

**Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie
auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten
bei Borderline-Patienten**

Systematische Literaturreview

Name, Vorname:	Köberl Alexandra
Adresse:	Zenzachweg 10, 4451 Wintersingen
E-Mail:	alex.koeberl@hotmail.com
Kurs:	Bachelor of Science in Nursing 2015
Name und Titel der Begleitperson:	Jossen Renata, Master of Science in Nursing, MNSc
Ort und Datum der Abgabe:	Visp, 11 Juli 2018

„Nur wer seinen eigenen Weg geht, kann von niemandem überholt werden.“

Marlon Brando

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei Renata Jossen für die kompetente Unterstützung während der Erstellung dieser systematischen Literaturreview bedanken.

Ein grosses Dankeschön geht an Stephanie Schnydrig und Lucian Düring für die formelle Überprüfung und Korrektur der Arbeit.

Zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, die mich in dieser anspruchsvollen Zeit unterstützt haben, bedanken.

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Borderline-Patienten weisen oft suizidales und selbstverletzendes Verhalten auf, welches ein häufiges Problem ist und eine grosse Herausforderung darstellt. Für die Behandlung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten gilt die Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) als die erfolgreichste Therapie und wird in der Nursing Intervention Classification (NIC) als eine Pflegeintervention aufgeführt. Eine aktuelle deutschsprachige Literaturreview zur gewählten Thematik fehlt. Die Fragestellung bezieht sich auf die Wirksamkeit der DBT auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten.

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die aufgestellte Fragestellung zu beantworten. Es soll dargestellt werden, in wie weit die DBT zur Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten angewendet werden kann. Die Erkenntnisse sollen einen Beitrag zur Pflegeforschung leisten.

Methode: Für die Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturreview erstellt. In pflegerelevanten Datenbanken wie Cochrane, Pubmed und Cinahl wurde nach passender Literatur gesucht. Anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien konnten sechs Studien zur Beantwortung der Fragestellung ausgewählt werden. Die Studien wurden kritisch gelesen und in einem zusammenfassenden Text dargestellt. Der Evidenzgrad und die Qualität der Studien wurde anhand spezifischer Kriterien eingeschätzt.

Ergebnisse: Die Wirksamkeit der DBT zeigte in vier von sechs Studien signifikante Ergebnisse auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten. In zwei Studien zeigte sich die DBT als gleich wirksam wie die Standardtherapie. Eine Studie weist eine hohe Qualität auf, vier Studien erweisen sich als mittlerer Qualität und eine Studie ist von niedriger Qualität.

Schlussfolgerung: Die DBT scheint eine wirksame Intervention auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten zu sein. Die Implementierung in die Praxis wird von der Autorin empfohlen. Des Weiteren sollten Weiterbildungen zur DBT angeboten werden, um sich mit den Vorgehensweisen vertraut machen zu können und somit eine professionelle Pflege gewährleistet werden kann.

Keywords: „borderline personality disorder“ – „dialektisch behavioral Therapy“ – “DBT” – “self-injury” – “self-injurious behavior” – “deliberate self-harm” – “suicidality”

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problembeschreibung.....	1
1.2	Fragestellung	5
1.3	Zielsetzung.....	5
2	Theoretischer Bezugsrahmen	6
2.1	Borderline - Emotionale Instabile Persönlichkeitsstörung	6
2.1.1	Definition und Klassifikation.....	6
2.1.2	Ätiologie	7
2.1.3	Diagnostik und Symptome.....	7
2.1.4	Verlauf.....	8
2.1.5	Therapien	8
2.2	Suizidales und selbstverletzendes Verhalten.....	10
2.2.1	Definition und Einteilung.....	10
2.2.2	Ätiologie und beeinflussende Faktoren	11
2.2.3	Messinstrumente	12
2.2.4	Therapie	13
2.3	Dialektisch-Behavioral Therapie	14
2.3.1	Definition	14
2.3.2	Behandlungsstrategien.....	14
2.3.3	Behandlungskonzept.....	15
2.3.4	Anwendung der Dialektisch-Behavioral Therapie in der Pflege.....	16
3	Methodenbeschreibung	18
3.1	Forschungsdesign	18
3.2	Datensammlung	19
3.3	Datenauswahl	20
3.4	Datenanalyse	20
4	Ergebnisse.....	23
4.1	Ergebnisse der Literaturrecherche.....	23
4.2	Grundlegende Informationen zu den eingeschlossenen Studien	23
4.3	Beschreibung der analysierten Studien	25
4.4	Hauptergebnisse	36
4.5	Qualität der Studien.....	41

5 Diskussion	45
5.1 Diskussion der Suchstrategie und Auswahl der analysierten Studien	45
5.2 Diskussion der grundlegenden Informationen der Studien.....	47
5.3 Diskussion der Hauptergebnisse der analysierten Studien	50
5.4 Diskussion der Qualität/Glaubwürdigkeit der analysierten Studien	55
5.5 Kritische Würdigung	59
6 Schlussfolgerungen	61
7 Literaturverzeichnis	62
8 Anhang.....	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie	19
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	20
Tabelle 3: Ergebnisse Literaturrecherche.....	23
Tabelle 4: Suchstrategie	24
Tabelle 5: Unterschiedliche Begriffe von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten .	24
Tabelle 6: Darstellung der Hauptergebnisse.....	38/40
Tabelle 7: Qualität/Glaubwürdigkeit der analysierten Studien.....	44

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Nach der Weltgesundheitsorganisation (2001) sind heute rund 450 Millionen Menschen weltweit von einer psychischen Störung oder einer Verhaltensstörung betroffen. In den europäischen Ländern liegt die Inzidenz der psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen pro Jahr bei etwa einem Viertel bis einem Drittel der Bevölkerung (World Health Organization, 2001). In der Schweiz treten jährlich circa 25 bis 30% Neuerkrankungen oder wiederholte Erkrankungen von psychischen Störungen auf (Meyer, 2009).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine davon. Sie ist eine weitverbreitete psychische Erkrankung, die durch eine Störung des Selbstbildes, einer Instabilität in den Affekten und der Impulsivität, sowie einem Defizit in der Arbeits- und Beziehungsfähigkeit gekennzeichnet ist (Van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, & Van Furth, 2014). Die Ursache einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die gegenseitige Beeinflussung bestimmter genetischer und psychosozialer Faktoren wie beispielsweise sexuelle Gewalt oder ein Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom in der Kindheit (Bohus & Schmahl, 2006). Die Problematik der Erkrankung entwickelt sich oftmals in der frühen Adoleszenz mit ersten Anzeichen, wie starken Stimmungsschwankungen, Selbstzweifeln und Wutausbrüchen. Ein klinischer Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht, wenn zusätzlich zu den Symptomen noch Selbstverletzung, Suizidversuche, Essstörungen oder Drogenprobleme auftreten (Bohus & Schmahl, 2006).

Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung beträgt etwa 2% in der allgemeinen Bevölkerung. Frauen im jungen Erwachsenenalter zwischen 15 und 45 Jahren sind mit einer Prävalenz von 3% am häufigsten betroffen. Bei den Männern tritt die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei circa 1% auf (Bohus & Schmahl, 2006). Laut dem Bundesamt für Statistik (2015) sind rund 7% aller Behandlungsfälle in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Etwa 80% der Betroffenen suchen sich in einer Psychiatrischen Klinik Hilfe. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine der häufigsten Aufnahmefälle in den psychiatrischen Kliniken (Bohus & Schmahl, 2006).

Die Diagnosestellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolgt nach neun Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), von denen fünf erfüllt sein müssen, für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus & Schmahl, 2006). Die Kriterien nach DSM-IV werden in der Reihenfolge der Wichtigkeit aufgelistet (Sass, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003). Das Kriterium fünf, wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen, -versuche oder selbstverletzendes/suizidales Verhalten wird von

80% der Betroffenen Borderline-Patienten erfüllt. Die Mehrheit der Borderline-Patienten berichten, dass sie bereits ein- oder mehrmals versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Davon waren circa 8% der Betroffenen erfolgreich und vollendeten den Suizidversuch (Bohus & Schmahl, 2006).

Suizidales und selbstverletzendes Verhalten beschreibt eine Handlung, bei der die direkte Schädigung oder eine offene Verletzung des Körpers, mit nicht suizidaler Absicht, im Mittelpunkt steht. Die am meisten angewendete Methode zur Selbstverletzung ist das Schneiden oder Ritzen der Haut mit scharfen Gegenständen wie Rasierklingen oder Scheren (Petermann & Nitkowski, 2008). Im Jugendalter und bei Heranwachsenden tritt das suizidale und selbstverletzende Verhalten besonders ausgeprägt auf. 19% der Patienten in Kinder- und Jugendpsychiatrien weisen suizidales und selbstverletzendes Verhalten auf. Bei den Erwachsenen sind es 4% der Betroffenen, die mindestens drei Selbstverletzungsepisoden in der Vergangenheit zeigten. Frauen sind häufiger von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten betroffen als Männer (Petermann & Nitkowski, 2008). Laut Van den Bosch et al. (2014) ist das Suizidrisiko und das wiederholte suizidale und selbstverletzende Verhalten bei Borderline-Patienten 50 Mal höher als das in der Allgemeinbevölkerung.

Durch suizidales und selbstverletzendes Verhalten sollen Spannungszustände und heftige negative Emotionen minimiert werden (Bohus & Schmahl, 2006). Es werden positive Gefühle wie Entspannung, Ruhe und Kontrolle ausgelöst. Auch negative Gefühle wie Scham können auftreten. Aufgrund der kurzen Wirkung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten auf das emotionale Befinden, erfolgt nach wenigen Tagen eine erneute Selbstverletzung (Petermann & Nitkowski, 2008). Betroffene sind in einer akuten Phase der Selbstverletzung schmerzunempfindlich (Bohus & Schmahl, 2006).

Die Pflege und Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt in psychiatrischen Kliniken eine grosse Herausforderung dar und stellt hohe Anforderungen an das Behandlungsteam (Fydrich & Schneider, 2015; Früchtnicht, Grüttert, & Friege, 2003). Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und suizidalem und selbstverletzendem Verhalten zählen zu den schwierigen Patienten und können bei Pflegefachpersonen Reaktionen wie Angst, Schuld, Ärger oder Wut auslösen (Schoppmann, 2009). Durch suizidales und selbstverletzendes Verhalten der Patienten wird das Handeln der Pflegefachpersonen hinterfragt, sie werden gefordert und bringt sie zum Teil an die Grenze der Belastbarkeit. Folge davon kann ein therapiegefährdetes Verhalten seitens des Behandlungsteams sein, wie beispielsweise die Entwertung der Patienten oder die fehlende Unterstützungshaltung für die Patienten. Des Weiteren kann es zu Burn-out Ausfällen im Behandlungsteam kommen (Früchtnicht, Grüttert, & Friege, 2003).

Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen werden als Intervention, Psychotherapien angewendet. Vier störungsspezifische Therapien stehen zurzeit für eine Behandlung

der Borderline-Persönlichkeitsstörung zur Verfügung. Dazu zählen die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP), die Schematherapie, beziehungsweise die Schemafokussierte Therapie, die Metallisierungsbasierte Therapie (MBT) und die Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) (Renneberg, Schmitz, Doering, Herpetz, & Bohus, 2010).

Nach Schmahl und Stiglmayr (2015) zählt die Dialektisch-Behavioral Therapie zu der erfolgreichsten Therapie zur Behandlung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten. Sie wurde in den 80er Jahren von Marsha Linehan entwickelt und diente zu Beginn als spezifische Therapie für chronisch suizidale Borderline-Patienten. Mit einem gut ausgearbeiteten Therapiekonzept und dem Ziel, die Patienten emotional zu stabilisieren, soll der Umgang von schwierigen Situationen, die zu suizidalem und selbstverletzendem Verhalten führen, verbessert und das Erkennen von Situationen vereinfacht werden. Die Dialektisch-Behavioral Therapie basiert auf einem Fertigkeitentraining in der Gruppe und ist auf verschiedene Verhaltensmethoden aufgebaut. Zusätzlich beinhaltet sie eine individuelle Psychotherapie, eine 24 Stunden Telefonberatung und eine Supervision der Therapeuten.

In Krisensituationen stellen Pflegende erste Ansprechpersonen dar. Daher sollten sich Pflegefachpersonen mit der dialektischen Sichtweise vertraut machen, um entsprechende Behandlungsstrategien anwenden zu können. Die Dialektisch-Behavioral Therapie gibt Strategien vor, wie in Situationen in der sich Patienten selbst verletzen, vorzugehen ist. Die Autonomie des Patienten wird gewahrt und gefördert, die Akzeptanz des Ist-Zustandes erfolgt, und eine gleichzeitige Veränderung der Situation wird geschaffen. In Fortbildungen haben Pflegende die Möglichkeit, diese Vorgehensweisen zu besprechen und zu trainieren. Dies ermöglicht den Pflegenden ein hohes Mass an Eigenständigkeit und Sicherheit im Umgang mit Patienten in einer Krisensituation (Früchtnicht et al., 2003). Auch Ahrens (2004) erläutert die Wichtigkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie im Umgang mit suizidalen und selbstverletzenden Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie verhilft mit ihren präzisen und strukturierten Denkweisen, den Pflegenden zu einer gelasseneren und effektiveren Pflege.

In der Nursing Intervention Classification (NIC) wird das „Behavioral Management: Self Harm“ als eine Pflegeintervention aufgelistet, welche den Patienten in der Reduzierung oder der Beseitigung von selbstverletzendem Verhalten, unterstützt soll (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013).

Aktuell gibt es bereits mehrere englische systematische Literaturreviews, welche die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie bei Borderline-Patienten untersucht haben.

In der systematischen Literaturreview von Turner, Austin und Chapman (2014) wird die Wirksamkeit von psychologischen und pharmakologischen Behandlungen auf nicht suizi-

dales selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen, sowie auch bei Erwachsenen untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die verschiedenen angewendeten Psychotherapien, unter anderem die Dialektisch-Behavioral Therapie, auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten wirksam sind. Ausserdem zeigen die Ergebnisse, dass die Dialektisch-Behavioral Therapie zu einer Verminderung der Borderline-Symptome beiträgt. Die Verfasser erwähnen, dass in zukünftigen Studien verschiedene methodische Anpassungen nötig sind, um die interne Validität zu stärken und die Wirksamkeit zu belegen.

Die systematische Literaturreview von Bloom, Woodward, Susmaras und Pantalone (2012) untersuchte die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie, die in stationären Einrichtungen angeboten wird, auf die Reduzierung von Borderline-Symptomen. In allen elf eingeschlossenen Studien konnte eine Verbesserung in der DBT Gruppe in mindestens einem Symptom oder problematischem Verhalten erzielt werden.

Im Jahr 2011 wurde eine deutsche systematische Literaturreview von Sterren (2011) erstellt. Die Übersichtsarbeit schloss Studien vom Jahr 2000 bis 2010 ein und untersuchte die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. In acht Studien wurde ein positiver Effekt der Dialektisch-Behavioral auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten beschrieben und in fünf Studien war die Wirkung signifikant. Nach Wissen der Autorin fehlt eine aktuelle deutsche systematische Literaturreview zu der Fragestellung, wie die Wirkung der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten ist.

Pflegeinterventionen werden nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) Artikel Nr. 32 (1994) nur von der obligatorischen Krankenkasse übernommen, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Deshalb werden die Leistungen in ihrer Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden untersucht und dadurch nachgewiesen (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2018). Daher ist es wichtig, eine deutsche systematische Literaturreview, welche durch wissenschaftliche Methoden erstellt wurde und das Ziel verfolgt, die Wirksamkeit der DBT auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten zu untersuchen, zu verfassen.

1.2 Fragestellung

Wie wird die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

1.3 Zielsetzung

Die systematische Literaturreview hat das Ziel, die aufgestellte Fragestellung, wie die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben ist, zu beantworten und einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen.

Falls die Ergebnisse signifikant wirksam sind, sollen diese eine evidenzbasierte und qualitativ hochstehende Pflegequalität gewährleisten, indem die Ergebnisse als Handlungsempfehlung für die Verwendung in der Pflegepraxis formuliert werden. Diese Empfehlungen sollen Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Abteilungen, aber auch in anderen Fachbereichen ermöglichen, den Umgang mit suizidalen und selbstverletzenden Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu vereinfachen. Ausserdem soll es zu einer Sensibilisierung der Wichtigkeit dieser Thematik führen.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Borderline - Emotionale Instabile Persönlichkeitsstörung

2.1.1 Definition und Klassifikation

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung, auch emotionale instabile Persönlichkeitsstörung genannt, wird als ein instabiles Muster im Selbstbild, in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Stimmung mit starker Impulsivität beschrieben (Sass et al., 2003). Der Begriff „borderline“ ist englischsprachig und ist mit der Bedeutung „Grenzlinie“ erklärt (Altenthan et al., 2013).

Nach der International Classification of Diseases (ICD-10) und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) können Persönlichkeitsstörungen in verschiedene Cluster eingeteilt werden. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird ins Cluster B eingeteilt (Kapfhammer, 2012).

Im Cluster B werden alle Persönlichkeitsstörungen eingeteilt, die sich durch die Merkmale „dramatisch“, „emotional“ und „launisch“ auszeichnen. Zu diesen Störungen zählen die Dissoziale-, die Borderline-, die Historische- und die Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Bei diesen Persönlichkeitsstörungen treten Charakteristika auf wie Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstverletzung und eine Störung der Gefühlsregulation (Frauenknecht & Klaus, 2008; Sass et al., 2003).

Hauptmerkmale einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind eine Störung in der Gefühlsregulation, eine Instabilität der eigenen Identität und in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Begleitet werden die Hauptmerkmale von starken Spannungs- und Stimmungsschwankungen, aggressiven Ausbrüchen, Selbstverletzung und sich wiederholenden Suizidversuchen (Frauenknecht & Klaus, 2008). Auch Bohus und Schmahl (2006) beschreiben die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Störung, die sich oftmals bereits im frühen Erwachsenenalter entwickelt und mit gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen, starken Stimmungsschwankungen und einem falsch wahrgenommenen Selbstbild einhergeht. In der Studie von Links, Kolla, Guimond und McMain (2013) und Van den Bosch et al. (2014) wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine häufig auftretende, aufgrund der hohen Suizidrate, meistens zum Tode führende Störung bezeichnet. Ebenfalls wird von einer Instabilität in den Affekten, der Impulsivität und den zwischenmenschlichen Beziehungen gesprochen. Die Autoren erwähnen, dass das Suizidrisiko bei Borderline-Patienten bis zu 50 Mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung.

2.1.2 Ätiologie

Für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird eine Wechselwirkung zwischen psychosozialen und genetischen Faktoren angenommen (Bohus & Schmahl, 2006). Rund 69% der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen auf genetische Faktoren zurück, wovon 50% der Betroffenen von einem Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS) in der Kindheit berichten, welche zu den genetischen Faktoren zählt. Zu den biografischen psychosozialen Faktoren lassen sich sexuelle Gewalt in der Kindheit (70%), körperliche Gewalt (60%) und schwere Vernachlässigung (40%) identifizieren. Eine frühe sexuelle Traumatisierung wird für eine Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht vorausgesetzt (Bohus & Höschel, 2006; Bohus & Schmahl, 2007).

Die Berücksichtigung der dysfunktionalen Verhaltensmuster ist wichtig. Selbstverletzendes Verhalten wird auf der phänomenologischen Ebene gesehen und bei etwa 85% der Betroffenen festgestellt. Das Verhalten mit der Absicht starke Spannung zu reduzieren, kann auf dissoziative Zustände zurückgeführt werden (Bohus & Schmahl, 2007). Als dissoziative Zustände können die gestörten Denk-, Verhaltens- und Handlungsabläufe verstanden werden (Frauenknecht & Klaus, 2008).

2.1.3 Diagnostik und Symptome

Für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung müssen mindestens fünf von neun DSM-IV Kriterien nach Sass et al. (2003) erfüllt sein.

Das Kriterium eins umfasst die intensive Angst vor Trennung oder Zurückweisung, welche die Betroffenen verzweifelt versuchen zu vermeiden. Die intensive Angst verlassen zu werden und das verzweifelte Bemühen dies zu vermeiden kann zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten führen. Dies wird im Kriterium fünf als ein eigenständiges Kriterium beschrieben.

Im Kriterium zwei wird das instabile Muster von Beziehungen aufgeführt. Betroffene neigen dazu Personen, die ihnen nahestehen zu fixieren und als etwas Vollkommeneres anzusehen. Ebenfalls verlangen sie viel Zeit und Aufmerksamkeit von ihren Beziehungspartnern. Kriterium drei beschreibt den dramatischen Wechsel von Vorstellungen oder Plänen, die durch ein instabiles Selbstbild und eine gestörte Identität charakterisiert sind. Betroffene neigen dazu plötzliche Veränderungen in Berufsvorstellungen, Wertevorstellungen, sexueller Orientierung oder Zielsetzungen zu zeigen.

Selbstschädigendes Verhalten, das zu starker Impulsivität, wie Substanzmissbrauch, Fressanfällen und Glücksspielen führt, wird im Kriterium vier erläutert.

Kriterium fünf beschreibt das selbstverletzende, suizidale Verhalten mit wiederkehrenden Suizidversuchen oder Suizidgedanken. Die Verhaltensweisen werden als ein Ablassventil

für starke Spannungszustände oder Erlebnisse, wie Trennung oder Zurückweisung verwendet.

Ausgeprägte Stimmungsschwankungen aufgrund einer Störung der Affektregulation werden im Kriterium sechs beschrieben.

Kriterium sieben beschreibt das chronische Gefühl der Leere.

Im Kriterium acht wird verzeichnet, dass Borderline-Patienten Schwierigkeiten haben, unangemessene und heftige Wut zu kontrollieren. Sie sind schnell gelangweilt und suchen ständig nach Beschäftigung.

Das letzte Kriterium, Kriterium neun, beinhaltet die gestörte Wahrnehmung von Borderline-Patienten. Bei starker Belastung oder Trennung kann es vorübergehend zu paranoiden Vorstellungen kommen, welche jedoch nach kurzer Zeit wieder abklingen und deshalb auch keine zusätzliche Diagnose erfordern.

2.1.4 Verlauf

Der Verlauf einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist von Person zu Person unterschiedlich. Der Ursprung der Störung findet sich oftmals im frühen Erwachsenenalter mit einem Muster von chronischer Instabilität und einem Verlust der Gefühlskontrolle (Sass et al., 2003; Bohus & Schmahl, 2006). Die ersten Anzeichen der Erkrankung sind schwere Selbstzweifel, Aggressionsausbrüche und starke Stimmungsschwankungen. Häufig kommen Selbstverletzung, Suizidversuche, Essstörungen oder Drogenprobleme hinzu (Bohus & Schmahl, 2006). Die Suizidgefahr und das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in den jungen Jahren am stärksten ausgeprägt und nimmt dann mit zunehmenden Alter stetig ab. Mit Erreichen des 30. bis 40. Lebensjahr gewinnen Betroffene eine grössere Stabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, sowie in der jeweiligen Berufsfunktion (Sass et al., 2003).

2.1.5 Therapien

Zur Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann eine symptomorientierte pharmakologische Therapie in Kombination mit einer Psychotherapie erfolgen. Medikamentös können nur Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wie beispielsweise starke Stimmungsschwankungen behandelt werden. Zum Einsatz kommen Serotonin Wiederaufnahmehemmer, Stimmungsstabilisatoren und atypische Neuroleptika (Bohus & Schmahl, 2007; Bohus & Höschel, 2006).

Als Mittel der Wahl gelten die Psychotherapien, welche im stationären sowie auch im ambulanten Setting durchgeführt werden. Es liegen vier Psychotherapien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. Derzeit liegt die grösste Evidenz auf der Dialektisch-

Behavioral Therapie (Bohus & Schmahl, 2007). Auf die Dialektisch-Behavioral Therapie wird im Kapitel 2.3 eingegangen.

Des Weiteren gibt es die Schematherapie nach Young (2003, zit. in Bohus & Kröger, 2011; Guina, 2010; Bohus & Schmahl, 2006). In dieser werden, basierend auf der kognitiven Therapie, Grundmuster aus der frühen Kindheit aufgearbeitet. Diese sollen erkannt, überprüft und minimiert werden. Diese Grundmuster bildeten sich bereits in der Kindheit und haben sich im Verlaufe der Jahre durch Emotionen, Erinnerungen und Körperempfindungen verfestigt. Sie verleihen der oder dem Betroffenen einen sicheren Halt in der Existenz.

Die übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Clarkin (1998, zit. in Bohus & Kröger, 2011; Guina, 2010; Bohus & Schmahl, 2006), englisch „transference-focused psychotherapy“, bezieht sich auf die Objektbeziehungstheorie. Es geht darum, die entstandenen Übertragungsmuster, die im therapeutischen Prozess zwischen Therapeut und Patient entstehen, zu erkennen, zu erarbeiten und zu deuten. Durch die Therapie wird davon ausgegangen, dass die gestörten, sich wiederholenden Verhaltensweisen normalisiert werden und dem Patienten der Umgang mit der Gegenwart gelernt wird.

Die mentalisierungsgestützte Therapie nach Bateman und Fonagy (2008, zit. in Bohus & Kröger, 2011; Guina, 2010; Bohus & Schmahl, 2006) hat das Ziel, den Betroffenen mehr Sicherheit in ihrer Identität zu geben und ihnen somit zu einer normalen Beziehungsgestaltung zu verhelfen. Als Grundlage dient die therapeutische Beziehung zwischen den Patienten und den Therapeuten.

2.2 Suizidales und selbstverletzendes Verhalten

2.2.1 Definition und Einteilung

Suizidales und selbstverletzendes Verhalten ist ein Verhalten, bei dem Betroffene durch selbstzugefügte Schädigung ihren Körper verletzen (Petermann & Nitkowski, 2008; Deisenhammer, 2012).

Die absichtliche Schädigung des Körpers widerspiegelt sich in beiden Verhaltensweisen, dem selbstverletzenden und dem suizidalen Verhalten. Beide Begriffe stehen in einem engen Zusammenhang und haben viele Gemeinsamkeiten, was eine klare Abgrenzung schwierig macht. Zur Unterscheidung der beiden Begriffe kann die Funktion, die die Selbstverletzung erfüllt, hilfreich sein. Suizidale Verhaltensweisen beziehen sich auf die Beendigung des eigenen Lebens. Sie treten in einer geringeren Anzahl auf im Gegensatz zu selbstverletzenden Verhaltensweise und meistens kommt nur eine Methode zum Einsatz, welche jedoch eine hohe Letalität aufweist. Selbstverletzendes Verhalten bezieht sich auf die Reduzierung von negativen Gefühlen und hat nicht die Absicht, den Tod herbeizuführen (Petermann & Nitkowski, 2008).

Zur Beschreibung von selbstverletzendem Verhalten werden Begriffe verwendet wie Selbstverstümmelung oder Suizidversuch (Petermann & Nitkowski, 2008). Unter Suizidversuch, auch Parasuizidalität oder Parasuizidale Handlungen genannt, versteht man die manipulative Einnahme von Medikamenten, Alkohol oder Drogen, bis hin zur geplanten Handlung, welche oft nur durch Zufall nicht tödlich endet. Des Weiteren kommen in der wissenschaftlichen Literatur Begriffe wie Suizid, Suizidalität und Suizidgedanken vor. Der Begriff Suizid bedeutet Selbsttötung. Der Tod wird durch eine eigene absichtliche Handlung herbeigeführt. Auch der Begriff Suizidalität wird als eine Handlung oder ein Gedanke, die den Tod als Absicht haben, definiert. Diese Handlungen oder Gedanken entstehen durch das Zusammentreffen von verschiedenen Denk- und Verhaltensweisen der Person. Der Gedanke, die eigenen Probleme hinter sich zu lassen, dominiert gegenüber der Absicht zum Tod (Deisenhammer, 2012).

