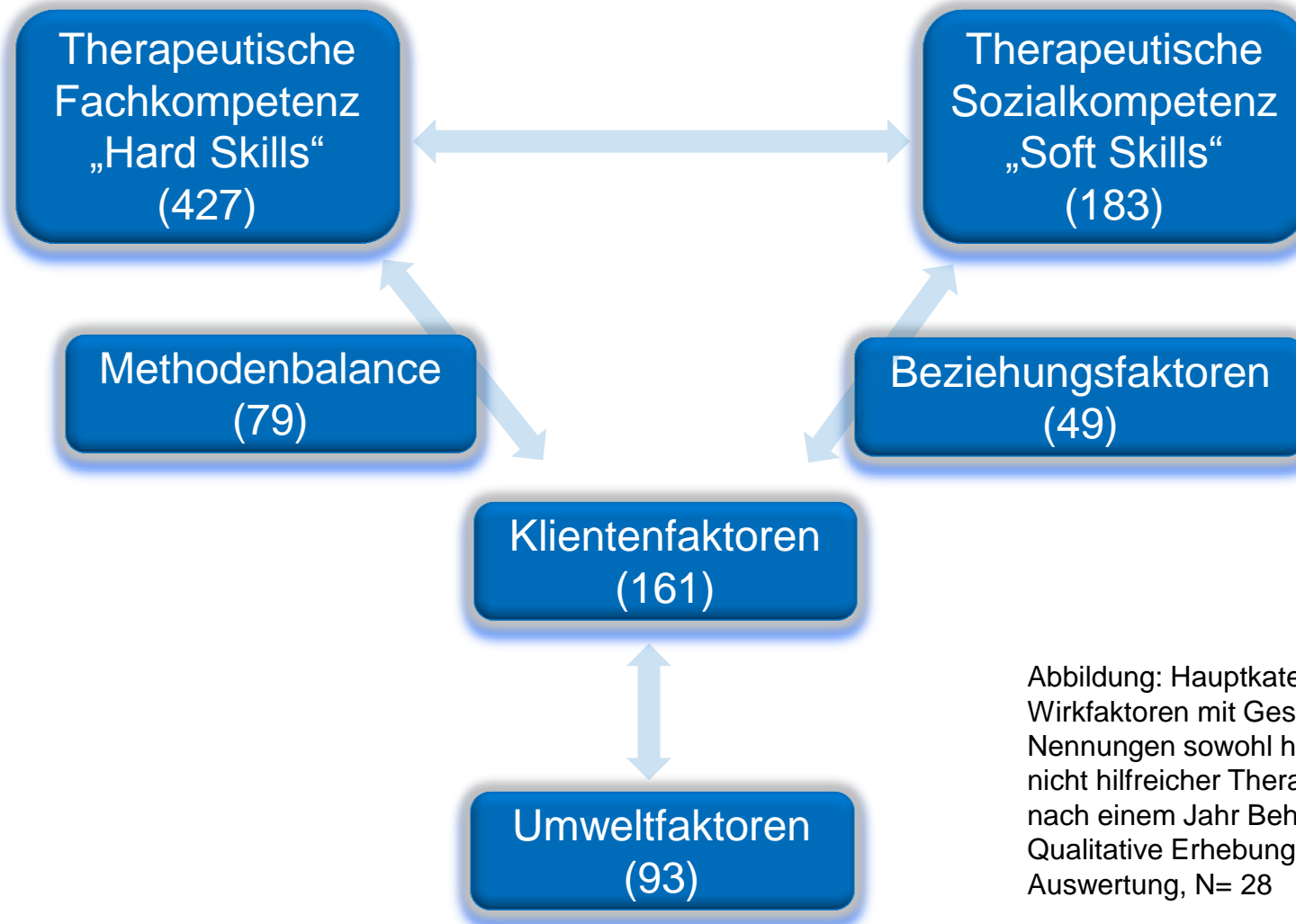


Abbildung: Hauptkategorien der Wirkfaktoren mit Gesamtanzahl von Nennungen sowohl hilfreicher wie nicht hilfreicher Therapieaspekte nach einem Jahr Behandlung: Qualitative Erhebung und Auswertung, N= 28

Erste Ergebnisse (13): Wirkfaktoren aus Pat.sicht

Wirkfaktor	Einfluss auf die Therapiezielerreichung in %
Therapeut/Beziehung (Empathie, Engagement, Selbstoffenbarung etc.)	46,7
Klientenfaktoren (Wille, Fähigkeiten etc.)	30,8
Technik (v.a. Stresstoleranz- und Achtsamkeitsskills)	16,8
Umfeldeinflüsse	5,6

Und darüber hinaus...