Die Selbstverletzung ist nach der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) eine Pflegediagnose und wird als ein bewusstes Verhalten mit nicht tödlichen Verletzungen, welches zur Reduktion von psychischer Anspannung verwendet wird, beschrieben (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014).

Die Einteilung von selbstverletzendem Verhalten erfolgt in schwere, stereotype und oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzung. Das schwere selbstverletzende Verhalten tritt primär bei Personen mit psychotischen Störungen auf oder kann von Personen unter Drogeneinfluss ausgeführt werden. Eine extreme Gewebeschädigung ist die Folge, welche le-

bensbedrohlich sein kann. Handlungen wie Amputationen von Gliedmassen oder eine Zerstörung des Augapfels fallen unter schweres selbstverletzendes Verhalten. Unter Stereotypes selbstverletzendes Verhalten fallen Handlungen wie, den Kopf gegen die Wand schlagen, sich beißen, sich kratzen oder Augen-, Nasen- und Ohrenbohren. Es tritt vor allem bei geistigen Behinderungen auf und zeichnet sich durch gleichmässige, rhythmisch wiederholte Verletzungen aus. Oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzung wird in den Typ zwanghaft oder in den episodischen, wiederholten Typ unterteilt. Zwanghafte Selbstverletzung äussert sich durch Methoden wie Nägelkauen oder dem Ausreissen von Haaren. Das Verbrennen, Schneiden oder das Verhindern der Wundheilung kommen beim episodischen, wiederholten Typ zum Einsatz. Dieses Verhalten findet sich bei Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als Symptom oder als ein assoziiertes Merkmal. Zu den häufigsten Methoden der Selbstverletzung zählt die oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzung, welche durch schneiden oder ritzen der Arme und Handgelenke mit Rasierklingen, Messern, Scheren oder Glasscherben ausgeführt wird. Generell wird mehr als eine Methode zur Selbstverletzung angewendet (Petermann & Nitkowski, 2008).

2.2.2 Ätiologie und beeinflussende Faktoren

Suizidales und selbstverletzendes Verhalten ist durch mehrere Faktoren bedingt und ist sehr komplex. Es finden sich Ursprünge in den demographischen, biologischen und soziologischen Faktoren. Bezogen auf die demographischen Faktoren ist zu erwähnen, dass bei den Männern und bei älteren Personen das Risiko für Suizid am höchsten ist. Beim suizidalen und selbstverletzenden Verhalten ist das Risiko bei den Frauen und jüngeren Menschen am höchsten. Auf biologischer Ebene findet die Suizidalität ihren Ursprung in der Familienanamnese, welche für frühere Suizidversuche auffällig ist. Weitere Risikofaktoren können das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, Rauchen, soziale Isolation, Hoffnungslosigkeit und die Verfügbarkeit von Suizidmethoden sein (Deisenhammer, 2012).

In der Studie von Links et al. (2013) wird ausserdem auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit aufmerksam gemacht, der ebenfalls zu suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, speziell bei Borderline-Patienten, führen kann.

Personen mit selbstverletzendem Verhalten nehmen negative Gefühle wie Angst, Traurigkeit oder Schuld intensiver wahr, als positive Gefühle wie beispielsweise Fröhlichkeit. Zur Selbstberuhigung stehen den Betroffenen wenige Möglichkeiten zur Verfügung. Ebenfalls ergibt sich eine starke Tendenz sich nicht mit den Problemen auseinandersetzen zu wollen. Es entsteht ein Defizit in der Bewältigung dieser Gefühle (Petermann & Nitkowski, 2011). Suizidales und Selbstverletzendes Verhalten wird somit als eine ungünstige Problemlösestrategie verwendet und dient dem Überwinden von intensiven Belastungen, wie

schmerzhaften Gefühlszuständen, familiären Schwierigkeiten, das Ende einer Partnerschaft oder Missbrauchserlebnissen. Bei 28 bis 41% der Betroffenen mit selbstverletzendem Verhalten ist zu beachten, dass zu diesem Zeitpunkt ebenfalls suizidale Gedanken vorhanden sind (Petermann & Nitkowski, 2008; Petermann & Nitkowski, 2011).

In der Funktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten wird zwischen psychischer und sozialer Funktion unterschieden. Es kann dazu dienen akute negative Gefühlszustände oder physiologische Erregungen abzubauen, oder es wird gegen einen selber genutzt als eine Art Selbstbestrafung. Es kann auch als soziale Manipulation genutzt werden, wobei das Handeln oder Meinungen von Mitmenschen beeinflusst werden. Als Gegenleistung erwarten sie Zuwendung oder Hilfe. Suizidales und Selbstverletzendes Verhalten basiert am häufigsten auf der psychischen Funktion, wobei die Regulation der Gefühle am wichtigsten scheint. Die Merkmale der Funktionen von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten unterscheiden sich. Bei der sozialen Funktion wird das selbstverletzende Verhalten überlegter eingesetzt und ist abhängig von den Reaktionen der Umwelt oder bestimmten Personen. Merkmale bei der psychischen Funktion sind stark belastungsabhängig. So wird die Person bei starken negativen Emotionen, Gedanken oder Erinnerungen dazu gedrängt, das selbstverletzende Verhalten auszuführen. Nach der Durchführung der Selbstverletzung reduziert sich die emotionale Belastung wieder, welche jedoch nicht von langer Dauer ist (Petermann & Nitkowski, 2010).

2.2.3 Messinstrumente

Zur Beurteilung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten werden in der Literatur folgende Messinstrumente beschrieben.

Das Suicide Attempt and Self-Injury Interview (SASII) ist ein Interview, welches die Suizidabsicht, die Häufigkeit und den Schweregrad von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bewertet. Das Messinstrument weist eine gute Validität und eine sehr hohe Reliabilität auf (Linehan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006; Linehan et al., 2006).

Der Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und erfasst die Häufigkeit und den Schweregrad von suizidalem Verhalten und die Vorgeschichte von Suizidversuchen. Eine hohe Reliabilität und eine gute Validität liegen vor (Osman, Bagge, Konick, Kopper, & Barrios, 2001; Linehan, et al., 2006).

Das Messinstrument Reasons for Living Inventory (RFL) erfasst wichtige Gründe, um zu leben, falls ein Suizid in Betracht bezogen wird. Es wird in sechs Unterkategorien Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen, Familienverantwortung, Sorgen um die Kinder, Angst vor Suizid, Angst vor sozialer Ablehnung und moralische Bedenken, eingeteilt. Das Messinstrument wird mit einer hohen Reliabilität und einer guten Validität bewertet (Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983; Linehan et al., 2006).

2.2.4 Therapie

Nach Schmahl und Stiglmayr (2015) wird die Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Schmahl & Stiglmayer, 2015) als eine der wirksamsten Methoden zur Behandlung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten beschrieben. Des Weiteren können die Therapien im Kapitel 2.1.5 ebenfalls zur Behandlung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten verwendet werden. Die Dialektisch-Behavioral Therapie wird im nächsten Kapitel genauer beschrieben.

2.3 Dialektisch-Behavioral Therapie

2.3.1 Definition

In den 80er Jahren wurde die Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) von Marsha Linehan an der University of Washington in Seattle als spezifische Therapie für chronisch suizidale Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, entwickelt (Bohus, 2004; Bohus & Schmahl, 2006).

Die Therapie setzt sich aus biosozialen Theorien, verhaltenstherapeutischen Strategien und spezifischen Interventionstechniken zusammen, die Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007) mit dem Begriff „dialektisch“ definiert. Der Begriff „dialektisch“ steht im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Balance zwischen der Akzeptanz der jeweiligen Umständen, welche dem Patienten Wärme und Empathie vermitteln, und der Verdeutlichung der Verhaltensänderung, welche notwendig ist (Fassbinder, et al., 2007). Die Dialektisch-Behavioral Therapie wird im ambulanten und im stationären Setting angewendet (Bohus, 2004).

Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007) versteht unter der biosozialen Theorie die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, welche durch ein Zusammenspiel von psychosozialen Faktoren und einer Störung der Gefühlsregulation verursacht wird. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung werden oft in einem Umfeld gross, indem Gefühle missachtet, verzerrt oder bestraft werden. Dies führt dazu, dass die Kinder eine Diskrepanz gegenüber den Gefühlen entwickeln. Folge davon ist, dass die Kinder gehindert werden Gefühle zu lernen, zu benennen oder zu regulieren. Typisch für ein solches soziales System sind vor allem Familien, in denen sexueller oder physischer Missbrauch stattfindet (Fassbinder, et al., 2007).

Im Jahr 2006 wurde von der Cochrane Collaboration eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapien bei Borderline-Patienten veröffentlicht. Die Ergebnisse zeigen, dass Gesprächs- und Verhaltenstherapien zu den effizientesten Therapien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören (Binks et al., 2006).

Mehrere Studien zeigten, dass die DBT sich mit einer signifikanten Wirkung auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten auswirkt und, dass es sich bei der DBT, um eine evidenzbasierte Intervention handelt (Bohus & Schmahl, 2006; Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010).

2.3.2 Behandlungsstrategien

Die Behandlungsstrategien der DBT setzten sich aus Basisstrategien und spezifischen Strategien zusammen. Die Basisstrategien sind Ausdruck der therapeutischen Grundhal-

tung und finden in jeder Therapiephase Anwendung. Die therapeutische Grundhaltung erfordert von den Therapeuten Wertschätzung und Empathie gegenüber dem Patienten. Dadurch wird Akzeptanz vermittelt, was das Erlernen von neuen Verhaltensmuster ermöglicht. Zu den spezifischen Strategien gehören das Kontingenzmanagement, die Emotions-Exposition und die kognitive Umstrukturierung. Das Kontingenzmanagement befasst sich mit dem therapeutischen Umgang mit positiver und negativer Verstärkung. Das Erleben, die Akzeptanz und der Ausdruck von situationsgerechten Gefühlen soll mit Hilfe von Emotions-Exposition erlernt werden. In der kognitiven Umstrukturierung liegt der Schwerpunkt auf der Überprüfung und Verstärkung adäquater Kognitionen (Fassbinder et al., 2007).

2.3.3 Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept der DBT setzt sich aus einer Kombination von vier Modulen zusammen, der Einzeltherapie, der Telefonberatung, dem Fertigkeitentraining in der Gruppe (Skills-Training) und den Teamsitzungen der Therapeuten (Supervision) (Bohus, 2004; Fassbinder et al., 2007). Die DBT zielt darauf ab, neue Verhaltensweisen zu erlernen und durch diese suizidale und selbstverletzende Handlungen zu ersetzen (Neacsiu et al., 2010). In der Einzeltherapie motiviert der Therapeut den Patienten und analysiert gemeinsam mit ihm das Verhalten und die Bedingungen für dysfunktionale Verhaltensmuster. Ziel davon ist es, alternative Verhaltensweisen zu erarbeiten. Ebenfalls werden die erlernten Fertigkeiten in der Gruppe durch den Therapeuten in die Therapieplanung integriert, um so die Generalisierung der erlernten Fertigkeiten zu ermöglichen. Die Einzeltherapie findet während zwei Jahren für ein bis zwei Stunden in der Woche statt. Der Therapeut steht dem Patienten in einer Krisensituation telefonisch zur Verfügung (Fassbinder et al., 2007).

Im Fertigkeitentraining in der Gruppe werden die vier Module, Achtsamkeit, Gefühlsregulation, zwischenmenschliche Beziehungen und Stresstoleranz, erarbeitet. Die Interventionen für jedes Modul sind in einem klar verfassten Manual aufgelistet. Das Fertigkeitentraining findet von sechs Monaten bis zu einem Jahr einmal wöchentlich während zweieinhalb Stunden in der Gruppe statt (Bohus, 2004; Fassbinder et al., 2007).

Die Supervision findet unter den Therapeuten statt und bezieht die Patienten nicht direkt mit ein. Sie soll als Unterstützung dienen und die Kommunikation im Behandlungsteam verbessern. Durchgeführt wird die Sitzung einmal wöchentlich (Fassbinder, et al., 2007).

Der Ablauf der Therapie wird unterteilt in Vorbereitungs-, erste Therapie-, zweite Therapie- und dritte Therapiephase.

Der Patient wird in der Vorbereitungsphase über die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt und informiert. Ebenfalls wird die Motivation des Patienten erfasst und erste Therapieziele und Behandlungsbedingungen werden gemeinsam besprochen und er-

arbeitet (Bohus, 2004). Auch erfolgt eine genaue Analyse von suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen aus früheren Therapieabbrüchen. Dies soll helfen Warnsignale gemeinsam zu erkennen und rechtzeitig geeignete Massnahmen einzuleiten. Die erste Therapiephase beginnt erst, wenn sich der Patient auf die Vereinbarungen eingelassen hat (Fassbinder, et al., 2007).

In der ersten Phase liegt der Fokus auf der Reduzierung der suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen, sowie der Reduzierung des Drogen- und Alkoholkonsums. Das Erlernen von Fertigkeiten im Fertigkeitentraining ermöglicht dem Patienten, Alternativen zu erlernen, welche er im Umgang mit heftigen Gefühlen und in zwischenmenschlichen Beziehungen anwenden kann. Das Anwenden der Fertigkeiten soll dem Patienten helfen, die inneren Anspannungen zu minimieren und suizidales und selbstverletzendes Verhalten zu verhindern. Das Ziel der ersten Therapiephase ist die Erhöhung der Belastbarkeitsgrenze, welche gleichzeitig die Voraussetzung für die zweite Therapiephase ist. Es gilt eine stabile therapeutische Beziehung und eine anhaltende Verbesserung in den Problembereichen zu erzielen (Bohus, 2004; Fassbinder et al., 2007).

Die zweite Therapiephase befasst sich mit der Aufarbeitung von traumatischen Kindheitserlebnissen, wie sexuelle, physische oder emotionale Misshandlung oder Vernachlässigung. Eine erfolgreiche Aufarbeitung der emotionalen Belastungen erfolgt nur, wenn die Stabilisierung in der ersten Therapiephase erfolgreich war (Fassbinder et al., 2007).

In der dritten Phase und somit im letzten Teil der Therapie, geht es darum traumatische Erfahrungen als einen Teil der eigenen Person und der eigenen Lebensgeschichte zu sehen. Die Integration der erlernten Fähigkeiten in den Alltag soll gewährleistet werden und individuelle Ziele werden erarbeitet und umgesetzt. Die Selbstachtung soll gesteigert werden (Fassbinder et al., 2007; Frauenknecht & Klaus, 2008).

2.3.4 Anwendung der Dialektisch-Behavioral Therapie in der Pflege

Der Anwendungsbereich der DBT findet sich zum grössten Teil in psychiatrischen Kliniken und beinhaltet wesentliche Aspekte wie die Grundhaltung der Pflegenden, die Beziehungsgestaltung zum Patienten und die Bezugspflege (Früchtnicht et al., 2003).

Die Grundhaltung der Pflegefachpersonen sollte nicht wertend, sondern sachlich, akzeptierend, verstärkend und flexibel sein. Die Pflegefachpersonen sollten über ein gutes Einfühlungsvermögen verfügen, um den Patienten im Jetzt abholen zu können. Bei der Beziehungsgestaltung sollten Pflegefachpersonen darauf achten, den Patienten regelmässig zu informieren und ihm zur Verfügung zu stehen, wenn Probleme im Alltag oder Fragen auftreten. Ebenfalls wird die Beziehung zwischen dem Patient und der Pflegefachperson als eine Art Übung gesehen für Verhaltensänderung und den Umgang mit Konflikten. Die Bezugspflege spielt in der DBT eine zentrale Rolle. Sie soll es ermöglichen eine ganzheitliche

und individuelle Pflege zu gewährleisten. Die Pflegefachperson ist dem Patienten gegenüber präsent und akzeptiert ihn als mündigen Partner. Durch die Bezugspflege wird der Beziehungsaufbau zum Patienten erleichtert, die interpersonellen Kontakte sind klar definiert und das Mass an Zuwendung ist zeitlich geregelt. Zur Erhöhung der Sicherheit auf der Station mit chronisch suizidalen und selbstverletzenden Patienten ist die Beständigkeit und Verlässlichkeit des Behandlungsteams von grosser Bedeutung. Zentrale Aufgabe der Pflegefachperson ist die Unterstützung bei der Umsetzung der erlernten Fertigkeiten und die Hilfestellung bei deren Anwendung. Jeden Abend wird von dem Patienten ein Protokoll über den vergangenen Tag an die Pflegefachperson abgegeben. Bei einer Situationsverschlechterung wird dem Patienten ein Gespräch angeboten. In der Krisenbewältigung helfen die Pflegefachpersonen dem Patienten aus der Situation herauszukommen, indem sie zunächst einen ruhigen Ort aufsuchen. Im nächsten Schritt besprechen sie gemeinsam mit dem Patienten die Konfliktsituation und suchen gemeinsam nach möglichen Bewältigungsstrategien. Der Einbezug vom Fertigkeitentraining wird hier speziell genutzt. Die Situation soll ein Gleichgewicht zwischen Problemlösung und Akzeptanz anstreben. Im Umgang mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten ist das Ziel, durch eine geringe Zuneigung, die Verhaltensweisen zu minimieren. So werden Patienten in einer Krisensituation dazu aufgefordert, die Situation zu analysieren und diese schriftlich festzuhalten. Kommt es trotzdem zu suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, wird vorerst die Wundversorgung durchgeführt und der zuständige Arzt oder die zuständige Ärztin informiert. Nach der Erstversorgung erhält der Patient ein Time-out von zwei Stunden, in denen der Patient die Situation analysiert, festhält und von der Pflegefachperson beaufsichtigt wird. Die Analyse der Situation wird anschliessend gemeinsam mit der Bezugspflege und zwei weiteren Mitarbeitenden besprochen. Der Vorfall wird bei der nächsten Einzeltherapiestunde als Hauptthema angesprochen. Die Patient wird für die nächsten Stunden von sämtlichen therapeutischen Aktivitäten ferngehalten (Früchtnicht et al., 2003).

In der Pflegeinterventionsklassifikation (NIC) wird das Management von selbstverletzendem Verhalten als eine Pflegeintervention klassifiziert. Bei Pflegeaktivitäten, wie das Überwachen, Unterstützen der Patienten bei der Anwendung von Bewältigungsstrategien oder das Vorhersehen von Trigger-Situation, welche durch das Hervorrufen von unangenehmen Gefühlen eine Selbstverletzung auslösen können, ist dementsprechend zu intervenieren (Bulechek et al., 2013).

3 Methodenbeschreibung

3.1 Forschungsdesign

Um die Forschungsfrage, wie die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten ist zu beantworten, wurde eine deutsche systematische Literaturreview erstellt. Nach Behrens und Langer (2016) werden in einer systematischen Literaturreview Daten von bereits durchgeführten und publizierten Studien übernommen und zusammengefasst. Die Ergebnisse werden analysiert und neue Erkenntnisse werden abgeleitet.

Zu Beginn der Übersichtsarbeit wurde ein pflegerelevantes Problem beschrieben und daraus eine PICO Fragestellung formuliert. Die PICO Fragestellung setzt sich zusammen aus der P (Population), I (Intervention), C (Compare/Vergleichsintervention) und O (Outcome). In der Fragestellung wurden Borderline-Patienten als Population, Dialektisch-Behavioral Therapie als Intervention und suizidales und selbstverletzendes Verhalten als Outcome gewählt.

In pflegerelevanten Datenbanken wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche durchgeführt und mittels Ein- und Ausschlusskriterien konnten sechs Studien zur Analyse ausgewählt werden. Anschliessend wurden die eingeschlossenen Studien in einer Tabelle zusammengefasst, deren Evidenzgrad eingeschätzt und anhand eines angepassten Beurteilungsbogens nach Jossen (2015) für Interventionsstudien von Behrens und Langer (2010) in ihrer Studienqualität beurteilt.

Die Einwilligung der Ethikkommission war nicht notwendig, da es sich um bereits publizierte Studien handelt. Die Studien wurden auf die ethischen Aspekte durch die Autorin geprüft.

3.2 Datensammlung

Die Datensammlung erstreckte sich von Anfang September bis Ende November 2017 in den drei folgenden spezifischen Datenbanken Cochrane (The Cochrane Library), PubMed (Public Medline) und Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature Print Index). Es wurde mit den Suchbegriffen „borderline personality disorder“, „dialektisch behavioral therapy“, „DBT“, „self injury“, „self-injurious behavior“, „deliberate self harm“ und „suicidality“ gesucht. Dabei wurden die Begriffe „borderline personality disorder“, „self-injurious behavior“ und im PubMed und Cinahl zusätzlich der Begriff „deliberate self harm“ als MeSH-Begriffe verwendet. Anschliessend wurden ähnliche Suchbegriffe mit „OR“ verbunden und dann alle Begriffe mit „AND“ verbunden.

Eine detaillierte Übersicht über die Suchstrategie ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Ergebnisse der Suchstrategie sind in Anhang A abgebildet.

	Cochrane Library	PubMed		Cinahl
#1	Borderline Personality Disorder [MeSH]	Borderline Personality Disorder [MeSH]	S1	Borderline Personality Disorder [MH Exact Subject Heading]
#2	Dialectical behavior therapy	Dialectical behavior therapy	S2	Dialectical behavior therapy
#3	DBT	DBT	S3	DBT
#4	(#2 OR #3)	(#2 OR #3)	S4	(#2 OR #3)
#5	Self injury	Self injury	S5	Self injury
#6	Self-Injurious Behavior [MeSH]	Self-Injurious Behavior [MeSH]	S6	Self-Injurious Behavior [MH Exact Subject Heading]
#7	Deliberate self harm	Deliberate self harm [MeSH]	S7	Deliberate self harm [MH Exact Subject Heading]
#8	Suicidality	Suicidality	S8	Suicidality
#9	(#5 OR #6 OR #7 OR #8)	(#5 OR #6 OR #7 OR #8)	S9	(S5 OR S6 OR S7 OR S8)
#10	(#1 AND #4 AND #9)	(#1 AND #4 AND #9)	S10	(S1 AND S4 AND S9)

Tabelle 1: Suchstrategie

3.3 Datenauswahl

Für die Auswahl von geeigneten Studien wurden zu Beginn der Arbeit, Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 2 dargestellt. Im Anhang B wird eine detaillierte Liste der eingeschlossenen Literatur dargestellt.

Einschlusskriterien	
1	Studien im Zeitraum von 2010 bis 2017
2	Randomisierter kontrollierter Versuch (RCT) und klinischer Versuch (CT)
3	Dialektisch-Behavioral Therapie als Intervention
4	Selbstverletzendes und suizidales Verhalten als Outcome
5	Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung als Population
Ausschlusskriterien	
1	Studien sind nicht im Zeitraum von 2010 bis 2017 erschienen
2	Pilotstudien, Kohortenstudien, Guidelines, Ökonomische Studien, Archiv Studien, Metaanalysen, Studienprotokolle, Artikel, Systematische Literaturreview, Reviews
3	DBT nicht als Intervention
4	Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nicht als Outcome
5	Population weist keine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

3.4 Datenanalyse

Die ausgewählten Studien wurden von den jeweiligen Datenbanken heruntergeladen oder, wenn sie nicht frei verfügbar waren, bei der Bibliothekarin zur Bestellung aufgegeben. Alle eingeschlossenen Studien wurden in englischer Sprache publiziert und so erfolgte im ersten Schritt die Übersetzung der Studien in die deutsche Sprache. Nach mehrmaligem kritischem Lesen wurden die Studien in einer Tabelle nach den Themen Design, Ziel, Fragestellung, Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Verblindung, Ethik, Intervention, Outcome, Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse, Ergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerung und Evidenzgrad, zusammengefasst. Die Zusammenfassungen der Studien sind im Anhang C ersichtlich.

Die Einschätzung des Evidenzgrades der eingeschlossenen Studien erfolgte anhand der Pyramide nach Polit und Beck (2012), welche im Anhang D ersichtlich ist. Die Pyramide ist in sieben Stufen unterteilt, wobei Stufe eins und Stufe zwei jeweils noch in a und b unterteilt sind. Die Stufe eins ist die oberste Stufe und beinhaltet in Stufe 1a systematische Reviews von randomisierten kontrollierten Studien. Die Stufe 1b beinhaltet systematische Reviews von nicht-randomisierten kontrollierten Studien. Die Stufe zwei beinhaltet in 2a einzelne

randomisierte kontrollierte Studien und in 2b einzelne nicht-randomisierte Studien. Systematische Reviews von Beobachtungs- und Korrelationsstudien sind in der Stufe drei eingeteilt. In der Stufe vier sind einzelne Korrelations- und Beobachtungsstudien eingeteilt und in Stufe fünf sind systematische Reviews von deskriptiven, qualitativen und physiologischen Studien eingeteilt. Die Stufe sechs beinhaltet einzelne deskriptive, qualitative und physiologische Studien und in der letzten Stufe, Stufe sieben, sind Meinungen von Behörden und Expertenkomitees aufgelistet.

Die Beurteilung der Studienqualität erfolgte nach einem Beurteilungsbogen für Interventionsstudien von Behrens und Langer (2010), welcher durch Jossen (2015) angepasst wurde. Anhand von zehn vorgegebenen Fragen konnte die Studienqualität durch die Autorin beurteilt werden. Acht von zehn Fragen können mit der Option „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Frage sechs hat zusätzlich die Option „unklar“ und Frage zehn hat als eine dritte Option „teilweise“.

Die erste Frage beurteilt die Rekrutierung der Probanden. Diese wird als adäquat beurteilt, wenn es sich um eine Zufallsstichprobe handelt oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt wurden.

Die zweite Frage bezieht sich auf die Zuteilung der Probanden in die Gruppen. Diese wird als adäquat beurteilt, wenn es sich um eine verdeckte Zuteilung mittels Telefon, Internet oder versiegeltem, blickdichtem Briefumschlag/Beutel handelt.

Durch die nächste Frage wird die Randomisierung überprüft. Eine adäquate Randomisierung liegt vor, wenn diese mittels computergenerierten Zufallszahlen oder Zufallstabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung oder durch ein Matching durchgeführt wurde.

Frage vier bezieht sich darauf, ob mindestens 80% der Teilnehmer die Studie beendeten und ob Ausfallsquoten begründet werden. Die Frage kann mit „ja“ beantwortet werden, wenn das Follow-up mehr als 80% beträgt und wenn Ausfallsquoten begründet wurden.

Mit der nächsten Frage wird geprüft, ob eine Verblindung beim Pflegepersonal, bei den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt wurde. Diese Frage kann mit „ja“ beantwortet werden, wenn eine Verblindung beim Pflegepersonal, bei den Probanden oder bei den Untersuchern durchgeführt wurde.

Die sechste Frage beschäftigt sich damit, ob die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich sind. Wenn keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf die demographischen und klinischen Daten bestehen, wird die Frage mit „ja“ beantwortet. Bei dieser Frage ist zusätzlich die Option „unklar“ verfügbar.

Weiter wird mit der siebten Frage geprüft, ob die Untersuchungsgruppen, abgesehen von der Intervention, gleich behandelt wurden. Diese Frage gilt als adäquat, wenn alle Studienteilnehmer gleich behandelt wurden.

Als nächstes wird eingeschätzt, ob die Probanden zu Beginn der Studie in der per Randomisierung zugeteilten Gruppen bewertet wurden. Wenn eine Intention-to-Treat Analyse durchgeführt wurde oder kein Teilnehmer die Gruppe wechselte, wird die Frage mit „ja“ beantwortet.

Die neunte Frage überprüft, ob die Stichprobengröße ausreichend gewählt wurde um einen Effekt nachweisen zu können. Diese Frage wird mit „ja“ beantwortet, wenn die Power-Analyse erfüllt wurde.

Die letzte Frage bezieht sich darauf, ob die Ergebnisse der Studien im Einklang mit anderen Studienergebnissen stehen. Dieses Kriterium gilt als erfüllt, wenn die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen vergleichbar sind. Zusätzlich steht die Option „teilweise“ zur Verfügung.

Die Studie weist eine hohe Qualität auf, wenn acht oder mehr Kriterien mit „ja“ beantwortet werden. Wenn fünf bis sieben Kriterien erreicht werden, weist die Studie eine mittlere Qualität auf. Werden weniger als vier Kriterien erfüllt, gilt die Studienqualität als tief.

Die Einschätzung der Studienqualität ist im Anhang E ersichtlich.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Mit der Suchstrategie in Tabelle 1 wurden in den drei Datenbanken Cochrane (The Cochrane Library), PubMed (Public Medline) und Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literatur Print Index) total 221 Treffer erzielt. Bei 30 Studien handelte es sich um Doppelbefunde. Durch definierte Ein- und Ausschlusskriterien konnten 185 Studien ausgeschlossen werden. Schlussendlich wurden sechs Studien zur Analyse verwendet.

Die detaillierten Suchergebnisse sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Totale Treffer in allen Datenbanken	221
Doppelbefunde	30
Studien sind nicht im Zeitraum von 2010 bis 2017 erschienen	90
Pilotstudien, Kohortenstudien, Guidelines, Ökonomische Studien, Archiv Studien, Metaanalysen, Studienprotokolle, Artikel, Systematische Literaturreview, Reviews	67
Design nicht im Abstract enthalten	14
DBT nicht als Intervention	3
Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nicht als Outcome	7
Population weist keine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf	4
Total ausgeschlossene Studien	185
Total eingeschlossene Studien zur Analyse	6

Tabelle 3: Ergebnisse Literaturrecherche

4.2 Grundlegende Informationen zu den eingeschlossenen Studien

Alle sechs eingeschlossenen Studien untersuchten die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. Insgesamt wurden vier Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design (McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Streiner, 2017; Boritz, Barnhart, & McMain, 2016; Linehan, et al., 2015; Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010) und zwei mit einem Quasi-experimentellen Design (Pasiieczny & Connor, 2011; Harned, Jackson, Comtois, & Linehan, 2010) eingeschlossen.

Zwei Studien wurden in Kanada (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016), zwei Studien in Australien (Pasiieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010) und zwei in Amerika (Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010), durchgeführt. Alle sechs Studien wurden in englischer Sprache publiziert.

Vier von sechs Studien (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010) weisen den Evidenzgrad 2a und zwei von sechs Studien (Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010) weisen den Evidenzgrad 2b nach Polit und Beck (2012) auf.

Die Studienübersicht mit grundlegenden Informationen ist in Tabelle 3 abgebildet.

Autoren, Erscheinungsjahr	Herkunft, Sprache	Evidenzgrad
McMain et al. (2017)	Kanada, Englisch	2a
Boritz et al. (2016)	Kanada, Englisch	2a
Linehan et al. (2015)	Amerika, Englisch	2a
Pasieczny & Connor (2011)	Australien, Englisch	2b
Carter et al. (2010)	Australien, Englisch	2a
Harned et al. (2010)	Amerika, Englisch	2b

Tabelle 4: Suchstrategie

Durch die Analyse der eingeschlossenen Studien wurde von der Autorin festgestellt, dass das Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten in allen acht Studien durch unterschiedliche Begriffe definiert wurde.

Die unterschiedlichen Begriffe werden in Tabelle 5 dargestellt.

Bei der Bearbeitung der systematischen Literaturreview wurde für ein besseres Verständnis, ausschliesslich der Begriff suizidales und selbstverletzendes Verhalten verwendet

Studie	Suizidales und selbstverletzendes Verhalten
McMain et al. (2017)	Suizidales Verhalten Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten
Boritz et al. (2016)	Suizidversuche Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten
Linehan et al. (2015)	Suizidversuche Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten Suizidgedanken
Pasieczny & Connor (2011)	Suizidversuche Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten
Carter et al. (2010)	Absichtliche Selbstverletzung
Harned et al. (2010)	Suizidversuche Suizidgedanken Suizidales Verhalten Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten

Tabelle 5: Unterschiedliche Begriffe von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten

4.3 Beschreibung der analysierten Studien

McMain et al. (2017) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit des gekürzten Fertigkeitentrainings der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Patienten mit einem hohen Suizidrisiko und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD). Die Studie wurde in einer psychiatrischen Klinik in Zusammenarbeit mit der Universität in Kanada durchgeführt. In die Studie eingeschlossen wurden Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, im Alter zwischen 18 und 60 Jahren, mit zwei Episoden von suizidaler und nichtsuizidaler Selbstverletzung in den letzten fünf Jahren und eine davon in den letzten zehn Wochen vor der Einschreibung in die Studie und Patienten die fähig waren gesprochenes und geschriebenes Englisch zu verstehen. Ausgeschlossen wurden Patienten mit psychotischen Störungen oder bipolaren Störungen nach DSM-IV, mit Demenz, mit einem klinischen Nachweis einer Hirnerkrankung oder einer geistigen Behinderung und Patienten mit einer Teilnahme an einem DBT Programm im vergangenen Jahr. Es erfolgte die Rekrutierung von 140 geeigneten Patienten, wobei 56 Patienten ausgeschlossen wurden aufgrund von nicht erfüllten Einschlusskriterien (n=39), der Ablehnung der Studienteilnahme (n=6) und anderen Gründen (n=11). Total wurden 84 Patienten in die Studie eingeschlossen, welche anhand einer Blockrandomisierung mit 42 Umschlägen in die Interventionsgruppe (IG) (n=42) und die Kontrollgruppe (KG) (n=42) eingeteilt wurden. Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt und die Teilnehmer gaben ihre informierte, schriftliche Zustimmung.

Die IG erhielt eine gekürzte DBT nach Linehan (1993, zit. in McMain et al., 2017), welche auf fünf Modulen, Achtsamkeit, Gefühlsregulation, Stresstoleranz, zwischenmenschliche Beziehungen und Gesprächsführung, aufgebaut war. Zusätzlich erhielten die Patienten ein Fertigkeitentraining in der Gruppe für zwei Stunden pro Woche, eine Einzeltherapie für eineinhalb Stunden pro Woche und eine Telefonberatung während 24 Stunden pro Tag. Für das Behandlungsteam fanden wöchentliche Supervisionen statt. Die Intervention wurde während fünf Monaten von fünf erfahrenen Therapeuten durchgeführt. Die KG fuhr mit der bisherigen Therapie weiter und blieb während fünf Monaten auf der Warteliste. Am Ende der Studie erhielten die Teilnehmer der Kontrollgruppe ein Angebot für einen Platz in der Dialektisch-Behavioral Therapie.

Zu Beginn der Studie wurden die Diagnosen der DSM-IV Achse-I und II anhand des „Structured Clinical Interview I (SCID-I)“ und des „International Personality Disorder Exam (IPDE)“ erfasst. Das primäre Outcome Suizidale und/oder nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) wurde anhand des „Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Interview (LSASI)“ und des „Deliberate Self-harm Inventory (DSHI)“ gemessen. Als sekundäre Outcomes wurden die Gesund-

heitsversorgung, die BDP Symptome und die Bewältigungsstrategien anhand des „Treatment History Interview“, der „Borderline-Symptom List-32 (BLS-32)“, dem „The State-Trait anger Expression Inventory (STAXI)“, dem „Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)“, der „Barett Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)“, dem „Beck Depression Inventory-II (BDI-II)“, dem „Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR)“, dem „The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)“, der „Distress Tolerance Scale (DTS)“ und der „Kentucky Inventory of Mindfulness Scale (KIMS)“ gemessen.

Die Datensammlung erfolgt zu Beginn der Studien, dann in der Woche 10, 20 und 32 (Follow-up) durch verblindetes Forschungspersonal. Die Teilnehmer erhielten für jedes durchgeführte Assessment 10\$. Es wurde eine Intention-to-Treat Analyse durchgeführt und verschiedene statistische Tests wurden zur Analyse verwendet. Eine Poweranalyse wurde durchgeführt, für welche 84 Teilnehmer erforderlich waren. Ein Follow-up von 88,1% wurde erfüllt. Das Signifikanzniveau der Studie liegt bei Alpha 0.05.

Zu Beginn der Studie lagen keine signifikanten Unterschiede in den klinischen und demographischen Daten zwischen den Gruppen vor. 13 Teilnehmer stiegen frühzeitig aus der Studie aus, aufgrund von Zeit-, Transport- und Medikamentenproblemen (n=3) und dem Gedanken, dass die Therapie nicht hilfreich sei (n=4).

Die Ergebnisse vom primär Outcome zeigten, dass eine signifikant bessere Reduzierung in der Häufigkeit der NSSI anhand des LSASI gemessen, in der IG in der Woche 32 ($p < 0.04$) vorlag. Es wurden keine signifikanten Unterschied in der Reduzierung der Häufigkeit der NSSI, anhand des DSHI, zwischen der IG und der KG in der Woche 32 ($p = 0.08$) gemessen. In beiden Gruppen (IG & KG) fand kein kompletter Suizidversuch statt.

Im sekundär Outcome Gesundheitsversorgung wurde eine signifikant bessere Reduzierung der Spitalbesuche und der Spitalaufenthalte in der IG in der Woche 10 ($p < 0.010$) und in der Woche 20 ($p < 0.001$) gemessen. Im Follow-up lag kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG vor ($p > 0.48$).

Im Outcome der Bewältigungsstrategien wurde eine signifikant grössere Verbesserung in der IG in der Emotionsregulation in der Woche 20 ($p > 0.001$) und 32 ($p < 0.01$) sowie in der Stresstoleranz in der Woche 20 und 32 ($p < 0.005$), gemessen. Im Modul Achtsamkeit lag kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG in der Woche 20 ($p < 0.2$) und in der Woche 32 ($p < 0.6$) vor. Eine signifikant bessere Verminderung der Wut wurde in der IG in der Woche 20 und 32 ($p < 0.001$) gemessen.

Im Outcome der BPD- Symptomen wurde eine signifikant bessere Verminderung der BPD Symptome ($p < 0.01$) in der IG in der Woche 20 gemessen. In der Woche 32 lagen keine signifikanten Unterschiede in den BPD-Symptomen zwischen der IG und der KG vor.

Boritz et al. (2016) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Auswirkungen von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) auf die Behandlungsergebnisse der Standardtherapie (GPM) und der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD). Die Autoren stellten die Hypothesen auf, dass erstens (1) Borderline-Patienten mit einer PTSD einen höheren klinischen Schweregrad aufweisen als Borderline-Patienten ohne eine PTSD zu Beginn der Studie. Zweitens (2), dass Borderline-Patienten mit einer PTSD schlechtere klinische Ergebnisse nach einem Jahr Behandlung zeigen als Borderline-Patienten ohne eine PTSD und drittens (3), dass Borderline-Patienten mit einer PTSD ein späteres Ansprechen auf die Behandlung nach einem Jahr zeigen. Durchgeführt wurde die Studie an einer psychiatrischen Klinik in Zusammenarbeit mit der Universität in Kanada. Die Teilnehmer wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie eine BPD nach DSM-IV aufwiesen, eine Vorgeschichte von mindestens zwei Suizidversuchen oder nicht suizidaler Selbstverletzung in den letzten fünf Jahren vor Studieneinschreibung haben und eine davon aufgetreten in den letzten drei Monaten vor Studieneinschreibung. Ausgeschlossen wurden Teilnehmer mit einer Substanzabhängigkeit, einer Psychose, einer Bipolaren Störung, einem Delirium, einer Demenz, einer geistigen Behinderung, bei Verwendung von Psychopharmaka und bei medizinischen Bedingungen, die eine Hospitalisierung während der Studie erfordern könnten. Insgesamt wurden 180 Teilnehmer in die Studie eingeschlossen und durch eine randomisierte Zuteilung in zwei Gruppen BPD (n=109) und BPD+PTSD (n=71) eingeteilt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission genehmigt und die Teilnehmer gaben ihre informierte, schriftliche Zustimmung.

Beide Gruppen erhielten zwei Interventionen. Die erste Intervention war die DBT nach Linehan (1993, zit. in Boritz et al., 2016) und enthielt eine Einzeltherapie von einer Stunde pro Woche, ein Fertigkeitentraining in der Gruppe während zwei Stunden pro Woche und eine Telefonberatung während 24 Stunden pro Tag. Für das Behandlungsteam fand während zwei Stunden pro Woche die Supervision statt. Die zweite Intervention war die Standardtherapie (GPM) nach APA (2001, zit. in Boritz et al., 2016), welche eine Einzeltherapie, ein Fallmanagement und ein symptombezogenes Medikamentenmanagement, enthielt. Die Interventionen wurden während einem Jahr von 25 erfahrenen Therapeuten durchgeführt. Das Erfassen der Diagnosen und der traumatischen Kindheitserlebnissen erfolgte durch das „Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder (SCD-I)“, das „International Personality Disorder“ und das „Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)“. Das primäre Outcome Suizidversuche und nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) wurde anhand des „Suicide Attempt and Self-injury Interview (SASII)“ gemessen. Ebenfalls wurden die BPD-Symptome und die psychische Belastung anhand des „Zanarini Rating Scale for BPD (ZAN-BPD)“ und der „Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)“ erfasst und gemessen.

Die Datensammlung erfolgte zu Beginn der Studie, dann nach vier, acht und zwölf Monaten und alle sechs Monate im Follow-up. Die Studie weist ein Signifikanzlevel von Alpha 0.05 und einen Konfidenzintervall von 95% auf. Zur Analyse wurden verschiedene statistische Tests durchgeführt.

In den klinischen Variablen lagen zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen vor. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen lagen in den demographischen Daten vor. Studienabbrüche wurden in der Studie keine beschrieben.

Im primär Outcome lagen keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl Suizidversuche und der NSSI zwischen den beiden Gruppen am Ende, sowie zwei Jahre nach der Behandlung vor. Beide Gruppen zeigten eine signifikante Reduktion in der Anzahl Suizidversuche und der NSSI Episoden durch die DBT und die GPM. Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Interventionen, DBT und GPM, festgestellt.

In den BPD-Symptomen und den psychischen Belastungen wurde kein signifikanter Unterschied in den beiden Gruppen am Ende der Studie und zwei Jahre nach der Behandlung gemessen. In beiden Gruppen wurden Rückgänge in den BPD-Symptomen und der psychischen Belastung im Behandlungsjahr und zwei Jahre nach der Behandlung festgestellt. Eine bessere Verbesserung der BPD-Symptome gab es in der DBT Intervention in der Gruppen der BPD ohne PTSD. In den psychischen Belastungen lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Interventionen vor.

Linehan et al. (2015) untersuchten in einem randomisierten kontrollierten Versuch die Wirksamkeit des Fertigkeitentrainings im Vergleich zur Standard DBT, dem DBT-Skillstraining (DBT-S) und der DBT-Einzeltherapie (DBT-I). Die Autoren stellten die Hypothese auf, dass die Standard DBT signifikant besser wirkt als die DBT-S und die DBT-I auf das Reduzieren von Suizidversuchen, nicht suizidaler Selbstverletzung (NSSI), stationäre Aufnahmen und Notaufnahmen, Depression, Angstzustände und Behandlungsausfällen. Die Studie wurde am „The Behavioral Research and Therapy Clinics and community Setting“ in Amerika durchgeführt. In die Studie eingeschlossen wurden Teilnehmer im Alter zwischen 18 und 60 Jahren, die BPD Kriterien nach DSM-IV aufweisen, die zwei Suizidversuche und/oder nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) in den letzten fünf Jahren oder NSSI in den letzten acht Wochen vor Einschreibung in die Studie und ein Suizidversuch im letzten Jahr hatten. Ausgeschlossen wurden Personen, die einen IQ unter 70 hatten, Kriterien nach DSM-IV für psychotische oder bipolare Störungen erfüllten, Anfallsstörungen hatten, die eine Medikation erforderten, und wenn ein lebensbedrohlicher Zustand vorlag, der eine Therapie erforderte beispielsweise eine Anorexia nervosa. Die Rekrutierung von 187 Teilnehmer erfolgte durch die Kontaktaufnahme mit medizinischen Fachkräften. 88 Patienten

wurden ausgeschlossen wegen nicht Erfüllen der Einschlusskriterien (n=69) und der Verweigerung der Studienteilnahme (n=19). Am Ende wurden total 99 Frauen in die Studie aufgenommen. Die Teilnehmerinnen wurden durch eine computergesteuerte Randomisierung anhand des Alter, der Anzahl Suizidversuche, der Anzahl NSSI Episoden, der Anzahl psychiatrischen Hospitalisierungen im letzten Jahr und dem Schweregrad der Depression in drei Gruppen Standard DBT nach Linehan (n=33), DBT-S (n=33) und DBT-I (n=33) eingeteilt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission genehmigt und die Teilnehmerinnen gaben ihre informierte, schriftliche Zustimmung.

Die Teilnehmerinnen in der Gruppen Standard DBT erhielten eine Einzeltherapie von einer Stunde pro Woche und ein Fertigkeitentraining in der Gruppe während zweieinhalb Stunden pro Woche. Die Gruppe DBT-S erhielt ein Case Management von einer Lektion pro Woche und ein Fertigkeitentraining von zweieinhalb Stunden pro Woche. Die Gruppe DBT-I erhielt eine Einzeltherapie ohne Fertigkeitentraining von einer Stunde pro Woche und eine Aktivitätsgruppe während zweieinhalb Stunden pro Woche. In allen Gruppen wurde eine Telefonberatung während 24 Stunden zur Verfügung gestellt. Wöchentliche Supervisionen fanden während einer Stunde statt. Die Interventionen wurden während einem Jahr durch 21 geschulte Therapeuten durchgeführt.

Die Erfassung der Diagnosen zu Beginn der Studie erfolgte durch das „International Personality Disorder Examination (IPDE)“ und „Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder (SCID-II)“. Das Outcome Suizidbezogene Ereignisse wurde anhand des „Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII)“, dem „Suicidal Behaviors Questionnaire“ und des „Reasons for Living Inventory“ erfasst. Der Einsatz von Krisendiensten und Psychopharmaka wurde anhand des „Treatment History Interview“ gemessen und die psychische Gesundheit (Depression und Angst) wurde anhand der „Hamilton Rating Scale for Depression“ und der „Hamilton Rating Scale for Anxiety“ erfasst.

Die Datensammlung erfolgte zu Beginn der Studie und dann vierteljährlich während einem Jahr der Behandlung und einem Jahr nach der Behandlung (Follow-up) durch verblindetes Forschungspersonal. Zur Analyse wurden verschiedene statistische Tests verwendet und eine Poweranalyse, für die 33 Teilnehmer erforderlich waren, wurde durchgeführt und erfüllt.

Zu Beginn der Studie lagen keine signifikanten Unterschiede in den klinischen und demographischen Daten zwischen den Gruppen vor. Es lagen Ausfallquoten in der Gruppe Standard DBT (18%), in der Gruppe DBT-I (33%) und in der Gruppe DBT-S (27%) vor.

Eine signifikante Reduzierung der Suizidversuche, der Suizidgedanken, der NSSI lag in allen drei Gruppen ($p < 0.001$) vor. Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen lag in der Häufigkeit des Auftretens dieser Ereignisse vor. Ebenfalls bestand kein signifikanter

Unterschied zwischen den Gruppen in den Gründen, um am Leben zu bleiben. Die Häufigkeit der NSSI war während der Behandlung in der DBT-I signifikant höher als in der DBT-S und der Standard DBT, aber nicht im Follow-up. Eineinhalb Jahre nach der Behandlung fand in der Gruppe der Standard DBT ein Suizid statt.

Während der Behandlung wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der Anzahl der stationären Aufnahmen oder der Notaufnahmen aufgrund von Suizidalität gemessen. Im Follow-up besuchten weniger Teilnehmerinnen der Gruppe Standard DBT den Notfall oder wurden stationär aufgenommen als die Gruppe der DBT-I ($p=0.02$).

In der Gruppe der DBT-I fand eine geringere Verbesserung der Depression statt als in der DBT-S und der Standard DBT. Es gab eine signifikante Reduzierung der Angst in der Standard DBT ($p<0.001$) und der DBT-S ($p<0.01$) aber nicht in der DBT-I ($p<0.42$). Im Follow-up wurde eine signifikant grössere Veränderung der Depression und der Angst in der DBT-I als in der Standard DBT und der DBT-S gemessen.

Pasieczny und Connor (2011) untersuchten in einem kontrollierten Versuch, ob die Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) in der Wirkung im Vergleich zur Standardtherapie besser und kosteneffizienter ist. Zudem wurde untersucht welche Auswirkungen verschiedene Therapeutenniveaus auf die Ergebnisse der Patienten in einer DBT Behandlung haben. Die Studie wurde in einer psychiatrischen Klinik in Australien durchgeführt. Eingeschlossen wurden Teilnehmer die DSM-IV Kriterien für eine BPD erfüllten, über 18 Jahre alt sind, Suizidales und selbstverletzendes Verhalten (NSSI) aufweisen, mindestens ein akuter Aufenthalt in einer Psychiatrie oder drei Notfallaufnahmen in den letzten sechs Monaten hatten und eine Zustimmung zur Studienteilnahme gaben. Ausschlusskriterien wurden keine spezifischen bestimmt. Eine Teilnahme an der Studie wurde aufgehoben bei einer akuten Psychose oder einem bevorstehenden Suizidrisiko. Insgesamt wurden 90 Teilnehmer, (($n=84$) Frauen, ($n=6$) Männer), aus dieser Klinik rekrutiert. Die Teilnehmer wurden nicht randomisiert in die Interventionsgruppe (IG) und die Kontrollgruppe (KG) eingeteilt.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission genehmigt und die gaben ihre informierte, schriftliche Zustimmung.

In der IG erhielten die Teilnehmer die DBT nach Linehan (1993, zit. in Pasieczny & Connor, 2010), welche aus einer Einzeltherapie von einer Stunde pro Woche, einem Fertigkeiten-training in der Gruppe von zwei Stunden pro Woche, einer Telefonberatung während 24 Stunden pro Tag und einer wöchentliche Supervision der Therapeuten von eineinhalb Stunden pro Woche, besteht. Die Module Achtsamkeit, Gefühlsregulation, Stresstoleranz und zwischenmenschliche Beziehungen wurden bearbeitet. Die Therapie wurde während sechs Monaten durch 18 allgemein geschulte oder intensiv geschulte Therapeuten durchgeführt. Nach Ende der sechs Monate DBT erhielten die Patienten ein Angebot von weiteren sechs

Monaten DBT. Die Teilnehmer in der KG erhielten während sechs Monaten die Standardtherapie nach Kanter (1989 zit. in Pasieczny & Connor, 2001) bestehend aus der Jobsuche, fortlaufenden Assessments, Planung, Verknüpfung mit Ressourcen der Gemeinschaft, Therapieberatung, Unterstützung beim Ausbau sozialer Netzwerke, Zusammenarbeit mit medizinischem Personal, Interessenvertretung, Einzelberatung, Weiterbildung, Psychoedukation und dem Krisenmanagement, welche durch verschiedenen Therapeuten durchgeführt wurde.

Das Erfassen der Diagnosen erfolgte anhand des „Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders“. Die primären Outcomes Suizidversuche, nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI), Nutzung der Gesundheitsdienste und die Kosten-Nutzen-Analyse wurden durch medizinische Aufzeichnungen, Patientenberichte und strukturierte Interviews gemessen. Die ersten 45 Teilnehmer konnten sich anhand des „Beck Depression Inventory II (BDI-II)“, der „Beck Scale for Suicide Ieation (BSS)“, des „State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)“, des „Brief Symptom Inventory (BSI)“ und des „Global severity Index“ selber beurteilen.

Die Datensammlung erfolgte zu Beginn der Studie und dann sechs Monate nach der Behandlung. Die Selbsteinschätzung erfolgte zu Beginn der Studie und dann sechs und zwölf Monate nach der Behandlung. Es wurden verschiedene statistische Tests zur Analyse verwendet, und ein Follow-up von über 80% wurde erreicht.

Keine Unterschiede in den klinischen und demographischen Daten zwischen der IG und der KG lagen zu Beginn der Studie vor. In beiden Gruppen, IG 7% und KG 13%, kam es zu Ausfallquoten.

Im Therapieeffekt zwischen der DBT und der TAU wurde in der IG eine signifikant bessere Verbesserung in den Suizidversuchen und der NSSI Episoden ($p < 0,001$), der Notfallbesuchen, den psychiatrischen Aufnahmen und der Aufenthaltsdauer ($p < 0,01$) gemessen. Im Jobwesen erhielten die Patienten in der IG (60%) signifikant mehr Angebote als die KG (40%).

Patienten, die nach Ende der sechs Monate DBT, weitere sechs Monate die DBT absolvierten, zeigten weiterhin eine signifikante Reduktion in den Suizidversuchen, der NSSI und den Notfallaufnahmen ($p < 0,05$). In der Anzahl der psychiatrischen Aufnahmen und der Aufenthaltsdauer wurde keine signifikante Reduktion in der IG festgestellt.

Eine signifikante Verbesserung aller Outcomes wurde anhand der Selbsteinschätzungsmessinstrumente BDII, BSS ($p < 0,05$), STAI-S und GSI ($p < 0,01$) gemessen. Alle bewerteten Outcomes wurden auch nach zwölf Monaten DBT aufrechterhalten.

Bezogen auf die unterschiedlichen Therapeutenniveaus wurden zu Beginn keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten von intensiv geschulten Therapeuten und den Patienten von allgemein geschulten Therapeuten in der IG gemessen. Patienten, welche von intensiv geschulten Therapeuten behandelt wurden, zeigten eine signifikant bessere

Verbesserung der Suizidversuche und der NSSI ($p < 0,05$) über sechs Monate der Behandlung als Patienten, welche von allgemein geschulten Therapeuten behandelt wurden. In der Selbsteinschätzung wurde kein signifikanter Unterschied in den Therapeutenniveaus festgestellt.

Die Kosten-Nutzen-Analyse zeigte während der Studie, dass durch die Behandlung der DBT im Vergleich zur TAU Behandlung pro Patient im Durchschnitt 5'927\$ eingespart werden können und diese somit kosteneffizienter ist.

Carter et al. (2010) verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) mit der Standard Therapie inkl. Warteliste (TAU+WL) auf die Reduzierung der absichtlichen Selbstverletzung (DSH), der Hospitalisation aufgrund absichtlicher Selbstverletzung oder der Hospitalisation aus einem psychiatrischen Grund, der Aufenthaltsdauer im Spital, der Arbeitsunfähigkeit und der Lebensqualität. Die Studie wurde im Zentrum für Psychologie im Ambulatorium des „Hunter New England Mental Health Service“ in Australien durchgeführt. In die Studie eingeschlossen wurden total 73 weibliche Teilnehmerinnen, im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die Kriterien nach DSM-IV für eine BPD erfüllen und eine Vorgeschichte von mehreren Selbstverletzungsepisoden und mindestens drei selbst berichteten Episoden in den letzten zwölf Monaten hatten. Ausgeschlossen wurden 39 Teilnehmerinnen, welche nicht am Assessment teilnahmen ($n=16$), BPD Kriterien nicht erfüllten ($n=16$), nicht adressierbar waren ($n=1$), Assessments nicht beendeten ($n=3$), die Zustimmung ($n=1$) und einen Suizid in der Kontrollgruppe vollendeten ($n=1$). Als definierte Ausschlusskriterien galten eine Behinderung, eine Schizophrenie, Bipolare affektive Störungen, eine psychotische Depression, ein krankhaftes antisoziales Verhalten und eine Entwicklungsstörung. Die Rekrutierung von 112 Teilnehmerinnen erfolgte durch behandelnde Hausärzte, Psychiatrien oder öffentliche Gesundheitsdienste. Die Teilnehmerinnen wurden anhand von versiegelten, blickdichten Umschlägen in die Interventions- ($n=38$) und die Kontrollgruppe ($n=35$) randomisiert. Die Teilnehmerinnen gaben ihre informierte, schriftliche Zustimmung für die Studie.