**...Erste Ergebnisse zum ambulanten
Monitoring...**

Ambulatory Assessment

I. Kognitive Grundannahmen bei BPS

- BPS-Grundannahmen im Alltag

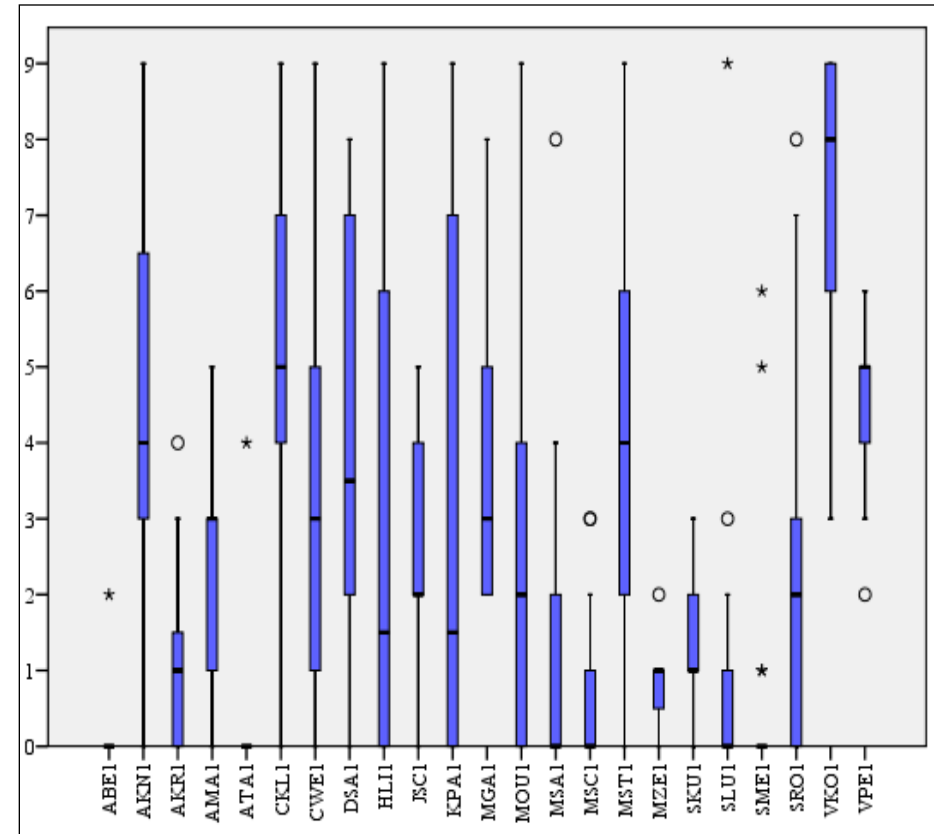
→ hohe Variabilität

Tab.1: Maße der Variationsbreite borderline-spezifischer Grundannahmen

	BPS Grundannahmen				
	verletzlich	machtlos	Umwelt negativ	nicht akzeptieren	hassen
Range (ges.)	6.35	5.13	5.34	5.26	4.74
	(2.57)	(3.27)	(2.39)	(2.93)	(3.41)
Größte Differenz (t₁-t₂)	4.96	4.48	4.51	4.31	3.77
	(2.55)	(3.16)	(2.41)	(2.87)	(3.01)
Mittlere Differenz (t₁-t₂-...-t₂₇)	1.45	1.51	1.26	1.22	0.89
	(0.93)	(1.08)	(0.92)	(0.87)	(0.86)

Range (ges.) = Mittlerer Gesamtrange über alle Messungen; **Größte Diff.** (t₁-t₂) = größte mittlere Diffe zwischen zwei aufeinander folgenden Erhebungen **Mittlere Diff.** (t₁-t₂-...-t₂₇) = mittlere Differenz zwischen aufeinander folgenden Messungen über alle Messzeitpunkte

Fig. 1 Intraindividuelle Variabilität der Grundannahme "verletzlich"



Ambulatory Assessment

I. Kognitive Grundannahmen bei BPS

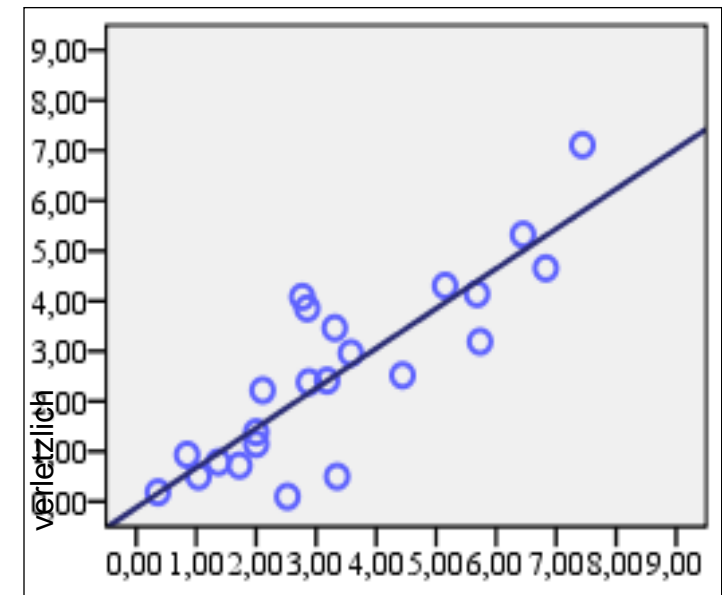
- Intensität der BPS-Grundannahmen sind assoziiert mit:

→ Intensität aversiver innerer Spannung

	BPD- Grundannahmen				
	verletzlich	machtlos	Umwelt negativ	nicht akzeptieren	hassen
rx _y	0.85***	0.83***	0.76***	0.49***	0.43**

** p < .01 *** p ≤ .001 einseitiger Test

Aversive Spannung: N = 35, M = 3.43, SD(M) = 1.88,
Min(M) = 0.36, Max(M) = 7.44



Intensität aversive Spannung