Die Teilnehmerinnen in der IG wurden einzelnen Therapeuten zugeordnet und erhielten eine angepasst DBT nach Linehan (1993, zit. in Carter et al., 2010) darin enthalten waren eine Einzeltherapie, eine Telefonberatung, ein Fertigkeitentraining in der Gruppe mit wöchentlichen Modulen, die jeweils acht Wochen dauerten wie Zwischenmenschliche Beziehungen, Gefühlsregulation und Stresstoleranz. Für das Behandlungsteam fanden wöchentliche Supervisionen statt. Die Interventionen wurden von geschulten Therapeuten während sechs Monaten durchgeführt. Die KG erhielt während sechs Monaten auf der Warteliste die Standardtherapie. Nach sechs Monaten erhielten die IG und die KG ein Angebot für eine DBT während einem Jahr.

Die Erfassung der Daten zu Beginn der Studie erfolgte anhand eines computerisierten Interviews aus dem „The Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing“, dem „Composite International Diagnostic Interview (CIDI)“ und dem „International Personality Questionnaire (IPDEQ)“. Die primären Outcomes Absichtliche Selbstverletzung (DSH), Hospitalisation aufgrund absichtlicher Selbstverletzung oder Hospitalisation aus einem psychiatrischen Grund wurden anhand des „Lifetime Parasuicide Count-2“ und des „Parasuicide History Interview-3 month Period“ gemessen. Die sekundären Outcomes Arbeitsunfähigkeit und Lebensqualität wurden mit dem „World Health Organization Quality of Life-BREF version“ und dem „Brief Disability Questionnaire“ mit zwei zusätzlichen Fragen gemessen.

Die Datensammlung wurde zu Beginn der Studie, dann nach drei und sechs Monaten durch verblindetes Forschungspersonal durchgeführt. Die Daten wurden anhand eines Computerprogrammes erfasst. Es wurde eine Intention-to-Treat Analyse und eine Pre-Protocol Analyse durchgeführt. Verschiedene statistische Tests wurden zur Analyse verwendet. Der Konfidenzintervall der Studie beträgt 95% und die Power der Studie basiert auf einer anderen Studie (Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allon, D. und Heard, H. 1991 zit. in Carter et al., 2010).

Zu Beginn der Studie lagen keine signifikanten demografischen und klinischen Unterschiede zwischen der IG und der KG vor. In der KG gab es Ausfallquoten aufgrund von einem Suizid nach der Randomisierung ($n=1$) und einem Rückzug der Teilnahme ($n=2$).

Es wurde eine signifikante Reduzierung der Anzahl DSH Episoden über alle drei Zeitperioden in der IG und der KG gemessen ($p<0.01$). Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Interventionen gemessen.

In den Hospitalisierungsgründen wurde kein signifikanter Unterschied zwischen der IG und der KG gemessen. Es lag kein signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen der IG und der KG vor, obwohl die IG eine kürzere Aufenthaltsdauer aufwies als die KG. In der IG konnte ein signifikant besserer Effekt in den im Bett verbrachten Tagen gemessen werden ($p<0,05$). In der Lebensqualität wurde über sechs Monate in drei von vier Domänen (physiologisch, psychologisch und Umwelt, ausser in soz. Domäne) ein signifikant besserer Effekt in der IG nachgewiesen ($p<0,01$).

Harned et al. (2010) untersuchten in einer kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) auf die Reduzierung von verschiedenen Verhaltensweisen, die bei einer Therapie von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) ausgeschlossen werden wie suizidales und selbstverletzendes Verhalten, Drogenabhängigkeit und Dissoziation, bei chronisch suizidalen Frauen mit einer PTSD und einer Borderline-

Persönlichkeitsstörung (BPD). Die Studie wurde an der Universität in Washington durchgeführt. In die Studie aufgenommen wurden Teilnehmer, welche Kriterien für eine BPD erfüllten, im Alter zwischen 18 und 45 Jahren waren, weiblich sind und mindestens zwei Suizidversuche und/oder nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) in den letzten fünf Jahren und ein Akt, acht Wochen vor Studienbeginn aufwiesen. Ausgeschlossen wurden Teilnehmer die Kriterien für eine psychotische oder bipolare Störung aufwiesen, eine geistige Behinderung hatten, Krampfanfälle, welche eine Medikation erforderten und Zustände aufwiesen, die eine andere Therapie erforderten. Die Rekrutierung von 51 Teilnehmerinnen (n=51) erfolgte von einer früher durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie von Linehan (2006, zit. in Harned et al., 2010). Die Teilnehmerinnen waren in der DBT Gruppe und wiesen mindestens ein Ausschlusskriterium für eine PTSD zu Beginn der Studie auf. Die Teilnehmerinnen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, BPD mit PTSD (n=26) und BPD (n=25). Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt und die Teilnehmerinnen gaben ihre schriftliche, informierte Zustimmung.

Alle Studienteilnehmerinnen erhielten während einem Jahr die Standard DBT nach Linehan (1993, zit. in Harned et al., 2010). Die Therapie setzte sich zusammen aus einer Einzeltherapie von einer Stunde pro Woche, einem Fertigkeitentraining in der Gruppe während zweieinhalb Stunden pro Woche, einer Telefonberatung während 24 Stunden pro Tag und einer wöchentlichen Supervision. Die Intervention wurde durch erfahrene Therapeuten durchgeführt.

Zur Erfassung der Diagnosen zu Beginn der Studie wurde das „Structured Clinical Interview for Axis I & II DSM-V (SCID-I & SCID-II)“ und das „International Personality Disorder Examination“ verwendet. Das Outcome Suizidales und/oder Selbstverletzendes Verhalten wurde anhand des „Suicidal Behaviors Questionnaire“ und dem „Suicide Attempt Self Injury Interview“ gemessen. Des Weiteren wurden eine Substanzabhängigkeit und die Kriterien für eine PTSD anhand der Messinstrumente „Longitudinal Interval Follow-up Evaluation“ und „Dissociative Experience Scale-Taxon“ erfasst.

Die Datensammlung erfolgte zu Beginn der Studie und dann in vier Monatsintervallen während einem Jahr, durch verblindetes Forschungspersonal. Es fand eine Intention-to-Treat Analyse statt und verschiedene statistische Test wurden zur Analyse verwendet

Zu Beginn der Studie lagen klinische Unterschiede, aber keine demographischen Unterschiede, zwischen den Gruppen vor. Patientinnen mit einer BPD und einer PTSD erfüllten mehr Kriterien der DSM-IV Achse I Störung als Borderline-Patientinnen ohne eine PTSD ($p < 0.05$).

In der Gruppe BPD+PTSD wurde eine signifikant bessere Reduzierung von selbstverletzendem Verhalten ($p < 0.001$) und dem Schweregrad der Selbstverletzung ($p < 0.05$) gemes-

sen. In der BPD Gruppe konnte eine signifikant bessere Reduzierung von selbstverletzendem Verhalten nach zwölf Monaten festgestellt werden ($p < 0.01$). Keine signifikante Reduzierung im Schweregrad der Selbstverletzung gab es in der BPD Gruppe. In beiden Gruppen konnte eine signifikante Reduzierung im Suizidrisiko nach zwölf Monaten gemessen werden ($p < 0.01$).

Eine signifikant bessere Reduzierung der Substanzabhängigkeit nach zwölf Monaten konnte in der Gruppe BPD+PTSD gemessen werden ($p < 0.05$). In der BPD Gruppe wurde keine signifikante Reduzierung gemessen.

Die Anzahl der geeigneten Patientinnen für eine PTSD-Therapie während dem Behandlungsjahr, ist signifikant gestiegen.

4.4 Hauptergebnisse

In vier Studien erwies sich die Dialektisch-Behavioral Therapie als signifikant wirksam auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). In zwei Studien erwies sich die Dialektisch-Behavioral Therapie als gleich wirksam auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten, wie die Standardtherapie für Borderline-Patienten (Boritz et al., 2016; Carter et al., 2010).

In allen Studien wurde die Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010) angewendet, welche aus einem stationären DBT-Programm mit einer Einzeltherapie, einem Fertigkeitentraining in der Gruppe, einer Telefonberatung und einer wöchentlichen Supervision der Therapeuten besteht. In der Studie von Linehan et al. (2015) wurden zusätzlich zu der DBT nach Linehan, die DBT-S, welche nur ein Fertigkeitentraining in der Gruppe und eine Telefonberatung enthält und die DBT-I, welche eine Einzeltherapie ohne ein Fertigkeitentraining und eine Aktivitätsgruppe enthält, angewendet.

Die Dauer der Therapiestunden variierte in den Studien. Die Einzeltherapie wurde in fünf Studien während einer Stunde pro Woche durchgeführt (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In der Studie von McMain et al. (2017) wurde die Einzeltherapie während eineinhalb Stunden pro Woche durchgeführt. Das Fertigkeitentraining in der Gruppe wurde in vier Studien während zwei Stunden pro Woche durchgeführt (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010) und in zwei Studien dauerte das Fertigkeitentraining zweieinhalb Stunden pro Woche (Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010). Die Beratung am Telefon durch den Therapeuten wurde in allen sechs Studien während 24 Stunden pro Woche zur Verfügung gestellt (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Die Supervisionen fanden in allen Studien wöchentlich statt, aber variierten in ihrer Dauer von einer bis zu zwei Stunden (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010).

Die Dauer der gesamten Behandlung unterschied sich in den Studien. In der Studie von McMain et al. (2017) wurde eine gekürzte DBT nach Linehan (1993, zit. in McMain et al., 2017) durchgeführt, welche fünf Monate dauerte. Die Behandlung dauerte in zwei Studien sechs Monaten (Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010) und in drei Studien ein Jahr (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; 2010; Harned et al., 2010).

Durchgeführt wurde die Dialektisch-Behavioral Therapie in allen sechs Studien durch erfahrene Therapeuten (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) wurde zwischen allgemein geschulten und intensiv geschulten Therapeuten unterschieden, wobei sich nach sechs Monaten ein signifikanter Unterschied in der Verbesserung von Suizidversuchen und nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten in der Gruppe durch intensiv geschulte Therapeuten zeigte.

Das Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten wurde in der Studie von McMain et al. (2017) anhand des „Suicide Attempt Self-Injury Interview“ und des „Deliberate Self harm Inventory“ erfasst. In der Studie von Boritz et al. (2016) wurde das Messinstrument „Suicide Attempt Self-Injury Interview“ verwendet. Die Messinstrumente „Suicide Attempt Self-Injury Interview“, „Suicidal Behaviors Questionnaire“ und „Reasons for Living Inventory“ wurde in der Studie von Linehan et al. (2015) verwendet. Pasieczny und Connor (2011) erfassten in ihrer Studie das Outcome durch medizinische Aufzeichnungen, Patientenberichte und strukturierte Interviews. Eine Selbsteinschätzung der Teilnehmer anhand der Messinstrumente „Beck Depression Inventory II“, „Beck Scale for Suicide Ideation“, „State Trait Anxiety Inventory“, „Brief Symptom Inventory“ und „Global severity Index“ wurde angewendet. In der Studie von Carter et al. (2010) wurden die Messinstrumente „Lifetime Parasuicide Count-2“ und „Parasuicide History Interview 3-moth period“ verwendet. Die Messinstrumente der Studie von Harned et al. (2010) waren das „Suicidal Behaviors Questionnaire“ und das „Suicide Attempt Self-Injury Interview“.

Die Erfassung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten erfolgte in den Studien zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Die Studie von McMain et al. (2017) erfasste das Outcome zu Beginn der Studie, dann in Woche zehn, 20 und 32. In der Studie von Boritz et al. (2016) erfolgte die Erfassung des Outcomes zu Beginn der Studie dann nach vier, acht und zwölf Monaten und jeden sechsten Monat für zwei Jahre im Follow-up. In der Studie von Linehan et al. (2015) wurde suizidales und selbstverletzendes Verhalten zu Beginn der Studie und dann vierteljährlich während einem Jahr und nach einem Jahr im Follow-up gemessen. Die Erfassung des Outcomes in der Studie von Pasieczny und Connor (2011) erfolgte zu Beginn und dann nach sechs Monaten und zwölf Monaten. Die Studie von Carter et al. (2010) erfasste das Outcome zu Beginn und dann nach drei und sechs Monaten. Harned et al. (2010) erfasste suizidales und selbstverletzendes Verhalten zu Beginn der Studie und dann in Viermonatsintervallen während einem Jahr.

In vier Studien wurde neben der DBT noch die Standardtherapie für Borderline-Patienten angewendet. Boritz et al. (2016) verglichen die DBT mit der Standardtherapie GPM nach APA (2001, zit. in Boritz et al., 2016). Es zeigte sich bei beiden Therapien eine signifikante

Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten. Es besteht somit kein signifikanter Unterschied in der Wirkung der Therapien DBT und GPM. In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) wurde die DBT mit der Standardtherapie TAU nach Kanter (1989 zit. in Pasieczny & Connor, 2001) verglichen. Eine signifikante Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten wurde nur in der Gruppe der DBT Intervention gemessen ($p < 0.001$). In dieser Studie wirkt die DBT signifikant besser im Vergleich zur TAU nach Kanter (1989 zit. in Pasieczny & Connor, 2001). In der Studie von Carter et al. (2010) wurde die DBT ebenfalls mit der TAU verglichen. Es zeigte sich in der DBT und der TAU eine signifikante Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten. Es besteht somit kein signifikanter Unterschied in der Wirkung der beiden Therapien. In der Studie von McMain et al. (2017) führen die Teilnehmer der Kontrollgruppe mit der bisherigen Therapie weiter. Eine signifikante Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten der Teilnehmer wurden mit dem Messinstrument „LSASI“ in der Gruppe der DBT Intervention erzielt ($p < 0.04$). Mit dem Messinstrument „DSHI“ wurde kein signifikanter Unterschied zwischen der DBT und der Standardtherapie festgestellt.

In vier Studien wurden zusätzlich die Outcomes Suizidversuche, Suizidgedanken und Suizidrisiko gemessen. In allen vier Studien konnte eine signifikante Reduktion dieser Outcomes gemessen werden (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). In einer Studie erfolgte ein vollendeter Suizidversuch eineinhalb Jahren nach der Studie (Linehan et al., 2015).

Die Stichproben setzten sich in drei Studien aus Frauen zusammen (Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) nahmen 84 Frauen und sechs Männer teil. In zwei Studien wurden keine Angaben zum Geschlecht gemacht (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016).

Die Stichprobengröße betrug in den Studien zwischen 70 und 100 Teilnehmern. In der Studie von Mc Main et al. (2017) nahmen 84 Teilnehmer an der Studie teil und in der Studie von Boritz et al. (2016) 180 Teilnehmer. 99 Teilnehmerinnen nahmen an der Studie von Linehan et al (2015) teil und in der Studie von Pasieczny und Connor (2011) wurden 90 Teilnehmer rekrutiert. Die Stichprobe in der Studie von Carter et al. (2010) setzte sich aus 73 Teilnehmerinnen zusammen und die Studie von Harned et al. (2010) wies die kleinste Stichprobe von 51 Teilnehmerinnen auf.

In sechs Studien erhielten die Autoren die Genehmigung der Ethikkommission und die Teilnehmer gaben ihre informierte, schriftliche Zustimmung. (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). In der Studie von Carter et al. (2010) wurde die informierte, schriftliche Zustimmung der Teilnehmer erwähnt. Die Genehmigung der Ethikkommission wird nicht erwähnt.

Die Hauptergebnisse werden in Tabelle 5 dargestellt.

Autoren, Jahr	Design, Setting, Stichproben-grösse, Ethik	Intervention	Outcome/Messinstru-mente/Zeitpunkt der Messung	Ergebnisse
McMain et al. (2017)	RCT Psychiatrische Klinik in Zusammenar- beit mit Universität, Kanada Stichprobe: 84TN DBT (n=42) & WL (n=42) Genehmigung Ethikkommission, infor- mierte, schriftliche Zustimmung der TN	<u>Interventionsgruppe:</u> - Abgekürzte DBT nach Linehan mit 5 Modulen - Einzeltherapie 1.5h/Woche, Gruppenskillstrai- ning 2h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Su- pervision 1x/Woche - Dauer von 5 Mt - Durchgeführt durch 5 Therapeuten mit DBT Er- fahrung <u>Kontrollgruppe:</u> - Auf der WL für 5Mt - Fortfahren mit bisheriger Therapie	Suizidale und/oder nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) anhand „Lifetime Suicide Attempt Self-Injury In- terview (LSASI)“ und „Deliberate Self- harm Inventory (DSHI)“ Assessments zu Beginn, dann in Wo- che 10, 20 & 32	- LSASI: Signifikante Reduzierung der nicht suizidalen Selbstverlet- zung in IG (p<0.04) - DSHI: Kein signifikanter Unter- schied in der Reduzierung der nicht suizidalen Selbstverletzung in IG und KG (p=0.08)
Boritz et al. (2016)	RCT Psychiatrische Klinik in Zusammenar- beit mit Universität Toronto, Kanada Stichprobe: 180TN 2 Gruppen BPD mit PTSD (n=71) & BPD (n=109), erhielten DBT und GPM Genehmigung Ethikkommission, infor- mierte, schriftliche Zustimmung der TN	<u>Intervention (1) DBT:</u> - DBT nach Linehan (1993) - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervi- sion 2h/Woche <u>Intervention (2) GPM:</u> - GPM nach APA (2001) = Standardtherapie Einzeltherapie, Fallmanagement, symptombezo- genes Medikamentenmanagement 1h/Woche - Dauer von 1 Jahr - Durchgeführt durch 25 erfahrene Therapeuten	Suizidversuche und nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) anhand „Sui- cide Attempt Self-Injury Interview (SASII)“ Assessments zu Beginn dann nach 4, 8 & 12 Monaten und jeden 6. Monat für 2 Jahre	- Signifikante Reduzierung der nicht suizidalen Selbstverletzung in bei- den Gruppen (BPD ohne PTSD und BPD mit PTSD) - Kein signifikanter Unterschied zwi- schen DBT und GPM.
Linhan et al. (2015)	RCT The Behavioral Tesearch and Therapy Clinica and community Setting Seattle, Australien Stichprobe: 99TN (Frauen) Standard DBT (n=33), DBT-S (n=33) & DBT-I (n=33) Genehmigung Ethikkommission, infor- mierte, schriftliche Zustimmung der TN	<u>Standard DBT nach Linehan:</u> - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2.5h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag <u>DBT-S:</u> - Gruppenskillstraining 2.5h/Woche, Telefonbe- ratung 24h/Tag, Casemanagement 1h/Woche <u>DBT-I:</u> - Einzeltherapie ohne Skillstraining 1h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Aktivitätsgruppe 2.5h/Woche - Supervision 1h/Woche - Dauer von 1 Jahr - Durchgeführt durch 21 geschulte Therapeuten	Suizidbezogene Ereignisse anhand „Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII)“, „Suicidal Behaviors Question- naire“ und „Reasons for Living Inven- tory“ Assessments zu Beginn und dann vier- teljährlich während 1 Jahr und 1 Jahr im Follow-up	- Signifikante Reduzierung der nicht suizidalen Selbstverletzung in allen drei Gruppen (p<0.001)

Pasieczny & Connor (2011)	<p>CT</p> <p>Psychiatrische Klinik, Australien</p> <p>Stichprobe: 90TN (84 Frauen und 6 Männer) DBT und TAU+WL</p> <p>Genehmigung Ethikkommission, informierte, schriftliche Zustimmung der TN</p>	<p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - DBT nach Linehan (1993) - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision - Module: Achtsamkeit, Gefühlsregulation, Stresstoleranz, zwischenmenschliche Beziehungen - Nach 6 Monaten Angebot von weiteren 6 Monaten DBT - Durchgeführt durch geschulte und intensiv geschulte Therapeuten <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - TAU nach Kanter (1989) - Jobsuche, fortlaufende Assessments, Planung, Verknüpfung mit Ressourcen der Gemeinschaft, Therapieberatung, Unterstützung beim Ausbau soz. Netzwerke, Zusammenarbeit mit med. Personal, Interessenvertretung, Einzelberatung, Weiterbildung, Psychoedukation, Krisenmanagement - Dauer von 6 Monaten - Durchgeführt durch verschiedene Therapeuten 	<p>Suizidversuche, nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI) anhand medizinischer Aufzeichnungen, Patientenberichte und strukturierten Interviews und Selbsteinschätzungs-Messinstrumenten „Beck Depression Inventory II (BDI-II)“, „Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)“, „State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)“, „Brief Symptom Inventory (BSI)“ und „Global severity Index“</p> <p>Assessments zu Beginn und dann 6 Monate nach Behandlung, Selbsteinschätzung zu Beginn, dann 6 & 12 Monate nach Behandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Verbesserung der nicht suizidalen Selbstverletzung in IG ($p<0,001$) - Nach 12 Mt DBT signifikante Reduktion der nicht suizidalen Selbstverletzung ($p<0.05$)
Carter et al. (2010)	<p>RCT</p> <p>Zentrum für Psychologie, Australien</p> <p>Stichprobe: 73TN (Frauen) DBT (n=38) & TAU+WL (n=35)</p> <p>Informierte, schriftliche Zustimmung der TN</p>	<p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Angepasste DBT nach Linehan - Einzeltherapie, Gruppenskillstraining mit 8-wöchigen Modulen, Telefonberatung, Supervision <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Während 6 Monaten auf WL - Erhielten TAU - Dauer von 6 Monaten - Durchgeführt durch geschulte Therapeuten 	<p>Absichtliche Selbstverletzung (DSH) „Lifetime Parasuicide Count-2“ und „Parasuicide History Interview 3-month period (PHI-2)“</p> <p>Assessments zu Beginn der Studie, dann nach 3 & 6 Monaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Reduktion der absichtlichen Selbstverletzung über alle drei Zeitperioden in IG & KG, - Kein signifikanter Unterschied zwischen den Therapien (DBT und TAU)
Harned et al. (2010)	<p>CT</p> <p>Universität Washington, Amerika</p> <p>Stichprobe: 51TN (Frauen) BPD (n=25) und BPD mit PTSD (n=26)</p> <p>Genehmigung Ethikkommission, informierte, schriftliche Zustimmung der TN</p>	<p><u>Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Standard DBT nach Linehan (1993) - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2.5h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, wöchentliche Supervision - Dauer von 1 Jahr - Durchgeführt durch erfahrene Therapeuten 	<p>Suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten anhand „Suicidal Behaviors Questionnaire“ und „Suicide Attempt Self Injury Interview“</p> <p>Assessments zu Beginn der Studie, dann in 4 Monatsintervallen während 1 Jahr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Reduzierung des suizidalen und/oder selbstverletzenden Verhaltens in beiden Gruppen ($p<0.01$)

Tabelle 6: Darstellung der Hauptergebnisse

4.5 Qualität der Studien

Die Qualität der sechs analysierten Studien wurde anhand angepasster Kriterien nach Jossen (2015) zur Beurteilung einer Interventionsstudie von Behrens und Langer (2010) eingeschätzt.

In allen sechs Studien wurde eine adäquate Rekrutierung der Probanden durchgeführt. Das Kriterium, ob angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert wurden, wurde in allen sechs Studien als adäquat eingeschätzt. (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Eine Zufallsstichprobe wurde in keiner Studie beschrieben

Die Zuteilung der Teilnehmer in die Untersuchungsgruppen wurde in einer Studie als adäquat eingeschätzt (Carter et al., 2010). In dieser Studie wurden die Teilnehmer anhand von versiegelten, blickdichten Briefumschlägen in die Untersuchungsgruppen eingeteilt.

In der Studie von McMain et al. (2017) wurden die Teilnehmer anhand von Briefumschlägen zugeteilt. Es wurde jedoch nicht klar erwähnt, ob es sich dabei um versiegelte, blickdichte Briefumschläge handelt und daher wurde das Kriterium als nicht erfüllt eingeschätzt. In vier Studien wurde die Zuteilung als nicht adäquat eingeschätzt, weil die Art der Zuteilung nicht beschrieben wurde (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010).

In zwei Studien wurde die Randomisierung als adäquat beurteilt (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015). In der Studie von McMain et al. (2017) erfolgte eine Blockrandomisierung und die Studie von Linehan et al. (2015) führte ein Matching der Teilnehmer anhand des Alters, der Anzahl Suizidversuche, der Anzahl nicht suizidaler Selbstverletzungsepisoden, den psychiatrischen Hospitalisationen im letzten Jahr und dem Schweregrad der Depression durch. In zwei Studien wurde eine Randomisierung durchgeführt, jedoch wurde der Vorgang nicht erwähnt und konnte daher nicht als adäquat eingeschätzt werden (Boritz et al., 2016; Carter et al., 2010). In zwei Studien wurde keine Randomisierung durchgeführt und das Kriterium wurde als nicht adäquat eingeschätzt (Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010).

In einer Studie nahmen mindestens 80% der Probanden bis zum Ende der Studie teil und das Kriterium, ob Ausfallquoten begründet wurden, wurde als adäquat eingeschätzt (McMain et al., 2017). In einer Studie wurden die Ausfallquoten nicht begründet und die Studie wurde durch 80% der Teilnehmer beendet (Pasieczny & Connor, 2011). Die Studie von Carter et al. (2010) begründete Ausfallquoten, aber keine Angaben zum Follow-up wurden erwähnt. In drei Studien wurde kein Follow-up erwähnt und Ausfallquoten wurden keine begründet (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010). Diese vier Studien erfüllten das Kriterium nicht.

Eine Verblindung wurde in vier Studien durchgeführt. Es wurde beschrieben, dass das Forschungspersonal verblindet wurde (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In zwei Studien wurde keine Verblindung durchgeführt und erfüllten daher das Kriterium nicht (Boritz et al., 2016; Pasiieczny & Connor, 2011).

In vier Studien waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich und das Kriterium wurde erfüllt (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010). Signifikante Unterschiede in klinischen und demographischen Daten lagen in zwei Studien vor. In der Studie von Boritz et al. (2016) war die Rate der PTSD in der Gruppe BPD+PTSD ungleichmässig auf die beiden Interventionen, DBT (35.5%) und GPM (43.3%), verteilt. Ebenfalls zeigte die Gruppe BPD+ PTSD eine deutlich höhere psychische Belastung als die Gruppe BPD ohne PTSD zu Beginn der Studie.

In der Studie Harned et al. (2010) erfüllte die Gruppe BPD+PTSD mehr Kriterien für eine Diagnose der Axis-I-Diagnose als die Gruppe BPD. Bei diesen zwei Studien wurde das Kriterium als nicht adäquat eingeschätzt.

In fünf Studien wurde die Untersuchungsgruppen, abgesehen von der Intervention, gleich behandelt und das Kriterium wurde erfüllt (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). In der Studie von McMain et al. (2017) wurden ergänzende Behandlungen nicht ausgeschlossen. Das Kriterium wurde in dieser Studie nicht erfüllt.

In allen sechs Studien wurden die Teilnehmer zu Beginn in der durch Randomisierung zugewiesenen Gruppe bewertet erfüllt (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). In keiner Studie fand ein Gruppenwechsel statt. Alle Studien erfüllten das Kriterium. In drei Studien wurde eine Intention-to-Treat Analyse durchgeführt (McMain et al., 2017; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010).

Die Grösse der Stichprobe wurde in drei Studien ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können. In diesen drei Studien wurde eine Poweranalyse durchgeführt und erfüllt (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010). Drei Studien erwähnten keine Poweranalyse und das Kriterium wurde als nicht erreicht beurteilt (Boritz et al., 2016; Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010).

Die Ergebnisse von vier Studien stehen mit den Ergebnissen von anderen Studien auf diesem Gebiet im Einklang. Diese Studien erfüllten das Kriterium (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). Die Ergebnisse der Studie Carter et al. (2010) stehen nur teilweise im Einklang mit anderen Studienergebnissen und in der Studie von Linehan et al. (2015) wurde der Vergleich mit anderen Studien nicht explizit erwähnt. Diese zwei Studien erfüllten das Kriterium nicht.

Eine Studie erreichte acht (McMain et al., 2017), zwei Studien erreichten sieben (Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010), zwei Studien erreichten fünf (Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010) und eine Studie erreichte vier Gütekriterien (Boritz et al., 2016).

Eine Studie wurde mit hoher Qualität bewertet (McMain et al., 2017), vier Studien wiesen eine mittlere Qualität (Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010) und eine Studie wies eine niedrige Qualität auf (Boritz et al., 2016).

Eine Übersicht der Einschätzung der Qualität wird in Tabelle 6 dargestellt. Die Beurteilung der Qualität der einzelnen Studien befindet sich in Anhang E.

Autoren Jahr	Adäquate Rekrutierung	Adäquate Zuteilung	Adäquate Randomisierung	Follow-up von 80%, Ausfall-Quoten begründet	Verblindung	Ähnlichkeit der Gruppen	Gleiche Behandlung	Intention-to-treat-Analyse, Kein Gruppenwechsel	Erfüllung Poweranalyse	Vergleichbare Resultate
McMain et al. (2017)	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Boritz et al. (2016)	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
Linehan et al. (2015)	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Pasieczny et al. (2010)	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Carter et al. (2010)	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise
Harned et al. (2010)	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja

Tabelle 7: Qualität/Glaubwürdigkeit der analysierten Studien

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Suchstrategie und Auswahl der analysierten Studien

Für die systematische Literaturreview wurde von Anfang September bis Ende November 2017 eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche wird nach Mayer (2015), als ein Prozess beschrieben, der über einen längeren Zeitraum erfolgt. Die Suche für die systematische Literaturreview erfolgte über einen Zeitraum von zwei Monaten und ermöglichte es den aktuellen Forschungsstand zu erfassen.

Die Literaturrecherche fand ausschliesslich in drei Datenbanken PubMed (Public Medline), Cochrane (The Cochrane Library) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) statt. Die Datenbank PubMed konzentriert sich auf das Gebiet der Biowissenschaften und setzt den Fokus auf medizinische Bereiche wie Humanmedizin oder auch Pflegewissenschaft. Cochrane fokussiert sich mehrheitlich auf Themen im medizinischen Bereich und weniger mit dem Bereich der Pflege, wodurch das Finden von relevanter Literatur erschwert wird. Die Datenbank CINAHL wird vor allem für die Themen im Bereich der Pflege empfohlen und wird deshalb auch als eine pflegerelevante Datenbank benannt (Behrens & Langer, 2016). Durch die Suche in weiteren Datenbanken, wie beispielsweise PsychINFO, welche speziell psychologische Literatur enthält und möglicherweise relevante Literatur zur vorliegenden Fragestellung enthalten könnte, hätte die Literaturrecherche erweitert werden können. Keine weiteren Datenbanken wurden in die Literaturrecherche miteinbezogen, da durch die umfangreiche Recherche in den drei Datenbanken die notwendige Anzahl an Studien gefunden wurde. Die Fragestellung konnte beantwortet werden und auch der aktuelle Forschungsstand bezüglich der Thematik konnte dargelegt werden. Es wird davon ausgegangen, dass relevante Literatur eingeschlossen wurde, welche die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse erhöht.

Es wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, welche immer wieder optimiert und angepasste wurde, um gute Resultate zu finden. Mayer (2015) beschreibt, dass verschiedene Suchstrategien verwendet werden, mit dem Ziel die Literaturrecherche immer wieder optimieren zu können und zu erleichtern. Die detaillierte Darstellung der Suchstrategie in einer Tabelle hilft den Faden nicht zu verlieren und ermöglicht später das Nachvollziehen der Suchstrategie. Die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit konnte erhöht werden.

Die Studiensuche in den Datenbanken erfolgte anhand von „MeSH-Terms“. In allen drei Datenbanken wurde mit den Begriffen „borderline personality disorder“, „dialektisch behavioral therapy“, „DBT“, „self injury“, „self-injurious behavior“, „deliberate self harm“ und „suicidality“ gesucht. Die Begriffe „borderline personality disorder“ und „self-injurious behavior“

wurden in allen drei Datenbanken als MeSH-Begriffe verwendet. In PubMed und Cinahl wurde zusätzlich der Begriff „deliberate self harm“ als ein MeSH-Begriff verwendet. Bei der Suchstrategie der Autorin wurden, nachdem alle Begriffe eingegeben wurden, die Begriffe „dialektisch behavioral therapy“ und „DBT“ mit „OR“ verknüpft und die Begriffe „self injury“, „self-injurious behavior“, „deliberate self harm“ und „suicidality“ ebenfalls mit dem Operator „OR“ verknüpft. Am Ende wurden dann die Begriffe mit dem Operator „AND“ verbunden. Die Suchstrategie in den jeweiligen Datenbanken wurde in einer Tabelle detailliert und umfassend dargestellt. Nach Behrens und Langer (2016) können MeSH-Begriffe die Studien-suche eingrenzen. Für die Verbindung der Begriffe werden sogenannte Operatoren verwendet, welche die Suche einschränken oder erweitern können. Werden sie mit dem Operator „AND“ verbunden bedeutet dies, dass alle eingegeben Begriffe zwingend in den Ergebnissen vorhanden sein müssen. Werden die Begriffe mit dem Operator „OR“ verbunden, kommt jeweils nur einer der eingegebenen Begriffe im Ergebnis vor. Für die Literaturrecherche wurden Begriffe ausgewählt, die den gewünschten Inhalt der Fragestellung präsentieren. Durch das Verwenden von MeSH-Begriffen konnte die Literaturrecherche eingegrenzt werden. Die Autorin geht davon aus, dass das Verbinden der Operatoren ein wichtiges Merkmal für eine gute Literaturrecherche ist. Durch die Verknüpfung der Operatoren wurden relevante Treffer erzielt und keine weiteren Möglichkeiten zur Literaturrecherche wurden verwendet.

Für die Auswahl der Studien wurden zu Beginn Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Behrens und Langer (2016) zeigen auf, dass die Systematische Literaturreview eine Übersichtsarbeit über Primärstudien ist, welche anhand von vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt wurden. Dadurch wird keine relevante Literatur übersehen. Anhand guter vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien und der Eingrenzung der Thematik, kann dazu verholfen werden, die Forschungsfrage gezielt zu beantworten. Mit dem Wissensstand der Autorin wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert und anschliessend mit der Begleitperson besprochen. Die Auswahl der Studien erfolgte durch die vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien und relevante Literatur konnte in die vorliegende Arbeit einbezogen werden.

Ausschliesslich Studien im Zeitraum von 2010 bis 2017 wurden einbezogen, da die Autorin die Ergebnisse von aktuellen Studien in der vorliegenden Arbeit darstellen wollte. Ebenfalls sollten die Ergebnisse die systematische Literaturreview von Sterren (2011) ergänzen und auch die Weiterentwicklung der Forschung ermöglichen. Durch das Ausschliessen der Studie, welche nicht im Zeitraum von 2010 bis 2017 erschienen sind, konnten die Ergebnisse der Literaturreview von Sterren (2011) ergänzt werden.

Es wurden Studien eingeschlossen, die ein randomisiertes kontrolliertes Design aufweisen. Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design werden als Goldstandard beschrieben und überprüfen die Wirksamkeit einer Intervention (Behrens & Langer, 2016). Es wird davon ausgegangen, dass für systematische Literaturreview ein geeignetes Studiendesign ausgewählt wurde, um die Forschungsfrage adäquat beantworten zu können.

Ausserdem wurden Studien mit einem quasiexperimentellen Design eingeschlossen. Studien mit einem quasiexperimentellen Design sind im Grunde genommen identisch mit dem randomisierten kontrollierten Design. Einziger Unterschied ist die nicht randomisierte Zuteilung der Teilnehmer in die Untersuchungsgruppen. Durch die Verwendung von ausschliesslich Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design hätten Bias minimiert werden können (Behrens & Langer, 2010). Durch den Einbezug von Studien mit einem quasiexperimentellen Design wird davon ausgegangen, dass das Auftreten von möglichen Bias erhöht wurde.

Des Weiteren wurden nur Studien mit der Dialektisch-Behavioral Therapie als Intervention, suizidales und selbstverletzendes Verhalten als Outcome und Borderline-Patienten als Population eingeschlossen. Durch eine klar definierte PICO Fragestellung kann eine gute Literaturrecherche erfolgen und die Berücksichtigung der wichtigsten Aspekte des Pflegeproblems wird ermöglicht (Behrens & Langer, 2016). Es wird davon ausgegangen, dass eine klar definierte PICO Fragestellung formuliert wurde und dadurch eine klare Eingrenzung der Thematik erfolgte, mit welcher die Fragestellung beantwortet werden konnte. Dies führt zu einer Erhöhung der Glaubwürdigkeit.

Zwei der analysierten Studien (Harned et al., 2010; Carter et al., 2010) wurden bereits in der systematischen Literaturreview von Sterren (2011) analysiert. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit der vorliegenden Arbeit was die Glaubwürdigkeit der vorliegenden Arbeit erhöht. Weiter kann davon ausgegangen werden, dass eine angemessene Studiensuche durchgeführt wurde, da gleiche Studien aufgefunden worden sind.

5.2 Diskussion der grundlegenden Informationen der Studien

Vier von sechs Studien weisen ein randomisiertes kontrolliertes Design auf (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010). Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design untersuchen die Wirksamkeit einer Intervention und sind experimentelle Studien. Durch eine Zufallseinteilung der Teilnehmer in eine Interventions- oder Kontrollgruppe sind sich die Teilnehmer in den Gruppen sehr ähnlich bezüglich den bekannten, und sehr wahrscheinlich auch den unbekannten Merkmalen. Durch eine zusätzliche Verblindung vom Forschungspersonal und den beiden Gruppen, wird ermöglicht, dass die Unterschiede in den Gruppen auf die untersuchte Intervention zurückzuführen sind.

Dadurch werden Selektionsbias und Confounder minimiert. Selektionsbias sind systematische Unterschiede in der Gruppenzusammensetzung zum Beispiel, wenn in einer Gruppe deutlich mehr Männer vorhanden sind. Confounder zählen ebenfalls dazu. Darunter versteht man Störgrößen wie Alter oder Rauchen, welche selber auf das zu untersuchende Outcome wirken könnten und somit die Ergebnisse verfälschen. Die Forscher der Studie zeigen auf, ob ein Ereignis in der Interventions- oder der Kontrollgruppe häufiger vorkommt. Randomisierte kontrollierte Studien werden als Goldstandard bezeichnet und weisen eine hohe interne Validität auf. Zu erwähnen ist, dass ein randomisiertes kontrolliertes Design nicht auf alle Fragestellungen anwendbar ist, und dass die randomisierte Zuteilung zum Teil unethisch wirkt (Behrens & Langer, 2016). Durch den Einbezug von Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design wird davon ausgegangen, dass ein geeignetes Design ausgewählt wurde und eine gute Möglichkeit besteht, die Intervention auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen.

Die Studie von Pasieczny und Connor (2011) und Harned et al. (2010) weisen ein kontrolliertes Design auf, welches im Grunde genommen übereinstimmend mit dem randomisierten kontrollierten Design ist, ausser das keine randomisierte Zuteilung der Teilnehmer in die Untersuchungsgruppen durchgeführt wird. Daher weist sie ein quasi-experimentelles Design auf. In diesem Design wird auf bereits bestehende Gruppen, beziehungsweise Gruppen mit Freiwilligen zurückgegriffen. Die Teilnehmer teilen sich selber ein oder sie werden durch einen Forscher anhand des interessierenden Merkmals in Gruppen eingeteilt. Dadurch dass keine randomisierte Zuteilung stattfindet, besteht die Möglichkeit, dass sich die Gruppen nicht nur in der Intervention unterscheiden und die Kontrollgruppe zum Vergleich der Ergebnisse fehlt. Ebenfalls ist es schwierig eine Verblindung durchzuführen, wodurch weitere Fehler minimiert werden könnten (Behrens & Langer, 2016; Mayer, 2015). Es ist unklar, ob die Unterschiede der Ergebnisse auf die Intervention zurückzuführen sind, da sich die Gruppen nicht ähnlich sind. Das Auftreten von möglichen Bias konnte nicht verhindert werden und die Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse wurde reduziert. Die Ergebnisse sind daher kritisch anzusehen.

Alle sechs analysierten Studien sind als Interventionsstudien eingeschätzt worden, daraus folgert die Autorin, dass es sich um ein angemessenes Studiendesign zur Analyse handelt. Interventionsstudien werden verwendet, um die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge aufzuzeigen (Mayer, 2015). Es wurde ein angemessenes Studiendesign ausgewählt, um die Wirkung der Dialektisch-Behavioral Therapie auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten aufzuzeigen.

Die analysierten Studien wurden in den Ländern Kanada, Australien und Amerika durchgeführt und die Publikation fand in englischer Sprache statt. Dies sind hochentwickelte Länder und verfügen über die möglichen Ressourcen, um solche kostenbelastende Forschungen

durchführen zu können. In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt. In einer Kosten-Nutzen-Analyse werden die Kosten der angewendeten Intervention mit den wirtschaftlichen Vorteilen verglichen (Behrens & Langer, 2016). Die Studie ergab, dass durch eine DBT Behandlung im Vergleich zur Standardtherapie pro Patient \$5'927 eingespart werden können. Dies ergibt bei einer DBT-Behandlung über drei Jahre eine Summe von \$237'080. Die DBT ist somit kosteneffizienter. Trotz des geringeren Kostenanteils der DBT ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse in Entwicklungsländer schwierig, da sich diese die Therapiemöglichkeit nicht leisten können. Ebenfalls wird angenommen, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung in den Entwicklungsländern mit einer geringeren Prävalenz auftritt, da diese Menschen mit anderen Problemen wie Hunger und Armut belastet sind.

Die Durchführung der Studien fand vorwiegend in psychiatrischen Kliniken statt, da ein Grossteil der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dort behandelt werden. Es ist von Bedeutung, dass der Ort der Durchführung realitätsbezogen ist, so dass eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse stattfinden kann und eine Erhöhung der externen Validität möglich ist (Mayer, 2015). Aus Sicht der Patienten wird angenommen, dass es sich beim Ort der Durchführung, um einen realitätsbezogenen Ort handelt, da eine stationäre DBT-Behandlung in psychiatrischen Kliniken durchgeführt wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der sechs analysierten Studien verallgemeinert werden können und dass die externe Validität erhöht wurde.

Nach Einteilung der Evidenz nach Polit und Beck (2012) wurden vier Studien in die Stufe 2a und zwei Studien in die Stufe 2b eingeschätzt. Die Stufe gilt als die zweithöchste und weist eine gute Qualität auf. Alle sechs Studien weisen einen hohen Evidenzgrad auf und es kann davon ausgegangen werden, dass die Forschungsfrage durch geeignete Studien beantwortet werden konnte. Zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit wurde zusätzlich die Qualität der Studien anhand von Beurteilungskriterien einer Interventionsstudie von Behrens und Langer (2010), welche durch Jossen (2015) angepasst wurden, eingeschätzt.

5.3 Diskussion der Hauptergebnisse der analysierten Studien

Eine signifikante Wirkung der Dialektisch-Behavioral Therapie auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline-Patienten zeigte sich in vier Studien (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). Zwei Studien ergaben, dass die Dialektisch-Behavioral Therapie gleich wirksam ist auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, wie die Standardtherapie für Borderline-Patienten (Boritz et al., 2016; Carter et al., 2010). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind mit den Ergebnissen einer früheren systematischen Literaturreview vergleichbar. In der deutschsprachigen systematischen Literaturreview von Sterren (2011) wurde in allen acht Studien, ein positiver Effekt der DBT auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten beschrieben. In fünf Studien war dieser Effekt signifikant.

In allen sechs Studien wurde die Dialektisch-Behavioral Therapie als Intervention angewendet (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Es wird davon ausgegangen, dass Literatur einbezogen wurde, welche die Forschungsfrage beantwortet.

Der Inhalt der Intervention war in fünf von sechs Studien identisch. Die Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007; Bohus & Schmahl, 2006; Bohus, 2004) beinhaltet eine Einzeltherapie, ein Fertigkeitentraining in der Gruppe, eine Telefonberatung und eine wöchentliche Supervision der Therapeuten. In der Studie von Linehan et al. (2015) wurden neben der Standard Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Linehan et al., 2015), zwei andere Arten der Dialektisch-Behavioral Therapie untersucht, DBT-Skillstraining (DBT-S) und DBT-Einzeltherapie (DBT-I). Dabei wurde in der Gruppe DBT-S, die Einzeltherapie und in der Gruppe DBT-I das Fertigkeitentraining entfernt. Es konnte jedoch auch in dieser Studie ein signifikanter Nutzen nachgewiesen werden. Dies erschwert die Formulierung einer klaren Aussage über die Anwendung vom Fertigkeitentraining auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten, da die Dialektisch-Behavioral Therapie mit und ohne Fertigkeitentraining signifikant wirksam ist.

Die Dauer der einzelnen Therapiestunden variierte in den Studien. Die Einzeltherapie fand in fünf Studien während einer Stunde pro Woche statt (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Die Einzeltherapie in der Studie von McMain et al. (2017) fand während eineinhalb Stunden statt.

Das Fertigkeitentraining in der Gruppe fand in der Studie von Linehan et al. (2015) und Harned et al. (2010) während zweieinhalb Stunden pro Woche statt. In drei Studien fand das Fertigkeitentraining während zwei Stunden pro Woche statt (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010).

Die Telefonberatung wurde in allen sechs Studien während 24 Stunden pro Tag angeboten und ebenfalls die Supervision fand in allen Studien, einmal pro Woche statt (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). Die Dauer der Therapiestunde wird in allen Studien als angemessen angesehen, da die Dauer der Therapiestunden mit der Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007, Bohus & Schmahl, 2006; Bohus, 2004) übereinstimmen. Dadurch können die Ergebnisse der Studien miteinander verglichen werden.

Die gesamte Dauer der Behandlung unterschied sich in den einzelnen Studien. In drei von sechs Studien wurde die Intervention während einem Jahr durchgeführt (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010). In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) und Carter et al. (2010) wurde eine gekürzte Dialektisch-Behavioral Therapie angewendet, welche sechs Monaten dauerte und in der Studie von McMain et al. (2017) wurde die DBT während fünf Monaten durchgeführt. In der gekürzten Dialektisch-Behavioral Therapie konnten ebenfalls signifikante Ergebnisse erzielt werden. In der Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007, Bohus & Schmahl, 2006, Bohus, 2004) wird die Einzeltherapie während zwei Jahren und das Fertigkeitentraining während sechs Monaten bis zu einem Jahr durchgeführt. Durch die verschiedene Dauer der Therapien kann keine klare Aussage gemacht werden, welches die richtige Dauer der Dialektisch-Behavioral Therapie, bezogen auf die Einzeltherapie und das Fertigkeitentraining, auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten ist.

Die Durchführung der Intervention fand in allen sechs Studien durch geschulte Therapeuten statt (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In einer Studie wurde zwischen allgemein geschulten und intensiv geschulten Therapeuten unterschieden. Dabei erhielten die intensiv geschulten Therapeuten während zehn Tagen eine spezielle Schulung über die Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Pasieczny & Connor, 2011). Nach sechs Monaten zeigte sich in der Gruppe der durch intensiv geschulte Therapeuten eine bessere signifikante Verbesserung der Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten (Pasieczny & Connor, 2011). Es wird davon ausgegangen, dass die Durchführung der Therapie durch intensiv geschulte Therapeuten zu besseren Behandlungsergebnissen, bezogen auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, führt als die Durchführung der Therapie durch allgemein geschulte Therapeuten.

Die Dialektisch-Behavioral Therapie wird in der Nursing Intervention Classification (NIC) als eine Pflegeintervention beschrieben und kann auch von Pflegenden durchgeführt werden (Bulecheck et al., 2013; Früchtnicht et al., 2003). Es besteht die Möglichkeit, dass eine

signifikante Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei der Durchführung durch geschulte Therapeuten nachgewiesen wurde, weil diese über mehr Erfahrung verfügen als Pflegefachpersonen.

In den Studien wurden unterschiedliche Messinstrumente verwendet. Das Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten wurde anhand der Messinstrumente „Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Interview“ (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010), „Suicidal Behaviors Ouestionnaire“ (Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010), „Deliberate Self-Harm Inventory“ (McMain et al., 2017), „Lifetime Parasuicide Count-2“ (Carter et al., 2010), „Parasuicide History Interview 3-month period (PHI-2)“ (Carter et al., 2010) und in der Studie von Pasieczny und Connor (2011) wurde neben Selbsteinschätzungs-Messinstrumenten noch das „Beck Depression Inventory II (BDI-II)“, die „Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)“, das „State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)“, das „Brief Symptom Inventory (BSI)“ und der „Global severity Index“ verwendet. Bei der Bewertung der Gültigkeit der Messinstrumente spielt die Reliabilität und die Validität eine grosse Rolle. Ein Messinstrument wird als valide bezeichnet, wenn es das misst, was es messen soll. Die Reliabilität eines Messinstrumentes, bezeichnet die Zuverlässigkeit, das heisst, dass das Messinstrument bei wiederholten Messungen ähnliche Ergebnisse erzielt. Die Reliabilität ist umso höher, desto weniger Abweichungen sich bei wiederholten Messungen zeigen (Mayer, 2015). In den analysierten Studien wurden reliabel und valide Messinstrumente verwendet. Dies kann zu einer Erhöhung der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse führen.

In drei Studien wurden zusätzlich die DBT auf die Reduktion von Suizidgedanken, Suizidversuchen und ein erhöhtes Suizidrisiko untersucht (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010). Es zeigte sich in allen drei Studien eine Verbesserung dieser Outcomes. Es wird davon ausgegangen, dass die Dialektisch-Behavioral Therapie auch auf die Begleitsymptome von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten wie Suizidgedanken, Suizidversuche und ein erhöhtes Suizidrisiko, wirkt.

Die Teilnehmer weisen in allen sechs Studien die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV auf und hatten eine Vorgeschichte von suizidalem und/oder selbstverletzendem Verhalten (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In zwei Studien wurden zusätzlich Teilnehmer eingeschlossen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Es wurde jedoch kein signifikanter Unterschied der Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie bei Borderline-Patienten mit oder ohne eine posttraumatische Belastungsstörung nachgewiesen (Boritz et al., 2016; Harned et al., 2010). Die Autorin schliesst daraus, dass die Dialektisch-Behavioral Therapie bei Borderline-Patienten mit oder ohne

eine posttraumatische Belastungsstörung angewendet werden kann, aufgrund der signifikanten Ergebnisse in beiden Gruppen (BPD ohne PTSD und BPD mit PTSD).

In drei Studien wurden ausschliesslich Frauen in die Studie eingeschlossen (Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) nahmen 84 Frauen und sechs Männer an der Studie teil. In zwei Studien wurden keine Angaben bezüglich des Geschlechts der Stichprobe gemacht (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016). Ein möglicher Grund für die erhöhte Teilnahme des weiblichen Geschlechts könnte in der Prävalenz liegen, da die Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt (Bohus & Schmahl, 2006). Es wird davon ausgegangen, dass eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das männliche Geschlecht erschwert ist.

Das Alter der Teilnehmer wurde in fünf von sechs Studien als Einschlusskriterium verwendet (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). In der Studie von Pasieczny und Connor (2011) mussten die Teilnehmer über 18 Jahre alt sein, um an der Studie teilnehmen zu können. Die Studie von McMain et al. (2017) und Linehan et al. (2015) schliessen Teilnehmer im Alter zwischen 18 und 60 Jahren in die Studie mit ein. Das Alter in der Studie von Harned et al. (2010) lag zwischen 18 und 45 Jahren und in der Studie von Carter et al. (2010) zwischen 18 und 65 Jahren. In der Studie von Boritz et al. (2016) wurden keine Angaben zum Alter gemacht. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren ist erschwert, da nur Teilnehmer mit einem Alter ab 18 Jahren untersucht wurden.

Fünf Studien erhielten die Genehmigung der Ethikkommission und in allen sechs Studien gaben die Teilnehmer ihre informierte Zustimmung. Die Ethikkommission beschäftigt sich mit der Prüfung der Forschungsprojekte. Es wird bewertet, ob das Forschungsprojekt durchgeführt werden kann, und ob und in wie weit das Forschungsprojekt die Teilnehmer gefährden darf. Dadurch wird ein wichtiger Beitrag zu den Menschenrechten im Forschungsprozess geleistet und man stellt sicher, dass ethische Standards eingehalten worden sind und der Schutz der Teilnehmer gewährleistet ist (Mayer, 2015). In allen sechs Studien ist eine informierte Zustimmung und in fünf von sechs Studien ist die Genehmigung der Ethikkommission vorhanden und es wird davon ausgegangen, dass die ethischen Richtlinien befolgt und die Rechte der Teilnehmer geschützt wurden.

Durch die systematische Literaturreview konnte die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten in vier von sechs Studien dargestellt werden. In zwei Studien zeigte sich die Standardtherapie als gleich wirksam wie die DBT auf die Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten.

Es benötigt weitere Forschungen für die Anwendung einer gekürzten Dialektisch-Behavioral Therapie, bezogen auf die Dauer der gesamten Therapie. Des Weiteren benötigt es

Studien, die sich spezifisch auf die Untersuchung des männlichen Geschlechts beziehen, da viele Stichproben der Studien vorwiegend aus dem weiblichen Geschlecht bestehen. Dadurch könnten die Ergebnisse noch besser verallgemeinert werden. Zusätzlich sollten mögliche Auswirkungen von Komorbiditäten der Borderline-Persönlichkeitsstörung wie den posttraumatischen Belastungsstörungen auf die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie untersucht werden (Harned et al., 2010).

5.4 Diskussion der Qualität/Glaubwürdigkeit der analysierten Studien

Die Qualitätseinschätzung der sechs Studien erfolgte anhand angepasster Kriterien nach Jossen (2015) zur Beurteilung einer Interventionsstudie von Behrens und Langer (2010). Dieser Beurteilungsbogen wird spezifisch zur Einschätzung der Qualität für Interventionsstudien verwendet. Die Einschätzung der Qualität bietet eine wichtige Grundlage, da durch die Einschätzung Schwächen der Studien aufgezeigt werden und die Übertragbarkeit der Ergebnisse hinterfragt wird (Behrens & Langer, 2016). Mittels des angepassten Beurteilungsbogen konnte die Autorin die Studien kritisch hinterfragen und mögliche Stärken und Schwächen der einzelnen Studien aufzeigen.

Die Rekrutierung der Teilnehmer wurde in allen sechs Studien als adäquat eingeschätzt. Es wurden in allen Studien angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Das Definieren von Ein- und Ausschlusskriterien und die Verwendung der Kriterien ist wichtig. Dadurch kann eine spätere Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt werden (Behrens & Langer, 2016). Eine Zufallsstichprobe wurde in keiner Studie angewendet. Eine Zufallsstichprobe ermöglicht allen Teilnehmer die gleiche Chance in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Durch eine Zufallsstichprobe kann die Repräsentativität der Studie erhöht werden (Mayer, 2015). In allen sechs Studien wurde die Rekrutierung der Teilnehmer als adäquat bewertet. Dies kann die Übertragbarkeit der Ergebnisse erhöhen und mögliche Selektionsbias können minimiert werden.

Die Zuteilung der Teilnehmer in die Untersuchungsgruppen wurde in der Studie Carter et al. (2010) als adäquat eingeschätzt. Die Zuteilung erfolgte anhand von versiegelten, blickdichten Briefumschlägen. Nach Behrens und Langer (2016) erfolgt eine adäquate Zuteilung, wenn diese mittels Telefon, Internet oder versiegelten, blickdichten Briefumschlägen oder Beuteln durchgeführt wurde. Selektionsbias werden durch eine verdeckte Zuteilung minimiert. Selektionsbias entstehen wenn sich die Untersuchungsgruppen, also die Interventions- und die Kontrollgruppe, nicht nur bezüglich der Intervention unterscheiden. Die Studie von McMain et al. (2017) führte die Zuteilung anhand von Briefumschlägen durch. Es wurde nicht klar erwähnt, ob es sich um versiegelte, blickdichte Briefumschläge handelte. In vier Studien wurde keine verdeckte Zuteilung durchgeführt (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). Durch eine verdeckte Zuteilung könnte die Qualität der Studien erhöht werden und Selektionsbias könnten minimiert werden. Die Ergebnisse sind zum Teil kritisch zu hinterfragen, da Selektionsbias nicht komplett ausgeschlossen werden können.

Eine adäquate Randomisierung erfolgte in zwei Studien. In der Studie von McMain et al. (2017) wurde eine Blockrandomisierung durchgeführt. Eine Blockrandomisierung hat den Vorteil, dass die Untersuchungsgruppen ausgewogener sind und somit die Vergleichbarkeit

vereinfacht wird. Die Stichprobe wird dabei in Blöcke von beispielsweise sechs Teilnehmer pro Block aufgeteilt und innerhalb der Blöcke wird so randomisiert, dass in jedem Block die Anzahl der Teilnehmer gleich ist (Behrens & Langer, 2016). Ein Matching der Teilnehmer anhand des Alters, der Anzahl Suizidversuche, der Anzahl nicht suizidaler Selbstverletzungsepisoden, der Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen im letzten Jahr und des Schweregrades der Depression wurde in der Studie von Linehan et al. (2015) durchgeführt. Eine adäquate Randomisierung ermöglicht alle bekannten und unbekannten Merkmale gleich auf beide Untersuchungsgruppen zu verteilen, wodurch Selektionsbias minimiert werden können. Es kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse auf die Intervention zurückzuführen sind (Behrens & Langer, 2016). Die Wahrscheinlichkeit für die Zuteilung in die Untersuchungsgruppen ist für jeden Teilnehmer gleich gross (Mayer, 2015). Die Art der Randomisierung wurde in zwei Studien nicht erwähnt und deshalb als nicht adäquat eingeschätzt (Boritz et al., 2016; Carter et al., 2010). Zwei Studien führten keine Randomisierung durch (Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). In vier Studien kann eine Verfälschung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden aufgrund der nicht adäquaten oder fehlenden Randomisierung. Eine fehlende Randomisierung könnte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen hervorrufen und die Ergebnisse beeinflussen.

Ausschliesslich in zwei Studien nahmen mindestens 80% der Teilnehmer bis zum Ende der Studie teil (McMain et al., 2017; Pasiieczny & Connor, 2011). In der Studie von McMain et al. (2017) wurde ein Follow-up von 88.1% erreicht und Ausfallquoten wurden begründet. Ein Follow-up von über 80% wurde in der Studie von Pasiieczny und Connor (2011) erreicht, jedoch wurden keine Ausfallquoten begründet. Die Follow-up Rate ist wichtig in Bezug auf die Glaubwürdigkeit der Intervention und sollte mindestens 80% betragen, da ansonsten die Ergebnisse beeinflusst werden könnten. Durch ein Follow-up von 80% wird eine gute Studienqualität erreicht. Ebenfalls von Bedeutung ist, dass Ausfallquoten begründet werden (Behrens & Langer, 2016). Zu einer Erhöhung der Qualität hätte das Begründen der Ausfallquoten in der Studie von Pasiieczny und Connor (2011) führen können. Drei Studien erwähnten kein Follow-up und Ausfallquoten wurden ebenfalls nicht begründet (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Harned et al., 2010). Die Studie von Carter et al. (2010) begründete Ausfallquoten aber kein Follow-up wurde erwähnt. Die Qualität hätte durch das Erwähnen vom Follow-up und durch begründete Ausschlussquoten erhöht werden können. In vier Studien wurde eine Verblindung bezüglich des Forschungspersonals beschrieben (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Durch eine korrekte und umfangreiche Verblindung der Teilnehmer, des Personals oder der Untersucher kann die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht werden und die Studie weist nur einen geringen Anteil an Bias auf (Behrens & Langer, 2016). Durch die Verblindung in diesen

vier Studien konnte die Glaubwürdigkeit dieser Studien erhöht und mögliche Bias konnten minimiert werden. In zwei Studien wurde keine Verblindung durchgeführt (Boritz et al., 2016; Pasiieczny & Connor, 2011). Durch eine Verblindung hätte die Glaubwürdigkeit erhöht werden können und Bias hätten vermindert werden können.

Keine signifikanten demografischen und klinischen Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn der Studie lagen in vier Studien vor (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010). Die Studie von Boritz et al. (2016) zeigte zu Beginn der Studie klinische Unterschiede zwischen den Gruppen auf. Dabei war die Rate der PTSD in der Gruppe der Borderline-Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ungleichmässig auf beide Interventionen, Dialektisch-behavioral Therapie und Standardtherapie, verteilt. Zusätzlich zeigten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung eine deutlich höhere psychische Belastung als Borderline-Patienten ohne eine posttraumatische Belastungsstörung zu Beginn der Studie. Auch in der Studie von Harned et al. (2010) lagen zu Beginn der Studie klinische Unterschiede vor. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und posttraumatischen Belastungsstörungen erfüllen mehr Kriterien für die Axis-I Diagnosen als Borderline-Patienten ohne eine posttraumatische Belastungsstörung. Unterschiede in den Gruppen zu Beginn der Studie können die Ergebnisse der Studie beeinflussen (Behrens & Langer, 2016). Es wird davon ausgegangen, dass es durch die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu Verzerrungen und zu Selektionsbias geführt haben könnte. Eine Ähnlichkeit der Gruppen in den demographischen und klinischen Daten könnte durch eine adäquate Randomisierung gesteigert werden und hätte die Studienqualität erhöhen können. Ebenfalls hätten mögliche Verzerrungen verhindert werden können.

Eine gleiche Behandlung der Teilnehmer fand in fünf Studien statt (Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). Durch den Ausschluss anderen Interventionen können die Ergebnisse auf die Intervention zurückgeführt werden. Eine Verblindung wird empfohlen, um sicher zu gehen, dass die Gruppen gleich behandelt werden (Behrens & Langer, 2016). Die Studie von McMain et al. (2017) schloss ergänzende Behandlungen zur Maximierung der externen Validität nicht aus. Es wird davon ausgegangen, dass einheitliche Rahmenbedingungen und das Ausschluss von ergänzenden Behandlungen wichtig sind, damit die Ergebnisse nicht beeinflusst werden, keine Performance Bias entstehen und somit eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse stattfinden kann.

In allen sechs Studien wurden die Teilnehmer zu Beginn in der durch Randomisierung zugewiesenen Gruppe bewertet. Ein Gruppenwechsel fand in keiner Studie statt. (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Linehan et al., 2015; Pasiieczny & Connor, 2011; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Durch einen Wechsel eines Teilnehmers kommt es zu einer

Abweichung des Studienprotokolls und Attrition-Bias treten auf. Das Darstellen eines Gruppenwechsels kann mögliche Attrition-Bias vermindern (Behrens & Langer, 2016). Die Autorin geht davon aus, dass in allen Studien Attritions-Bias minimiert wurden und somit die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse gesteigert wird. In drei Studien wurde eine Intention-to-Treat Analyse durchgeführt (McMain et al., 2017; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Eine Intention-to-Treat Analyse ist ein wichtiges Instrument bei der Auswertung der Studien und ein unverzerrter Effekt auf die gewählte Intervention wird erzielt (Behrens & Langer, 2016). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dieser drei Studien nicht verfälscht wurden. Ein verzerrter Effekt wurde kleingehalten, da die Studienteilnehmer in der per randomisierten Gruppe zu Beginn der Studie bewertet wurden und kein Gruppenwechsel stattfand.

Drei Studien wählten eine ausreichend grosse Stichprobe, um einen Effekt nachweisen zu können und die Poweranalyse wurde erreicht (McMain et al., 2017; Linehan et al., 2015; Carter et al., 2010). Auf eine Poweranalyse einer früheren Studie bezog sich die Studie von Carter et al. (2010). Die Studie von Boritz et al. (2016), Pasieczny und Connor (2011) und Harned et al. (2010) erwähnten keine Poweranalyse. Die Poweranalyse ermöglicht die Berechnung der nötigen Grösse der Stichprobe, um die Wirkung der Intervention zu messen. Bei nicht signifikanten Studienergebnissen ermöglicht die Poweranalyse festzustellen, ob es wirklich keine signifikanten Ergebnisse gegeben hat, oder ob die Stichprobengrösse zu klein gewählt wurde, um einen Effekt nachweisen zu können (Behrens & Langer, 2016). Durch eine Poweranalyse hätte die Qualität von drei Studien erhöht werden können. Daher ist es unklar, ob die Ergebnisse auf die Intervention zurückzuführen sind. In drei Studien wurde die Grösse der Stichprobe als adäquat eingeschätzt, da eine Poweranalyse durchgeführt wurde und diese erreicht wurde.

Die Ergebnisse der Studien stehen in vier Studien im Einklang mit anderen Ergebnissen (McMain et al., 2017; Boritz et al., 2016; Pasieczny & Connor, 2011; Harned et al., 2010). In der Studie von Carter et al. (2010) stehen die Ergebnisse nur teilweise im Einklang mit anderen Studienergebnissen und die Ergebnisse der Studie von Linehan et al. (2015) erwähnte den Vergleich mit anderen Studien nicht genau. Der Vergleich mit anderen Studien erhöht die Glaubwürdigkeit der Studie (Behrens & Langer, 2016). Durch einen Vergleich mit früheren Studien hätte die Glaubwürdigkeit der Studie Linehan et al. (2015) erhöht werden können. Vier Studien zeigen vergleichbare Ergebnisse mit früheren Studien und die Autorin geht davon aus, dass dadurch die Glaubwürdigkeit der Arbeit erhöht werden könnte.

5.5 Kritische Würdigung

Durch die Analyse der sechs Studien konnte die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet werden. Eine systematische Literaturreview wurde erstellt, um die Ergebnisse der Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten aufzuzeigen. Die drei Hauptkonzepte „Dialektisch-Behavioral Therapie“, „Suizidales und selbstverletzendes Verhalten“ und „Borderline“ wurden im theoretischen Bezugsrahmen anhand deutscher und englischsprachiger Fachliteratur beschrieben. Ebenfalls wurde der theoretische Rahmen im Kapitel Diskussion in Verbindung mit den Studienergebnissen gebracht. Somit wurde ein wichtiger Beitrag zur Pflegeforschung gemacht.

Es erfolgte eine Literaturrecherche in pflegerelevanten Datenbanken über einen Zeitraum von Anfang September bis Ende November 2017. Die Suche der Literatur wurde fortlaufend an die verschiedenen Datenbanken angepasst und optimiert. Die Suche in weiteren pflegerelevanten Datenbanken hätte die Vertrauenswürdigkeit erhöht, indem möglicherweise weitere relevante Literatur zur Fragestellung eingebracht hätte werden können. Eine weitere Suche in anderen Datenbanken wurde nicht durchgeführt, da durch die Suche eine ausreichende Fülle an Studien gefunden wurde, welche die Forschungsfrage beantwortet. Es wurde mit englischen Begriffen und Schlüsselbegriffen nach passenden Studien gesucht. Anschliessend wurden die Begriffe mit „OR“ oder „AND“ verbunden. Die detaillierte Darstellung der Suchstrategie macht die Datensammlung transparent was die Glaubwürdigkeit der Recherche erhöht.

In der systematischen Literaturreview wurden ausschliesslich Studien mit einem randomisierten kontrollierten und nicht randomisierten kontrollierten Design verwendet. Durch die Verwendung von nicht randomisierten Studien wurde die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse beeinflusst. Zur Steigerung der Glaubwürdigkeit hätten ausschliesslich Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design verwendet werden sollen.

Für eine bessere Übersicht der verwendeten Begriffe zum Thema Suizidales und selbstverletzendes Verhalten, wurden diese in der Tabelle fünf dargestellt. Während der ganzen Arbeit wurde für ein besseres Verständnis ausschliesslich der Begriff suizidales und selbstverletzendes Verhalten verwendet.

Die aktuellste Studie, welche in die Arbeit eingeschlossen werden konnte, wurde im Jahre 2017 publiziert. Durch das Einschliessen von aktueller Literatur konnte der jetzige Forschungsstand dargelegt werden und die Ergebnisse von Sterren (2011) konnten ergänzt werden.

Die Publikation der verwendeten Literatur fand vorwiegend in englischer Sprache statt und da die Muttersprache der Autorin deutsch ist, könnten mögliche Bias in Bezug auf die Über-

setzung entstanden sein. Durch das mehrmalige kritische Lesen der Studien und die Verwendung von Übersetzungsprogrammen konnte die Vertrauenswürdigkeit dieser Arbeit erhöht werden. Dennoch lassen sich Bias nicht komplett ausschliessen.

Zur Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit wurde die vorliegende Arbeit durch die Begleitperson und zwei Personen mit Bachelorabschluss kritisch durchgelesen und mit der Autorin persönlich besprochen. Der Austausch mit Mitstudierenden wurde regelmässig durchgeführt

In der Ausbildung erlernte die Autorin lediglich Grundkenntnisse im Bereich der Statistik und Forschung. Eine fehlerhafte Interpretation der Ergebnisse ist möglich und Bias können nicht komplett ausgeschlossen werden.

In fünf Studien war die Genehmigung der Ethikkommission vorhanden und zur Wahrung ethischer Aspekte wurde nur veröffentlichte Literatur in die vorliegende Arbeit mit eingeschlossen. Das Literatur- und Quellenverzeichnis wurde anhand APA 6.0 erstellt. Die Glaubwürdigkeit der Arbeit wurde erhöht.

Das Einschätzen der Qualität erfolgte nach einem Beurteilungsbogen für Interventionsstudien von Behrens und Langer (2010), welcher durch Jossen (2015) angepasst wurde. Die Einschätzung der Qualität erfolgte durch die Autorin subjektiv. Durch das Einschätzen der Qualität der Studien konnte die Glaubwürdigkeit gesteigert werden. Zur Einschätzung des Evidenzgrades der Studien wurden die Kriterien nach Polit und Beck (2012) verwendet. Alle Studien weisen einen hohen Evidenzgrad auf, dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Studienqualität ebenfalls hoch ist. Mit dem Einschätzen des Evidenzgrades der Studien konnte die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit gesteigert werden. Trotzdem könnten mögliche Fehler bei der Einschätzung des Evidenzgrades und der Qualität der Studien entstanden sein.

6 Schlussfolgerungen

Mit der Erarbeitung der systematischen Literaturreview konnte in vier von sechs Studien dargelegt werden, dass die Dialektisch-Behavioral Therapie suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten signifikant reduziert.

Die Autorin empfiehlt die Dialektisch-Behavioral Therapie im Alltag von psychiatrischen Kliniken bei Borderline-Patienten mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten anzuwenden, da diese als signifikant wirksam dargestellt wurde und somit die Pflegequalität erhöht werden kann.

Der Autorin erscheint die Bezugspflege bei der Betreuung von Borderline-Patienten von grosser Wichtigkeit. Auch wird durch die Bezugspflege eine professionelle Beziehung zu den Patienten ermöglicht und den Patienten die Chance gegeben, sich jemandem anzuvertrauen.

Bei der Anwendung der Intervention ist es wichtig, die Dialektisch-Behavioral Therapie nach Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007, Bohus & Schmahl, 2006; Bohus, 2004) als Richtlinie zu verwenden und die Dauer von einem Jahr respektive, zwei Jahren nicht verändert wird.

Die Anwendung der Dialektisch-Behavioral Therapie zeigt nicht nur ihre Wirkung bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern auch bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Daher kann die Dialektisch-Behavioral Therapie auch bei diesen Patienten angewendet werden.

Das Erlernen der wichtigsten Grundkenntnisse sollte bereits während der Ausbildung des Pflegeberufes erfolgen. Des Weiteren sollten spezifische Weiterbildungen zum Thema der Dialektisch-Behavioral Therapie angeboten werden, welche dem Pflegepersonal Sicherheit im Umgang mit Borderline-Patienten übermittelt. Somit kann den Patienten eine individuelle, evidenzbasierte und ganzheitliche Pflege geboten werden.

Weitere Forschungen zur Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten durch die Dialektisch-Behavioral Therapie bei Borderline-Patienten sind erforderlich, um die Evidenz der Dialektisch-Behavioral Therapie zu bestärken. Ebenfalls wird weitere Forschung benötigt, um die Evidenz von einer abgekürzten Dialektisch-Behavioral Therapie zu untersuchen. Auch wird weitere Forschung benötigt, um die Wirkung der Intervention auf das männliche Geschlecht zu untersuchen, da in den meisten Studien die Wirkung der Intervention mehrheitlich auf das weibliche Geschlecht untersucht wurde.

7 Literaturverzeichnis

- Ahrens, R. (2004). Ein pflegerisches Verständnis der Dialektisch-Behavioral Therapie von Marsha Linehan. *Psychiatrische Pflege*, 10(1), 13-20. doi:10.1055/s-2004-812779
- Altenthon, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H., Höhle, R., Ott, W., & Pöll, R. (2013). *Psychologie* (5.Auflage). Köln: Bildungsverlag EINS.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"* (3., überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauenbildende Entzauberung der "Wissenschaft"* (4., überarbeitet und ergänzte Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Binks, C., Fenton, M., McCarty, L., Lee, T., Clive, A., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (review). *The Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of Dialectical Behavior Therapy in Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 63(9), 881-888.
- Bohus, M. (2004). Dialektisch-Behavioral Therapie für Borderline-Störungen nach Linehan. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 251-274). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bohus, M. & Höschel, K., (2006). Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*, 51(4), 261-270. doi: 10.1007/s00278-006-0497-7
- Bohus, M. & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, (82), 16-24. doi:10.1007/s00115-010-3126-1

- Bohus, M., & Schmahl, C. (2007). Psychotherapie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 78(9), 1069-1081. doi: 10.1007/s00115-007-2341-x
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(49), 3345-3352.
- Boritz, T., Barnhart, R., & McMain, S. (2016). The influence of posttraumatic stress disorder on treatment outcomes of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 3(30), 395-407.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)* (6. Auflage). Missouri: Elsevier Mosby.
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Abgerufen am 13.12.2017 von www.bfs.admin.ch
- Carter, G., Willcox, C., Lewin, T., Conrad, A., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162-173.
- Deisenhammer, E. (2012). Suizid und Suizidalität. In W.W Fleischhacker, & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 395-403). Wien: Springer Verlag.
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2015). *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen*. (5., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kröger, C., Arnold, R., Greggersen, W., ... & Schweiger, U. (2007). Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf—Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychotherapeut Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, 161-169.
- Frauenknecht, S., & Klaus, L. (2008). Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen. In L. Klaus, S. Frauenknecht & S. Brunnhuber (Hrsg.), *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie* (6. Auflage) (S. 297-324). München: Elsevier.

- Früchtnicht, R., Grüttert, T., & Friege, L. (2003). Pflege im stationären Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychiatrische Pflege*, 9(4), 219-225.
- Fydrich, T., & Schneider, W. (2015). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 2015, 60, 259-260. doi:10.1007/s00278-015-0040-9
- Guina, H. (2010). Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In S. Amberger, & S. C. Roll (Hrsg.), *Psychiatriepflege und Psychotherapie* (S. 402-408). Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Harned, M., Jackson, S., Comtois, K., & Linehan, M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment of Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 421-429. doi:10.1002/jts.20553
- Jossen, R. (2015). Angepasste Kriterien zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit einer Interventionsstudie nach Behrens und Langer, 2010. Checkliste. Visp: Hes-so Valais/Wallis.
- Kapfhammer, H.-P. (2012). Persönlichkeitsstörungen (ICD-10F6). In W.W. Fleischhacker, & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 293-321). Wien: Springer Verlag.
- Linehan, M., Comtois, K., Brown, M., Heard, H., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-3012. doi:10.1037/1040-3590.18.3.303
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757

- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286. doi: 10.1037/0022-006X-51-2-276
- Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Neacsiu, A., . . . Murray-Gregory, A. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-782. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Links, P., Kolla, N., Guimond, T., & McMain, S. (2013). Prospective Risk Factors for Suicide Attempts in a Treated Sample of Patients With Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2(58).
- Louisa M C, V., Roland, S., Leona , H.-v., & Eric, V. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) programm: study protocol for a randomized controlled trial. Niederlande.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium* (4. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- McMain, S., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(2), 138-148. doi:10.1111/acps.12664
- Meyer, K. (2009). Gesundheit in der Schweiz. *Nationaler Gesundheitsbericht*, 46-68.
- Neacsiu, A., Rizvi, S., & Linehan, M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Skills Use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 48(9), 832-839. doi:10.1016/l.brat.2010.05.017
- Osman, A., Bagge, C., Konick, L., Kopper, B., & Barrios, F. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R):Validation with Clinical and Nonclinical Samples. *Psychological Assessment*, 8(4), 443-454.

- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10. doi:10.1016/j.brat.2010.09.006
- Petermann, F., & Nitkowski, D. (2008). Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf. *Nervenarzt*, 79(9), 1017-1022. doi:10.1007/s00115-008-2538-7
- Petermann, F., & Nitkowski, D. (2011). Selbstverletzendes Verhalten: Merkmale, Diagnostik und Risikofaktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 6-15. doi:10.1055/s-0030-1255086
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Renneberg, B., Schmitz, B., Doering, S., Herpetz, S., & Bohus, M. (2010). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 2010, 55(4), 339-354. doi:10.1007/s00278-010-0748-5
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schmahl, C., & Stiglmayr, C. (2015). Dialektisch-behaviorale Therapie nichtsuizidalen selbstverletzenden Verhaltens. *Psychotherapeut*, 60(1), 6-12. doi:10.1007/s00278-014-1094-9
- Schoppmann, S. (2009). Autoaggression oder Fürsorge?. *Heilberufe*, 60(7), 16-18.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2018). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung*. Abgerufen am 30.01.2018 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#a32>
- Sterren, A. (2011). Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline Patienten. Systematische Literaturreview (Dissertation Haute Ecole de Santé Valais). Abgerufen am 03.09.2017 von <http://doc.rero.ch/record/28602>

Turner, B., Austin, S., & Chapman, A. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576-585.

Van den Bosch, L., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & Van Furth, E. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 152. doi: 10.1186/1745-6215-15-152

World Health Organization. (2001). *The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.

8 Anhang

Anhang A: Suchstrategie

Anhang B: Eingeschlossene Literatur

Anhang C: Zusammenfassung der Studien

Anhang D: Evidenzhierarchie nach Polit und Beck (2012)

Anhang E: Beurteilung der Studienqualität nach Behrens und Langer (2010)

Anhang A: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe	Treffer	Ausgeschlossene Studien	Eingeschlossene Studien	Doppelbefunde in anderen Datenbanken
Cochrane Library	#1 Borderline Personality Disorder [MeSH] #2 Dialectical behavior therapy #3 DBT #4 (#2 OR #3) #5 Self injury #6 Self-Injurious Behavior [MeSH] #7 Deliberate self harm #8 Suicidality #9 (#5 OR #6 OR #7 OR #8) #10 (#1 AND #4 AND #9)	45	39	6	Keine Doppelbefunde
PubMed	#1 Borderline Personality Disorder [MeSH] #2 Dialectical behavior therapy #3 DBT #4 (#2 OR #3) #5 Self injury #6 Self-Injurious Behavior [MeSH] #7 Deliberate self harm [MeSH] #8 Suicidality #9 (#5 OR #6 OR #7 OR #8) #10 (#1 AND #4 AND #9)	119	119	0 (6)	28 Doppelbefunde wie bereits in Cochrane Library Alle 6 eingeschlossenen Studien bereits in Cochrane Library erhalten
Cinahl	S1 Borderline Personality Disorder [MeSH] S2 Dialectical behavior therapy S3 DBT S4 (S2 OR S3) S5 Self injury S6 Self-Injurious Behavior [MeSH] S7 Deliberate self harm [MeSH] S8 Suicidality S9 (S5 OR S6 OR S7 OR S8) S10 (S1 AND S4 AND S9)	57	57	0 (1)	2 Doppelbefunde wie in Cochrane Library und PubMed 1 eingeschlossene Studie bereits in Cochrane Library erhalten
Total		221	215	6	30 Doppelbefunde

Anhang B: Eingeschlossene Literatur

Jahr	Titel der Studie	Autor	Datenbank
2017	A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder	McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L..	Cochrane Library PubMed
2016	The influence of posttraumatic stress disorder on treatment outcomes of patients with borderline personality disorder	Boritz, T., Barnhart, R., & McMain, S.	Cochrane Library PubMed
2015	Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis	Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D, McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M.	Cochrane Library PubMed
2011	The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial	Pasieczny, N., & Connor, J.	Cochrane Library
2010	Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder	Carter, G. L, Willcox, C. H., Lewin, T. J, Conrad, A. M., & Bendit, N.	Cochrane Library PubMed Cinahl
2010	Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment of Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder	Harned, M. S., Jackson, C. S., Comtois, K. A., & Linehan, M. M.	Cochrane Library PubMed

Anhang C: Zusammenfassung der Studien

McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 135(2), 138-148. doi:10.1111/acps.12664			
Design, Fragestellung/Ziel/ Hypothese, Setting, Stichprobenbildung, Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung, Ethik	Intervention, Outcome/Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerung, Evidenzgrad
Design: RCT Fragestellung/Ziel/Hypothese: <u>Ziel:</u> Wirksamkeit eines abgekürzten Fertigkeiten-trainings der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) auf Reduzierung von suizidalem und nicht suizidaler Selbstverletzung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BDP) und einem hohem Suizidrisiko Setting: Psychiatrische Klinik in Zusammenarbeit mit der Universität Toronto, Kanada Stichprobenbildung: Rekrutierung von 140 geeigneten TN, davon 56 TN ausgeschlossen (39 TN erfüllten Einschlusskriterien nicht, 6 TN lehnten Teilnahme ab und 11 TN andere Gründe). Total: 84 TN (n=84) <u>Einschlusskriterien:</u> - BPD nach DSM-IV - Alter zwischen 18 und 60 Jahren - Zwei Episoden von suizidaler oder nicht suizidaler Selbstverletzung in den letzten 5 Jahren, eine davon in den letzten 10 Wochen vor Einschreibung - Englischkenntnisse: mündlich & schriftlich <u>Ausschlusskriterien:</u> - Kriterien nach DSM-IV für psychotische und bipolare Störungen oder Demenz - Klinischer Nachweis einer Hirnerkrankung oder einer geistigen Behinderung - Teilnahme an einem DBT Programm innerhalb des letzten Jahres Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung: Blockrandomisierung mit 42 Umschlägen in 2 Gruppen (IG & KG), einfach verblindet Ethik: Studie genehmigt durch Ethikkommission Informierte schriftliche Zustimmung der TN	Intervention: Interventionsgruppe (IG), (n=42): - Abgekürzte DBT nach Linehan mit 5 Modulen: Achtsamkeit, Gefühlsregulation, Stresstoleranz, zwischenmenschliche Beziehungen und Gesprächsführung - Einzeltherapie 1.5h/Woche, Gruppenskillstraining 2h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 1x/Woche - Dauer: 5Mt, durchgeführt durch 5 erfahrene Therapeuten Kontrollgruppe (KG), (n=42): - Warteliste 5Mt., weiterfahren mit bisheriger Therapie - Studienende: Angebot Therapieplatz Outcome/Messinstrumente: Baseline: <u>DSM-IV Achse I und II Diagnose:</u> Structured Clinical Interview I (SCD-I), International Personality Disorder Exam (IPDE) Primäre Outcomes: <u>Suizidale und/oder nicht suizidale Selbstverletzung:</u> Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Interview (LSASI), Deliberate Self Harm Inventory (DSHI) Sekundäre Outcomes: <u>Gesundheitsversorgung:</u> Treatment History Interview-2 (THI-2) <u>BDP Symptome:</u> Borderline-Symptom List-23 (BSL-23), State-Trait anger Expression Inventory (STAXI), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Barret Impulsivness Scale-11 (BIS.11), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR) <u>Bewältigungsstrategien:</u> Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Distress Tolerance Scale (DTS), Kentucky Inventory of Mindfulness Scale (KMS) Datensammlung: - Assessments zu Beginn, dann nach 10, 20, 32 Wochen - Pat erhielten 10\$/h für Assessment Datenanalyse: - Poweranalyse: (n=84) erforderlich- Alpha: 0,05 - Intention-to-treat Analyse - Verschiedene statistische Tests	- Keine Unterschiede in den demografischen und klinischen Daten, Anz. NSSI in IG & KG zu Beginn der Studie <u>Therapieabbruch und Therapieadhärenz:</u> - 29 TN (71%) beendeten komplette Therapie - 13 TN (31%) frühzeitiger Therapieabbruch (Häufigste Gründe: Gedanke Therapie sei nicht hilfreich (n=4), Zeit-, Transport- und Medikamentenprobleme (n=3)) - Follow-up mit 74 TN (88.1%) Primäre Outcomes: <u>Suizidales und/oder nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI):</u> - Kein kompletter Suizidversuch in IG & KG - LSASI: Signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von NSSI in IG in Woche 32 $p<0.04$ - DSHI: Kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von NSSI zwischen IG & KG in Woche 32 ($p=0.08$) Sekundäre Outcomes: <u>Gesundheitsversorgung:</u> - Signifikanter Unterschied in Spitalaufenthalt in IG in Woche 10 ($p<0.001$), Woche 20 ($p<0.001$), nicht in Woche 32 ($p>0.48$) - Kein signifikanter Unterschied in Spitalbesuchen zwischen IG & KG in Woche 20 ($p<0.06$) und Woche 32 ($p<0.16$) <u>BPD Symptome/psychische Gesundheit:</u> - Signifikante Reduktion der Wut in IG in Woche 20 & 32 ($p<0.001$) - Signifikanter Unterschied in BDP Symptome ($p<0.01$) in IG in Woche 20 - Kein signifikanter Unterschied in Impulsivität zwischen IG & KG in Woche 20 ($p<0.52$) und Woche 32 ($p<0.90$) <u>Bewältigungsstrategien:</u> - Signifikanter Unterschied der Emotionsregulation in IG in Woche 20 ($p>0.001$) und Woche 32 ($p<0.01$) und der Stresstoleranz in Woche 20 ($p<0.005$) und Woche 32 ($p<0.005$) - Kein signifikanter Unterschied zwischen IG & KG bei der Achtsamkeit in Woche 20 ($p<0.2$) und Woche 32 ($p<0.6$)	Diskussion: - IG zeigt Verbesserung in suizidalen und NSSI-Episoden am Ende der Therapie - Signifikante Verbesserung in IG in Wut, Bewältigungsstrategien, Stresstoleranz und Emotionsregulation - Am Therapieende IG bessere Ergebnisse in Gesundheitsversorgung, soz. Anpassung, Symptombeschwerden und BPD Symptomen. Nicht in Woche 32, KG holte auf - Studienresultate zeigen, dass abgekürzte DBT nicht auf Pat. mit leichten Symptomen beschränkt ist und für Pat. mit hohem Suizidrisiko von Vorteil ist - Kurze DBT sinnvoll, wenn keine langfristige Therapie möglich ist - Studienergebnisse stehen im Einklang mit kürzlich durchgeführten Studien <u>Stärken der Studie:</u> - RCT Design und hohe Therapieadhärenz <u>Limitationen:</u> - Keine Kontrolle der KG - Fehlen einer einheitlichen therapeutischen Vergleichsgruppe - Ergänzende Behandlung zur Maximierung der externen Validität nicht ausgeschlossen (Möglichkeit von Confounder) - Primäre Outcomes mit Selbsteinschätzung (Gefahr von Responder-Bias) - Follow-up nur 3Mt., eine zu geringe Dauer zur Beurteilung der Behandlungseffekte - Mehr Studien erforderlich für Schlussfolgerung über Wirksamkeit der abgekürzten DBT und über Faktoren die Therapieergebnisse beeinflussen Evidenzgrad nach Polit & Beck (2012): 2a

Boritz, T., Barnhart, R., & McMain, S. (2016). The influence of posttraumatic stress disorder on treatment outcomes of patients with borderline personality disorder. <i>Journal of Personality Disorders</i>, 30(3), 395-407.			
Design, Fragestellung/Ziel/Hypothese, Setting, Stichprobenbildung, Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung, Ethik	Intervention, Outcome/Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerung, Evidenzgrad
<p>Design: RCT</p> <p>Fragestellung, Ziel, Hypothese: <u>Ziel:</u> Auswirkung von PTSD auf den Behandlungserfolg von GPM und DBT bei Patienten mit BPD <u>Hypothese:</u> (1) BPD mit PTSD weisen einen grösseren klinischen Schweregrad auf, als Patienten ohne PTSD zu Beginn der Studie, (2) BPD mit PTSD zeigen schlechtere klinische Ergebnisse nach einem Jahr Behandlung als BPD ohne PTSD und (3) BPD mit PTSD zeigen ein langsames Anschlagen der Behandlung nach einem Jahr.</p> <p>Setting: Psychiatrische Klinik in Zusammenarbeit mit Universität Toronto, Kanada</p> <p>Stichprobenbildung: <u>Einschlusskriterien:</u> - BPD nach DSM-IV - Vorgeschichte von mind. 2 Suizidversuchen oder nicht suizidaler Selbstverletzung in den letzten 5 Jahren und eine davon in den letzten 3 Monaten vor Studieneinschreibung <u>Ausschlusskriterien:</u> - Substanzabhängigkeit, Psychose, bipolare Störungen, Delirium, Demenz oder geistige Behinderung - Einnahme von Psychopharmaka - Medizinische Bedingungen die Hospitalisation während Studie erfordern Total: 180 TN (n=180)</p> <p>Randomisierung, Verblindung, Verdeckte Zuteilung: Randomisierte Zuteilung in zwei Gruppen (BPD (n=109) und BPD+PTSD (n=71))</p> <p>Ethik: Studie genehmigt durch Ethikkommission Informierte, schriftliche Zustimmung der TN</p>	<p>Intervention: Beide Gruppen erhielten beide Interventionen Intervention (1) DBT nach Linehan (1993): - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 2h/Woche Intervention (2) GPM nach APA (2001): - Einzeltherapie, Fallmanagement, symptombezogenes Medikamentenmanagement 1h/Woche - Dauer 1 Jahr - Durchgeführt durch 25 erfahrene Therapeuten</p> <p>Outcome/Messinstrumente: Baseline: <u>DSM-IV Achse-I/DSM-IV Kriterien für BPD:</u> Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder (SCID-I), International Personality Disorder Exam (IPDE) <u>Traumatische Kindheitserlebnisse:</u> Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) Primäre Outcomes: <u>Suizidversuche und nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI):</u> Suicide Attempt and Self-Injury Interview (SASII) <u>BPD Symptome, psychische Belastung:</u> Zanarini Rating Scale for BPD (ZAN-BPD), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)</p> <p>Datensammlung: - durch geschulte Gutachter - Assessment zu Beginn dann nach 4Mt, 8Mt, 12Mt und jeden 6Mt für 2 Jahre (Follow-up)</p> <p>Datenanalyse: - Konfidenzintervall 95% - Verschiedene statistische Tests</p>	<p>- Kein signifikanter Unterschied in den demografischen Daten zwischen den beiden Gruppen - Rate der PTSD in Gruppe (BDP mit PTSD): DBT 35.5% (n=32), GPM 43.3% (n=39) - Rate der Traumatischen Kindheitserlebnissen in beiden Gruppen Total 81.6% (n=147): DBT 77.7% (n=70), GPM 85.5% (n=77) BPD mit PTSD zeigen höhere psychische Belastung als BPD ohne PTSD (p=0.004) - Keine signifikanten Auswirkungen von traumatischen Kindheitserlebnissen auf die Behandlung Primäre Outcomes: <u>Suizidversuche und NSSI:</u> - Kein signifikanter Unterschied in Anz. Suizidversuche und NSSI in beiden Gruppen am Ende, sowie 2 Jahre nach der Behandlung - Signifikanter Reduktion in Anzahl Suizidversuche und NSSI Episoden in beiden Gruppen - Kein signifikanter Unterschied zwischen DBT und GPM <u>BPD-Symptome und psychische Belastung:</u> - Kein signifikanter Unterschied in beiden Gruppen am Ende und zwei Jahre nach der Behandlung - In beiden Gruppen Rückgänge der Symptome (p=0.024) und der psychischen Belastung (p=0.001) im Behandlungsjahr und 2 Jahre nach der Behandlung (abhängig von Behandlungsoption) - Deutlichere Verbesserung der Symptome bei BPD ohne PTSD in DBT als bei BPD ohne PTSD in GPM - Kein signifikanter Unterschied in psychischer Belastung zwischen DBT und GPM</p>	<p>Diskussion: - In allen Outcomes vergleichbare Ergebnisse zwischen beiden Gruppen - Signifikante Verbesserung in Suizidversuchen, NSSI, BPD Symptome und psychische Belastung in beiden Gruppen zu Beginn der Studie, am Studienende und im Follow-up - einziger signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in psychischer Belastung - Studie zeigt erfolgreiche Behandlung der Outcomes mit GPM und DBT für BPD mit und ohne PTSD - Studienergebnisse vergleichbar mit anderen Studien - Ergebnisse nicht repräsentierbar für allg. Patienten mit BPD oder PTSD - Zukünftige Studien erforderlich, um Auswirkung von BPD Therapie auf PTSD Symptome zu untersuchen und um effektive Strategien für komplexe Patientengruppen zu finden - Weitere Studien erforderlich für signifikante Beweise Evidenzgrad nach Polit & Beck (2012): 2a</p>

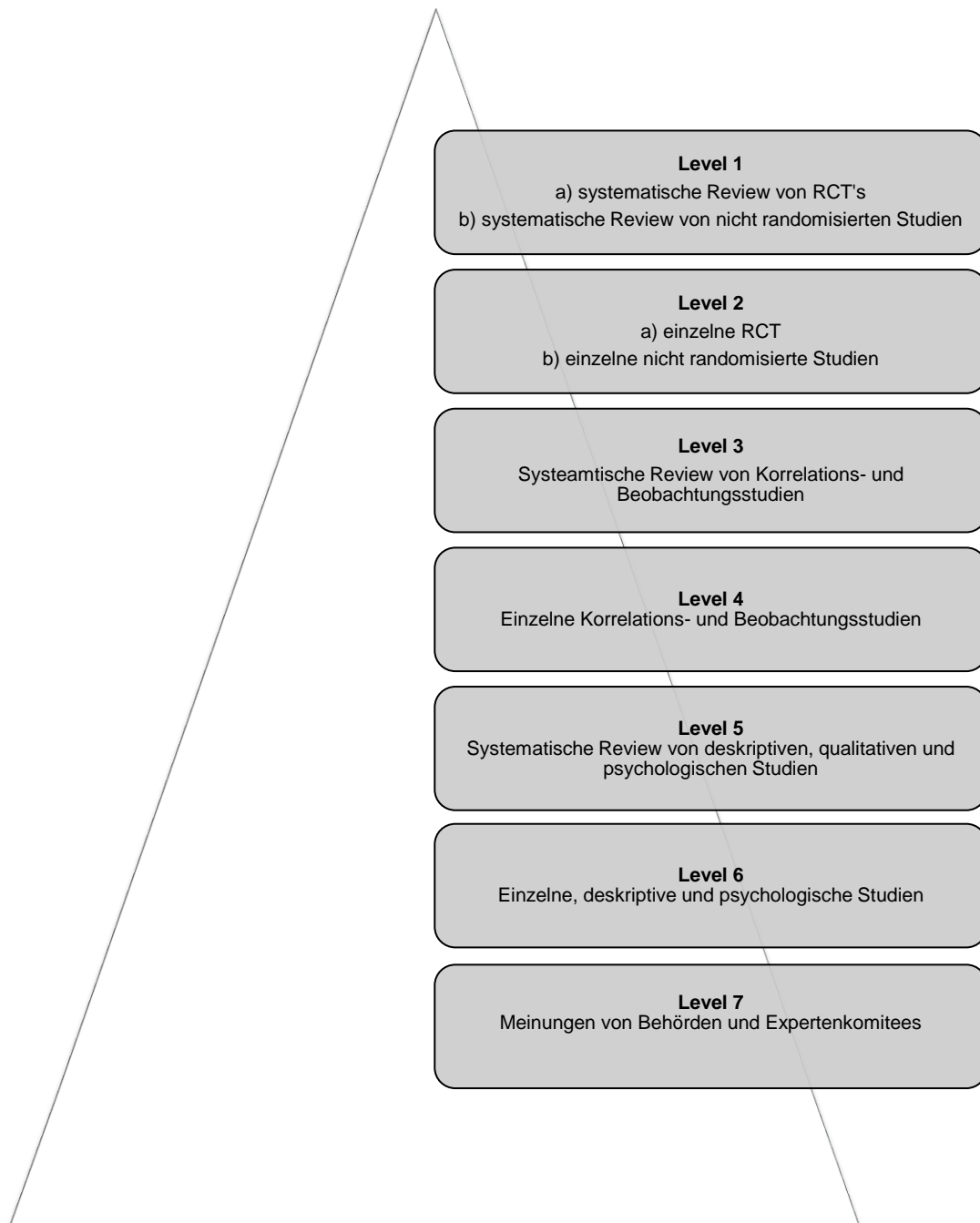
Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A., . . . Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. <i>JAMA Psychiatry</i> , 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.303			
Design, Fragestellung/Ziel/Hypothese, Setting, Stichprobenbildung, Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung, Ethik	Intervention, Outcome/Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerung, Evidenzgrad
<p>Design: RCT</p> <p>Fragestellung, Ziel, Hypothese: <u>Ziel:</u> Wichtigkeit von Skillstraining und Case Management (DBT-S), DBT Einzeltherapie mit Aktivitätsgruppe (DBT-I) und Standard DBT mit Skillstraining und Einzeltherapie <u>Hypothese:</u> Standard DBT wirkt signifikant besser als DBT-S und DBT-I auf Suizidversuche, nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI), stationäre- und Notaufnahmen, Depression, Angstzustände und Behandlungsausfälle</p> <p>Setting: The Behavioral Research and Therapy Clinics and community Setting in Seattle, Australien</p> <p>Stichprobenbildung: Rekrutierung von 187 geeigneten TN durch Kontaktaufnahmen mit med. Fachkräften, 88 TN wurden ausgeschlossen (69 TN erfüllten Einschlusskriterien nicht, 19 TN verweigerten Teilnahme)</p> <p>Total: 99 TN (n=99)</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter zwischen 18 und 60 Jahren - BPD nach DSM-IV Kriterien - 2 Suizidversuche und/oder NSSI in den letzten 5 Jahren und in den letzten 8 Wochen vor Studieneinschreibung <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IQ Score <70 - Psychotische, bipolare Störungen nach DSM-IV - Anfallsstörungen, die Medikation erforderten - Lebensbedrohlicher Zustand der Therapie erfordert (Anorexia nervosa) <p>Randomisierung, Verblindung, Verdeckte Zuteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computergesteuerte Randomisierung in 3 Gruppen - Einfach verblindet <p>Ethik: Studie genehmigt durch Ethikkommission Informierte, schriftliche Zustimmung der TN</p>	<p>Intervention: Interventionsgruppe Standard DBT nach Linehan, (n=33):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2.5h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 1h/Woche <p>Interventionsgruppe DBT Skills-Training (DBT-S), (n=33):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case Management 1Session/Woche, Gruppenskillstraining 2.5h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 1h/Woche <p>Interventionsgruppe DBT-Einzeltherapie (DBT-I), (n=33):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzeltherapie ohne Skillstraining 1h/Woche, Aktivitätsgruppe 2.5h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 1h/Woche <p>- Dauer: 1 Jahr - Durchführung durch 21 geschulte Therapeuten</p> <p>Outcome/Messinstrumente: Baseline: <u>DSM-IV Achse-II/DSM-IV Kriterien für BPD:</u> International Personality Disorder Examination (IPDE), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder (SCID-II)</p> <p>Primäre Outcomes: <u>Suizidbezogene Ereignisse (Suizidversuche, NSSI, Suizidgedanken, Gründe um am Leben zu bleiben) :</u> Suicid Attempt-Self-Injury Interview (SASII), Suicidal Behaviors Questionnaire, Reasons for Living Inventory</p> <p><u>Einsatz von Krisendiensten und Psychopharmaka:</u> Treatment History Interview</p> <p><u>Psychische Gesundheit (Depression und Angst):</u> Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton Rating Scale for Anxiety</p> <p>Datensammlung: - Assessment zu Beginn dann vierteljährlich während 1 Jahr und 1 Jahr Follow-up</p> <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene statistische Tests - Poweranalyse: Power von 83% (n=33) 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine signifikanten Unterschiede in demographischen und klinischen Daten in den 3 Gruppen vor der Behandlung - Drop-out Rate: Standard DBT 18%, DBT-I 33% und DBT-S 27% <p>Primäre Outcomes: <u>Suizidbezogene Ereignisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Suizid in Standard DBT Gruppe 1.5 Jahre nach Studie - Signifikante Reduzierung von Suizidversuchen, Suizidgedanken und NSSI in allen drei Gruppen ($p < 0.001$), kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens dieser Ereignisse zwischen den Gruppen - Kein signifikanter Unterschied der Überlebensanalyse bis zum ersten Suizidversuch zwischen den Gruppen ($p = 0.5$) - Häufigkeit von NSSI signifikant höher in DBT-I als bei Standard DBT ($p < 0.001$) und DBT-S ($p < 0.001$) während der Behandlung, aber nicht im Follow-up <p><u>Einsatz von Krisendiensten und Psychopharmaka</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein Unterschied in Anz. Not- oder Spitalaufnahmen aufgrund Suizidalität während Behandlung und im Follow-up zwischen den Gruppen - Follow-up: Weniger TN der Standard DBT als in DBT-I besuchten den Notfall oder wurden stationär aufgenommen ($p = 0.02$) <p><u>Psychische Gesundheit (Angst, Depression):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geringere Verbesserung der Depression in DBT-I als in Standard DBT und DBT-S - Signifikante Reduzierung der Angst in Standard DBT ($p < 0.001$) und DBT-S ($p < 0.01$) aber nicht in DBT-I ($p < 0.42$) - Follow-up: stärkere Verbesserung der Depression in DBT-I als in Standard DBT und DBT-S - Follow-up: Signifikanter Unterschied in der Reduzierung der Angst zwischen den Gruppen, DBT-I grössere Reduzierung der Angst als in Standard DBT und DBT-S 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle drei Therapien zeigen signifikante Verbesserung/Wirkung im Outcome suizidbezogene Ereignisse - Hypothese nicht bestätigt: Standard DBT zu keinem suizidalen Ereignis den beiden Vergleichsgruppen (DBT-I & DBT-S) überlegen - Ergebnisse zeigen, dass DBT mit Skillstraining effizienter ist als DBT ohne Skillstraining auf die Reduzierung von NSSI und der Verbesserung von anderen psychischen Problemen - Ergebnisse zeigen, dass Standard-DBT und DBT-S Vorteile gegenüber der DBT-I während des Behandlungsjahres aufweist und Standard-DBT vor allem im Follow up wirksam war <p><u>Stärken der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Studie liess nicht zu, dass jemand Suizid begann - Therapeuten hatten spezielle Ausbildung im Management von suizidalem Verhalten - Pat mit unmittelbarem Suizidrisiko wurden direkt an ihre individuellen Therapeuten überwiesen <p><u>Schwächen der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Abbruchrate der TN dadurch geringe Power <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterschiedliche Abbruchraten führten zu unterschiedlichen Behandlungsdosen, welche Ergebnisse beeinflusst haben könnten - Weitere Studien erforderlich für überzeugende Schlussfolgerung, welches die beste DBT für Pat. mit hohem Suizidrisiko ist <p>Evidenzgrad nach Polit & Beck (2012) : 2a</p>

Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 49(1), 4-10. doi:10.1016/j.brat.2010.09.006			
Design, Fragestellung/Ziel/Hypothese, Setting, Stichprobenbildung, Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung, Ethik	Intervention, Outcome/Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerung, Evidenzgrad
Design: CT Fragestellung, Ziel, Hypothese: Ziele: (1) Untersucht wird, ob die Wirksamkeit der DBT im Vergleich zur Standardtherapie besser und kosteneffizienter ist (2) Auswirkungen von unterschiedlichen Therapeutenniveaus in der Behandlung der DBT auf die Ergebnisse von DBT Patienten Setting: Psychiatrische Klinik, Australien Stichprobenbildung: Rekrutierung der Patienten von einer grossen psychiatrischen Klinik in Australien Total: 90 TN (n=90) Einschlusskriterien: - DSM-IV Kriterien für BPD - Über 18 Jahre alt - Suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten (NSSI) - Mind. ein akuter Aufenthalt in einer Psychiatrie oder 3 Notfallaufnahmen in den letzten 6 Monaten - Zustimmung zur Teilnahme an der Studie Ausschlusskriterien: - Keine spezifischen Ausschlusskriterien - Eintritt in Studie aufgeschoben bei akuter Psychose oder bevorstehendem Suizidrisiko Randomisierung, Verblindung, Verdeckte Zuteilung: Keine randomisierte Zuteilung in 2 Gruppen (IG & KG) Ethik: Studie genehmigt durch Ethikkommission Informierte, schriftliche Zustimmung der TN	Intervention: Interventionsgruppe (IG), DBT nach Linehan 1993: - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskillstraining 2h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 1.5h/Woche - Module: Achtsamkeit, Gefühlsregulation, Stresstoleranz, zwischenmenschliche Beziehungen - Dauer 6 Monate (danach Angebot von 6 weiteren Monaten DBT) - Durchführung durch 18 geschulte oder intensiv geschulte Therapeuten Kontrollgruppe (KG), TAU nach Kanter 1989: - Anstellung (Beruf), fortlaufende Assessments, Planung, Verknüpfung mit Ressourcen der Gemeinschaft, Therapieberatung, Unterstützung beim Ausbau soz. Netzwerke, Zusammenarbeit mit med. Personal, Interessenvertretung, Einzelberatung, Weiterbildung, Psychoedukation, Krisenmanagement - Dauer 6 Monate - Durchführung durch verschiedene Therapeuten Outcome/Messinstrumente: Baseline: Diagnose: Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders Primäre Outcomes: Klinische Messinstrumente: <u>Suizidversuche, nicht suizidale Selbstverletzung (NSSI), Nutzung Gesundheitsdienste, Kosten-Nutzen-Analyse:</u> Durch medizinische Aufzeichnungen, Patientenberichte, strukturierte Interviews Selbsteinschätzungs-Messinstrumente: <u>Selbsteinschätzung (n=45):</u> Nach der Rekrutierung der ersten 45 Pat. Beck Depression Inventory II (BDI-II), Beck Scale for Suicide Ideation (BSS), State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), Brief Symptom Inventory (BSI), Global severity Index (GSI) Datensammlung: Datensammlung zu Beginn dann 6 Mt nach Behandlung Selbsteinschätzung zu Beginn dann nach 6&12Mt Datenanalyse: - Verschiedene statistische Tests	- Zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede in den klinischen und demographischen Daten zwischen den Gruppen - 93% der IG & 87% der KG schliessen Behandlung nach 6 Mt ab Primäre Outcomes: Therapieeffekt: DBT vs. TAU - Signifikante Verbesserung in IG in Suizidversuchen und NSSI Episoden ($p<0,001$), Notfallbesuchen, psychiatrischen Aufnahmen, Aufenthaltsdauer ($p<0,01$) als in KG - Signifikante Verbesserung in IG (60%) im Jobwesen als in KG (40%) DBT Behandlungseffekte von 6Mt und 12Mt: - DBT Pat die weitere 6Mt in DBT blieben, zeigten weitere signifikante Reduktion in Suizidversuchen, NSSI, und Notfallaufnahmen ($p<0,05$) - Keine weitere signifikante Reduktion in Anz. psychiatrische Aufnahmen und Aufenthaltsdauer - Signifikante Verbesserung in Selbstbeurteilung in allen bewerteten Massnahmen mit BDII, BSS ($p<0,05$), STAI-S und GSI ($p<0,01$) Klinisch bewertete Ergebnisse 6Mt nach DBT: - Alle bewerteten Outcomes wurden aufrechterhalten bei Behandlung von 12Mt DBT Wirkung des Therapeutenniveaus auf DBT-Patienten: - Zu Beginn kein signifikanter Unterschied zwischen Pat von intensiv geschulten Therapeuten und Pat von Basis geschulten Therapeuten behandelt wurden. - Pat, welche von intensiv geschulten Therapeuten behandelt wurden zeigten signifikante Verbesserung in Suizidversuche, NSSI ($p<0,05$) über 6 Mt der Behandlung - Kein signifikanter Unterschied in den Trainingslevels durch Selbsteinschätzung (BDI, BSS; STAI, GSI) nach 6Mt Kosten-Nutzen-Analyse von DBT vs. TAU über 6Mt Behandlung: - DBT Behandlung spart im Durchschnitt 5927\$ pro Patient ein - Weitere 6Mt DBT Behandlung ist teurer als weitere 6Mt Standardtherapie nach bereits 6Mt DBT	Diskussion: - Klinische Verbesserung in IG in Suizidalität, NSSI, Nutzung Gesundheitsdienste, Depression, Angstzuständen und Symptombeschwerden innerhalb 6 Monaten nach Behandlung - Pat, die nach 6 Mt weitere 6Mt erhielten, zeigten weitere Verbesserungen - Kein signifikanter Unterschied zwischen IG & KG in Bezug auf Suizidalität nach BSS, da Pat. Suizidalität unterschiedlich definieren - Studienergebnisse ähnlich wie andere Studienergebnisse Schwächen der Studie: - Fehlende Randomisierung - Verwendung von Warteliste erhöht externe Validität, führt jedoch zur Verringerung interner Validität - Selbstberichtmassnahmen wurden während Rekrutierung in Studienprotokoll aufgenommen, dadurch Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt Schlussfolgerung: - Studie zeigt, dass DBT effektiver ist als TAU bei der Behandlung von Pat mit BPD in öffentlichen psychischen Gesundheitssystemen - DBT ist kosteneffektiver als TAU Evidenzgrad nach Polit & Beck (2012): 2b

Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 44(2), 162-173.			
Design, Fragestellung/Ziel/Hypothese, Setting, Stichprobenbildung, Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung, Ethik	Intervention, Outcome/Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerung, Evidenzgrad
Design: RCT Fragestellung, Ziel, Hypothese: Ziel: Vergleich der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) mit den Kontrollbedingungen der gewöhnlichen Therapie inkl. Warteliste (TAU+WL) Setting: Zentrum für Psychologie (Ambulatorium des Hunter New England Mental Health Service), Australien Stichprobenbildung: Rekrutierung Feb. 2000 bis Juli 2003 von 112 Patienten (n=112) durch behandelnde Hausärzte, Psychiatern oder öffentlichen Gesundheitsdiensten, davon 39 Pat (n=39) ausgeschlossen ((n= 16) nahmen nicht am Assessment teil, (n=16) erfüllten BPD Kriterien nicht, (n=1) nicht adressierbar, (n=3) beendeten Assessments nicht, (n=2) zogen Zustimmung zurück in KG, (n=1) Suizid nach Randomisierung in KG)) Total: 73 TN (n=73) Einschlusskriterien: - Weiblich - Im Alter zwischen 18-65 Jahre - DSM-IV Kriterien für BPD - Vorgeschichte von mehreren Selbstverletzungsepisoden, mind. 3 selbst berichteten Episoden in letzten 12Mt Ausschlusskriterien: - Behinderung - Schizophrenie - Bipolare affektive Störung - Psychotische Depression - Krankhaftes antisoziales Verhalten - Entwicklungsstörungen Randomisierung, Verblindung, Verdeckte Zuteilung: Randomisierte Zuteilung durch versiegelte, blickdichte Umschläge in 2 Gruppen (IG & KG) Einfach verblindet (Datensammlung, Datenbewerter) Ethik: Informierte, schriftliche Zustimmung der TN	Intervention: Interventionsgruppe (IG), Hunter DBT Projekt: angepasste DBT von Linehan (n=38): - DBT nach Linehan (Einzeltherapie, Gruppenskillstraining mit wöchentlichen Modulen für jeweils 8 Wochen: Zwischenmenschliche Beziehungen, Gefühlsregulation und Stresstoleranz, Telefonberatung, Supervision) - Hauptunterschied zu DBT nach Linehan et al. (1991): Telefonzugang zu den einzelnen Therapeuten Kontrollgruppe (KG), TAU+WL (n=35): - Während 6Mt auf WL erhielten TN TAU - Durchführung durch geschulte Therapeuten - Nach 6 Mt erhielten IG & KG Angebot von 12Mt DBT Outcome/Messinstrumente: Baseline: Angst, Depression, bipolare Störung, Alkohol – und Substanzabhängigkeit, Alkohol- und Substanzenmissbrauch: Mit computerisiertem Interview aus the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, Composite International Diagnostic Interview (CIDI), International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ) Primäre Outcomes: Absichtliche Selbstverletzung (DSH), Hospitalisation aufgrund DSH oder eines psychiatrischen Grundes, Hospitalisationsdauer: Lifetime Parasuicide Count-2, Parasuicide History Interview-3 month period (PHI-2) Sekundär Outcomes: Arbeitsunfähigkeit und Lebensqualität: World Health Organization Quality of Life-BREF version (WHOQOL-BREF), Brief Disability Questionnaire (BDQ mit zwei zusätzlichen Fragen) Datensammlung: Assessments zu Beginn dann nach 3Mt und 6Mt Datenanalyse: - Intention-to-treat Analyse, Pre-Protocol Analyse - Verschiedene statistische Tests - Konfidenzintervall 95% - Power basierend auf Studie von Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allon, D. & Heard, H. (1991) - Computerprogramm: SPSS Version 15 und SPSS Version 14 oder STATA SE Version 10	- Keine signifikanten demographischen und klinischen Unterschiede zwischen IG & KG bei Studienbeginn - Ausfallquote: 3TN (n=1) Suizid nach Randomisierung in KG, (n=2) zogen Zustimmung zurück in KG Primäre Outcomes: <u>Absichtliche Selbstverletzung DSH:</u> - Signifikante Reduktion Anz. DSH Episoden über alle drei Zeitperioden in IG & KG, kein signifikanter Unterschied zwischen den Therapien <u>Hospitalisation aufgrund DSH oder eines psychiatrischen Grundes, Hospitalisationsdauer:</u> - Kein signifikanter Unterschied zwischen IG & KG in den Hospitalisationsgründen - Kein signifikanter Unterschied in der Aufenthaltsdauer zwischen IG & KG, obwohl IG kürzere Aufenthaltsdauer zeigt - Durchschnittliche Aufenthaltsdauer während 6Mt: Hospitalisation aufgrund DSH: Mean(SD) IG: 0.53 (1.38) Tage KG: 1.25 (3.54) Tage Hospitalisation aufgrund eines psychiatrischen Grundes: Mean(SD) IG: 5.10 (20.62) Tage KG: 9.48 (33.63) Tage Sekundäre Outcomes: <u>Arbeitsunfähigkeit:</u> - In IG signifikanter Effekt in Anzahl verbrachte Tage im Bett (p<0.05) <u>Lebensqualität:</u> - Signifikanter Effekt über 6Mt in 3 von vier Domänen (physiologisch, psychologisch und Umwelt, außer in soz. Domäne) (p<0.01)	Diskussion: <u>Primäre Outcomes:</u> - Wichtige Befunde konnten nicht verglichen werden mit anderen Studien, da es an Forschung fehlt, obwohl sich im Verlauf der Zeit Verbesserung zeigte aber keine signifikante Reduktion bei allg. Krankenhausaufenthalten und DSH - Mehrere Möglichkeiten wieso DBT in Studie nicht effektiv: Hawthorne-Effekt, Änderungen der Standard DBT, minderwertige Ausbildung der Therapeuten, Dauer 6Mt evtl. zu kurz <u>Sekundäre Outcomes:</u> - Verbesserung in Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit - Zu wenig Forschung, daher Vergleich mit anderen Studien schwierig <u>Schwächen der Studie:</u> - Daten für primäre Outcomes wurden aus Krankenhausakten genommen, keine Selbstberichte der TN= Gefahr eines Responder Bias - Sekundäre Outcomes durch Selbsteinschätzung ermittelt, Verluste von TN minimiert interne Validität - Verwendung eines analytischen Modells zur Stärkung der Validität - Nicht genügend Daten der TN um zu bestimmen, ob Behandlungsstunden in IG & KG gleichmäßig verteilt waren, daher Verbesserung der sekundären Outcomes evtl. aufgrund unterschiedlicher Behandlungsstunden - Externe Validität nicht bekannt Schlussfolgerung: - Keine Unterschiede in selbstberichtete DSH und Krankenhausaufenthalten aufgrund DSH oder eines psychiatrischen Grundes oder der Aufenthaltsdauer, obwohl deutliche Verbesserung seit Studienbeginn in IG & KG sichtbar - Sekundäre Outcomes zeigten signifikante Vorteile in Bezug auf DBT - Verwendung von DBT in einem Team-Ansatz, ähnlich zur ursprünglichen Linehan et al. Therapie, könnte zu signifikanten Verbesserung der Lebensqualität der TN führen Evidenzgrad nach Polit & Beck (2012): 2a

Harned, M. S., Jackson, C. S., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment of Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. <i>Journal of Traumatic Stress, 23</i> (4), 421-429. doi:10.1002/jts.20553			
Design, Fragestellung/Ziel/Hypothese, Setting, Stichprobenbildung, Randomisierung/Verblindung/Verdeckte Zuteilung, Ethik	Intervention, Outcome/Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerung, Evidenzgrad
<p>Design: CT</p> <p>Fragestellung, Ziel, Hypothese: Ziel (1): Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) auf die Reduzierung von Verhaltensweisen, die als Ausschlusskriterien bei einer Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) gelten z.B. suizidales Verhalten, bei chronisch suizidalen und/oder selbstverletzenden Frauen mit PTSD und Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) Ziel (2): Untersuchung der Wahrscheinlichkeit für gleiche Reduzierung dieser Verhaltensweisen während DBT zwischen Frauen mit BPD und PTSD und BPD ohne PTSD</p> <p>Hypothese (1): BPD mit PTSD, die zu Beginn der Studie diese Verhaltensweisen aufweisen, sind weniger geeignet für PTSD Behandlung nach Studie Hypothese (2): BPD mit PTSD und Traumaerfahrungen in der Kindheit verringern Verhaltensweisen weniger gut, als solche mit Traumaerfahrungen im Erwachsenenalter</p> <p>Setting: Universität Washington, Amerika</p> <p>Stichprobenbildung: Rekrutierung von 51 Frauen mit BPD von einer RCT von Linehan et al. (2006), welche in DBT Gruppe waren und mind. ein Ausschlusskriterium für PTSD in der Baseline aufwiesen Total: 51 Teilnehmer (n=51)</p> <p>Einschlusskriterien: - Kriterien für BPD - Alter zwischen 18-45 Jahren, weiblich - Mind. 2 Suizidversuche und/oder nicht suizidale Selbstverletzung in den letzten 5 Jahren, mit einem Akt 8 Wochen vor Studienbeginn</p> <p>Ausschlusskriterien: - Kriterien für psychotische oder bipolare Störungen - geistige Behinderung - Krampfanfälle, die Medikation erfordern - Anderer Zustand, der Therapie erfordert</p> <p>Randomisierung, Verblindung, Verdeckte Zuteilung: 2 Gruppen BPD + PTSD (n=26) und BPD (n=25) Einfach verblindet (Datensammlung)</p> <p>Ethik: Studie genehmigt durch Ethikkommission Informierte, schriftliche Zustimmung der TN</p>	<p>Intervention: Intervention: - Standard DBT nach Linehan (1993) - Einzeltherapie 1h/Woche, Gruppenskilltraining 2.5h/Woche, Telefonberatung 24h/Tag, Supervision 1x/Woche - Dauer: 1 Jahr</p> <p>Outcome/Messinstrumente: Baseline: Diagnose Axis-II und andere Diagnosen: Structured Clinical Interview for Axis I & II DSMV (SCDI-I & SCID-II), International Personality Disorder Examination</p> <p>Primäre Outcomes: Suizidales und/oder Selbstverletzendes Verhalten: Suicidal Behaviors Questionnaire (Selbsteinschätzung), Suicide Attempt Self Injury Interview Substanzabhängigkeit und PTSD Kriterien und deren Dissoziationen: Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation, Dissociative Experiences Scale-Taxon</p> <p>Datensammlung: Assessments zu Beginn dann in 4Mt Intervallen während 1 Jahr</p> <p>Datenanalyse: - Intention-to-treat Analyse - Verschiedene statistische Tests</p>	<p>- BPD mit PTSD erfüllten mehr Kriterien für Axis-I Diagnosen als BPD ohne PTSD ($p < 0.05$) - Keine anderen demographischen und diagnostischen Unterschiede zwischen BPD mit PTSD und BPD ohne PTSD</p> <p>Primäre Outcomes: Suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten: - Suizidrisiko bei BPD mit PTSD nach 12 Monaten komplett eliminiert (28% vs. 0%, $p < 0.01$) - Signifikante Reduzierung im Suizidrisiko bei BPD (36% vs. 8,0%, $p < 0.01$) - Signifikante Reduzierung der Selbstverletzung (96,2% vs. 29,2%, $p < 0.001$) und Schweregrad der Selbstverletzung (44,0% vs. 22,7%, $p < 0.05$) bei BPD mit PTSD nach 12 Monaten - Signifikante Reduzierung der Selbstverletzung (96,0% vs. 29,2%) bei BPD nach 12 Monaten ($p < 0.01$) - Keine signifikante Reduzierung im Schweregrad der Selbstverletzung bei BPD nach 12 Monaten Substanzabhängigkeit und PTSD: - Signifikante Reduzierung der Substanzabhängigkeit (19,2% vs. 0,0%) bei BPD mit PTSD nach 12 Monaten ($p < 0.05$) - Keine signifikante Reduzierung der Substanzabhängigkeit bei BPD nach 12 Monaten</p> <p>PTSD-Kriterien: - 80-100% der geeigneten Pat für PTSD Behandlung erfüllen weiterhin Kriterien für PTSD - 7 TN (31,8%) erfüllten mind. 1 definitives Ausschlusskriterium und 11 TN (50.0%) erfüllen mind. 1 mögliches oder definitives Ausschlusskriterium für PTSD Behandlung nach 12 Monaten der Behandlung</p>	<p>Diskussion: - Ergebnisse zeigen, dass DBT die Verhaltensweisen zum Ausschluss einer PTSD Therapie bei BPD mit PTSD signifikant verringern wie Suizidalität und Selbstverletzung - Ergebnisse zeigen, dass PTSD die Wirkung der DBT bei BPD nicht einschränken. Es verbessert sie sogar - Kriterien der PTSD auch in anderen Studien nach einem Jahr DBT immer noch vorhanden (65,8%) - Höhere Schweregrade der PTSD Symptome erzielen schlechtere Ergebnisse, auch in anderen Studien erwähnt - In Bezug auf die Hypothese zeigt Studie, dass Pat. mit Traumaerfahrungen in der Kindheit gleich gut geeignet sind für PTSD Behandlung wie Pat. mit Traumaerfahrungen im Erwachsenenalter - Weitere Studien erforderlich, für effektivere Behandlung von Pat. mit schweren PTSD während DBT und zur Entwicklung einer sicheren PTSD Behandlung - Weitere Studien erforderlich zur Untersuchung der Repräsentierbarkeit auf PTSD Pat. mit suizidalem und selbstverletzenden Verhalten, Männer und Pat., die explizit eine PTSD Behandlung suchen - Ergebnisse zeigen, dass DBT wirksame Behandlung zur Stabilisierung von Pat. mit suizidalem, selbstverletzendem Verhalten und multiplen PTSD Problemen ist</p> <p>Limitationen: - Ausschlusskriterien konnten nicht untersucht werden, da keine Daten vorlagen - Analyse auf PE Ausschlusskriterien gestützt, da meist empirische und häufigste Expositionsbehandlung - Allgemeine diagnostische Interviews verwendet und keine PTSD spezifischen, die Design gestärkt hätten</p> <p>Evidenzgrad nach Polit & Beck (2012): 2b</p>

Anhang D: Evidenzhierarchie nach Polit und Beck (2012)



Anhang E: Beurteilung der Studienqualität nach Behrens und Langer (2010)

McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 135(2), 138-148. doi:10.1111/acps.12664			
Frage	Kriterien	Antwort	Bemerkungen
Wurde die Rekrutierung der Probanden adäquat durchgeführt?	Adäquat Zufallsstichproben oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien	ja nein	Ja, angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert
Erfolgte die Zuteilung der Probanden in die Untersuchungsgruppen adäquat?	Adäquat Verdeckte Zuteilung via Telefon oder Internet; versiegelter, blickdichter Briefumschlag/Beutel	ja nein	Nein, die Zuteilung erfolgte durch Briefumschläge. Jedoch unklar ob blickdicht und versiegelt
Erfolgte eine adäquate Randomisierung?	Adäquat Randomisierung mittels computergenerierter Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung, Matching	ja nein	Ja, die Teilnehmer wurden anhand einer Blockrandomisierung zugeteilt
Waren mindestens 80% der Probanden, die zu Beginn an der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden Ausfallsquoten begründet?	Follow-up > 80% und Ausfallsquoten begründet	ja nein	Ja, Follow-up von 88.1%, Ausfallsquoten wurden begründet
Ist die Verblindung beim Pflegepersonal, den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt worden?	Pflegepersonal, Probanden oder Untersucher verblindet	ja nein	Ja, einfach verblindete Studie. Verblindung von Forschungspersonal
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf demographische und klinische Variablen	ja nein/unklar	Ja, keine demographischen und klinischen Daten zwischen den Gruppen vor Studienbeginn
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Alle wurden gleich behandelt	ja nein	Nein, ergänzende Behandlungen wurden zur Maximierung der externen Validität nicht ausgeschlossen
Wurden alle Probanden in der zu Beginn der Studie per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Proband wechselte die Gruppe oder eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt	ja nein	Ja, eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse wurde erfüllt	ja nein	Ja, Poweranalyse wurde erfüllt (n=84 erforderlich)
Stehen die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen von Untersuchungen auf diesem Gebiet im Einklang?	Ergebnisse sind mit anderen Ergebnissen vergleichbar	ja teilweise nein	Ja, Studienergebnisse stehen im Einklang mit anderen Studienergebnissen

Boritz, T., Barnhart, R., & McMain, S. (2016). The influence of posttraumatic stress disorder on treatment outcomes of patients with borderline personality disorder. <i>Journal of Personality Disorders</i>, 30(3), 395-407.			
Frage	Kriterien	Antwort	Bemerkungen
Wurde die Rekrutierung der Probanden adäquat durchgeführt?	Adäquat Zufallsstichproben oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien	ja nein	Ja, angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert
Erfolgte die Zuteilung der Probanden in die Untersuchungsgruppen adäquat?	Adäquat Verdeckte Zuteilung via Telefon oder Internet; versiegelter, blickdichter Briefumschlag/Beutel	ja nein	Nein, Zuteilung der Probanden unklar
Erfolgte eine adäquate Randomisierung?	Adäquat Randomisierung mittels computergenerierter Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung, Matching	ja nein	Nein, randomisierte Zuteilung, aber Art der Randomisierung unklar
Waren mindestens 80% der Probanden, die zu Beginn an der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden Ausfallsquoten begründet?	Follow-up > 80% und Ausfallsquoten begründet	ja nein	Nein, kein Follow-up erwähnt, keine Ausfallquoten begründet
Ist die Verblindung beim Pflegepersonal, den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt worden?	Pflegepersonal, Probanden oder Untersucher verblindet	ja nein	Nein, keine Verblindung fand statt
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf demographische und klinische Variablen	ja nein/unklar	Nein, klinische Unterschiede in der Rate PTSD verteilt auf die Gruppen und in psychischer Belastung
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Alle wurden gleich behandelt	ja nein	Ja, alle TN wurden gleich behandelt
Wurden alle Probanden in der zu Beginn der Studie per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Proband wechselte die Gruppe oder eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt	ja nein	Ja, kein Teilnehmer wechselte die Gruppen
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse wurde erfüllt	ja nein	Nein, keine Poweranalyse erwähnt
Stehen die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen von Untersuchungen auf diesem Gebiet im Einklang?	Ergebnisse sind mit anderen Ergebnissen vergleichbar	ja teilweise nein	Ja, Studienergebnisse sind mit anderen Studienergebnissen vergleichbar

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A., . . . Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. <i>JAMA Psychiatry</i>, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039			
Frage	Kriterien	Antwort	Bemerkungen
Wurde die Rekrutierung der Probanden adäquat durchgeführt?	Adäquat Zufallsstichproben oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien	ja nein	Ja, angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert, Zufallsstichprobe
Erfolgte die Zuteilung der Probanden in die Untersuchungsgruppen adäquat?	Adäquat Verdeckte Zuteilung via Telefon oder Internet; versiegelter, blickdichter Briefumschlag/Beutel	ja nein	Nein, Vorgang unklar
Erfolgte eine adäquate Randomisierung?	Adäquat Randomisierung mittels computergenerierter Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung, Matching	ja nein	Ja, es wurde ein Matching anhand Alter, Anz. Suizidversuche, Anz. NSSI Episoden, psychiatrische Hospitalisationen im letzten Jahr und Schweregrad der Depression durchgeführt
Waren mindestens 80% der Probanden, die zu Beginn an der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden Ausfallsquoten begründet?	Follow-up > 80% und Ausfallsquoten begründet	ja nein	Nein, Follow-up unklar ob >80% Ausfallquoten nicht begründet
Ist die Verblindung beim Pflegepersonal, den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt worden?	Pflegepersonal, Probanden oder Untersucher verblindet	ja nein	Ja, einfach verblindete Studie. Verblindung Forschungspersonal
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf demographische und klinische Variablen	ja nein/unklar	Ja, keine signifikanten demographischen und klinischen Unterschiede zwischen den Gruppen
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Alle wurden gleich behandelt	ja nein	Ja, alle TN wurden gleich behandelt
Wurden alle Probanden in der zu Beginn der Studie per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Proband wechselte die Gruppe oder eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt	ja nein	Ja, kein Teilnehmer wechselte die Gruppen
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse wurde erfüllt	ja nein	Ja, Poweranalyse wurde erfüllt
Stehen die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen von Untersuchungen auf diesem Gebiet im Einklang?	Ergebnisse sind mit anderen Ergebnissen vergleichbar	ja teilweise nein	Nein, wurde nicht explizit in der Studie erwähnt

Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 49(1), 4-10. doi:10.1016/j.brat.2010.09.006			
Frage	Kriterien	Antwort	Bemerkungen
Wurde die Rekrutierung der Probanden adäquat durchgeführt?	Adäquat Zufallsstichproben oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien	ja nein	Ja, angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert
Erfolgte die Zuteilung der Probanden in die Untersuchungsgruppen adäquat?	Adäquat Verdeckte Zuteilung via Telefon oder Internet; versiegelter, blickdichter Briefumschlag/Beutel	ja nein	Nein, Zuteilung der Probanden unklar
Erfolgte eine adäquate Randomisierung?	Adäquat Randomisierung mittels computergenerierter Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung, Matching	ja nein	Nein, keine randomisierte Zuteilung
Waren mindestens 80% der Probanden, die zu Beginn an der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden Ausfallsquoten begründet?	Follow-up > 80% und Ausfallsquoten begründet	ja nein	Nein, Follow-up über 80% wurde erfüllt, jedoch keine Ausfallquoten begründet
Ist die Verblindung beim Pflegepersonal, den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt worden?	Pflegepersonal, Probanden oder Untersucher verblindet	ja nein	Nein, keine Verblindung fand statt
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf demographische und klinische Variablen	ja nein/unklar	Ja, keine signifikanten Unterschiede in den demographischen und klinischen Daten zwischen den Gruppen
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Alle wurden gleich behandelt	ja nein	Ja, alle TN wurden gleich behandelt
Wurden alle Probanden in der zu Beginn der Studie per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Proband wechselte die Gruppe oder eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt	ja nein	Ja, kein Teilnehmer wechselte die Gruppen
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse wurde erfüllt	ja nein	Nein, keine Poweranalyse erwähnt
Stehen die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen von Untersuchungen auf diesem Gebiet im Einklang?	Ergebnisse sind mit anderen Ergebnissen vergleichbar	ja teilweise nein	Ja, Studienergebnisse mit anderen Studienergebnissen vergleichbar

Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 44(2), 162-173.			
Frage	Kriterien	Antwort	Bemerkungen
Wurde die Rekrutierung der Probanden adäquat durchgeführt?	Adäquat Zufallsstichproben oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien	ja nein	Ja, angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert
Erfolgte die Zuteilung der Probanden in die Untersuchungsgruppen adäquat?	Adäquat Verdeckte Zuteilung via Telefon oder Internet; versiegelter, blickdichter Briefumschlag/Beutel	ja nein	Ja, Zuteilung durch versiegelte, blickdichte Umschläge
Erfolgte eine adäquate Randomisierung?	Adäquat Randomisierung mittels computergenerierter Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung, Matching	ja nein	Nein, randomisierte Zuteilung, aber Art unklar
Waren mindestens 80% der Probanden, die zu Beginn an der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden Ausfallsquoten begründet?	Follow-up > 80% und Ausfallsquoten begründet	ja nein	Nein, kein Follow-up erwähnt, Ausfallquoten wurden begründet
Ist die Verblindung beim Pflegepersonal, den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt worden?	Pflegepersonal, Probanden oder Untersucher verblindet	ja nein	Ja, Untersucher waren verblindet (Datensammler & -einschätzer)
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf demographische und klinische Variablen	ja nein/unklar	Ja, keine signifikanten demographischen und klinischen Unterschiede zwischen den Gruppen
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Alle wurden gleich behandelt	ja nein	Ja, alle TN wurden gleich behandelt
Wurden alle Probanden in der zu Beginn der Studie per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Proband wechselte die Gruppe oder eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt	ja nein	Ja, eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse wurde erfüllt	ja nein	Ja, Poweranalyse wurde erfüllt
Stehen die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen von Untersuchungen auf diesem Gebiet im Einklang?	Ergebnisse sind mit anderen Ergebnissen vergleichbar	ja teilweise nein	Teilweise, Vergleich mit anderen Studien möglich

Harned, M. S., Jackson, C. S., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment of Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. <i>Journal of Traumatic Stress</i>, 23(4), 421-429. doi:10.1002/jts.20553			
Frage	Kriterien	Antwort	Bemerkungen
Wurde die Rekrutierung der Probanden adäquat durchgeführt?	Adäquat Zufallsstichproben oder angemessene Ein- und Ausschlusskriterien	ja nein	Ja, angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert
Erfolgte die Zuteilung der Probanden in die Untersuchungsgruppen adäquat?	Adäquat Verdeckte Zuteilung via Telefon oder Internet; versiegelter, blickdichter Briefumschlag/Beutel	ja nein	Nein, Einteilung erfolgte anhand der Diagnose (BDP oder BDP mit PTSD)
Erfolgte eine adäquate Randomisierung?	Adäquat Randomisierung mittels computergenerierter Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen, Stratifizierung, Blockrandomisierung, Matching	ja nein	Nein, Einteilung in zwei Gruppen. Randomisierte Zuteilung in Original Studie
Waren mindestens 80% der Probanden, die zu Beginn an der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden Ausfallsquoten begründet?	Follow-up > 80% und Ausfallsquoten begründet	ja nein	Nein, Follow-up nicht erwähnt und Ausfallsquoten nicht begründet
Ist die Verblindung beim Pflegepersonal, den Probanden oder den Untersuchern durchgeführt worden?	Pflegepersonal, Probanden oder Untersucher verblindet	ja nein	Ja, es handelt sich um eine einfach verblindete Studie. Der Datensammler war verblindet.
Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf demographische und klinische Variablen	ja nein/unklar	Nein, klinische Unterschiede. BPD mit PTSD erfüllten mehr Kriterien für Axis-I-Diagnose als BPD ohne PTSD
Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Alle wurden gleich behandelt	ja nein	Ja, alle TN wurden gleich behandelt
Wurden alle Probanden in der zu Beginn der Studie per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Proband wechselte die Gruppe oder eine Intention-to-Treat Analyse wurde durchgeführt	ja nein	Ja, eine Intention-to-treat Analyse wurde durchgeführt
War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse wurde erfüllt	ja nein	Nein, keine Poweranalyse erwähnt
Stehen die Ergebnisse mit anderen Ergebnissen von Untersuchungen auf diesem Gebiet im Einklang?	Ergebnisse sind mit anderen Ergebnissen vergleichbar	ja teilweise nein	Ja, Studienergebnisse sind mit anderen Studienergebnissen vergleichbar

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne andere als die angegebene fremde Hilfe verfasst habe. Es wurden ausschliesslich Quellen und Hilfsmittel verwendet, auf die in der Arbeit verwiesen wird. Zitate, Abbildungen und Grafiken, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet.

Weiterhin erkläre ich, dass weder ich noch Dritte die vorliegende Arbeit an anderen Hochschulen eingereicht haben.

Ort, Datum

Unterschrift