

Diplomarbeit

Psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörung

eingereicht von

Julia Wagner

Mat.Nr.: 0311073

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Univ. Klinik für Psychiatrie Graz

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Kapfhammer

Graz, 30. August 2009

.....
Julia Wagner

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 30. August 2009

.....
Julia Wagner

Gleichheitsgrundsatz

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Jedoch möchte der Verfasser ausdrücklich festhalten, dass die bei Personen verwendete maskuline Form sich auf beide Geschlechter bezieht.

Danksagungen

Bei Herrn Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Kapfhammer bedanke ich mich für die Vergabe und Betreuung der Diplomarbeit. Herrn Prof. Dr. Dr. Johann Fabisch möchte ich für die Zweitbetreuung meiner Arbeit danken.

Ein ganz besonderer Dank gilt sowohl meiner Mutter als auch meiner Großmutter, die mir das Studium ermöglicht und mich in jeder Hinsicht unterstützt haben.

Meinem Freund innigen Dank für das Korrektorat.

Abstract

Aim: This diploma thesis is a review of the literature concerning the evaluation of specific structured psychotherapies, by comparing the results, which have demonstrated efficacy for some Borderline Personality Disorder (BPD) symptoms in clinical trials. These include Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Schema-Focused Therapy (SFT), Mentalization-Based Therapy (MBT) and Transference-Focused Therapy (TFP).

Method: For my research, I have used PubMed and research tools to compare different psychotherapies for the treatment of BPD.

Results: DBT, which has been tested in several randomized controlled studies, has shown particular promise as a treatment for BPD targeted specifically toward reducing self-injury and suicidal behavior, but there exist only one study comparing DBT with a different specific psychotherapy. Also MBT, tested in one controlled study, MBT vs. TAU, followed up by two continuing studies and SFT, tested in two randomized controlled studies, SFT vs. TAU and SFT vs. TFP showed the finding that significant improvement took place in the most psychopathology structures of BPD, for example suicide attempts, suicidal ideation, medical risk and rescue rating of parasuicide and anger directed outward. MBT also results in a lower number and duration of inpatient admissions and an improvement in self-reported measures of depression and anxiety. In the one study comparing SFT vs. TFP, SFT showed a better outcome than TFP for all measures. However, only TFP, tested in one RCT, TFP vs. DBT vs. SFT, was significantly predictive of change in irritability and verbal and direct assault.

Conclusion: Subjects who received a specific therapy, including DBT, MBT, SFT and TFP had a better outcome and were more likely to be complaining with treatment compared with those who obtained a treatment as usual. Despite the positive findings of these treatments for some patients and some symptoms of the disorder, comprehensive BPD treatment continues to be a challenge and studies comparing different psychotherapeutic methods for the treatment of BPD are rare. Comparability across treatment is limited by the small numbers of trials, the allegiance of the researchers and the use of different measures of BPD symptoms.

Ziel: Diese Diplomarbeit stellt eine Übersicht über die spezifisch strukturierten Psychotherapien dar, wobei ich die Ergebnisse, die sich in klinischen Studien zur Behandlung der

unterschiedlichen Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörungen als effektiv erwiesen haben, herausarbeite und vergleiche. Diese inkludieren die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die Schemafokussierte Therapie (SFT), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP).

Methode: Für meine Recherche verwendete ich die Datenbank PubMed mit Schlüsselwörtern der unterschiedlichen Psychotherapien zur Behandlung der BPS.

Ergebnisse: Nach der aktuellen Studienlage ist die DBT, welche in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien getestet wurde, ein vielversprechendes Therapieverfahren - speziell zur Verbesserung von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten. Bis dato existiert jedoch nur eine Vergleichsstudie mit einer anderen spezifischen Psychotherapie. Ebenso zeigen MBT, untersucht in einer randomisierten kontrollierten Studie, MBT vs. TAU, mit zwei anschließenden Verlaufskontrollstudien und SFT, in zwei randomisierten, kontrollierten Studien analysiert, SFT vs. TAU und SFT vs. TFP, eine signifikante Verbesserung in den meisten psychopathologischen Variablen der BPS, wie beispielsweise Suizidversuchen, medizinische Interventionen nach parasuizidalem Verhalten und nach außen gerichtetem Ärger.

Des Weiteren zeigt MBT eine geringere Anzahl und kürzere Dauer von stationären Krankenhausaufenthalten sowie eine Verbesserung hinsichtlich Depressivität und Angst. In einer Studie, in welcher SFT und TFP miteinander verglichen werden, wird von einer generellen Überlegenheit von SFT berichtet. Trotzdem zeigt TFP, in einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht, TFP vs. DBT vs. SPT, lediglich eine prädiktive Veränderung für Reizbarkeit und verbalen und direkten Angriffen.

Fazit: Teilnehmer der spezifischen Psychotherapien, welche DBT, MBT, SFT und TFP beinhalten, zeigten ein besseres Behandlungsergebnis und eine bessere Therapiecompliance. Obgleich die Anzahl der positiven Resultate dieser Verfahren für einige Patienten und einige Symptome der Erkrankung überwiegt, bleibt eine umfangreiche BPS-Behandlung weiterhin eine Herausforderung. Ebenso liegen nur wenige Vergleichsstudien zu störungsspezifischen Psychotherapien für BPS vor. So ist eine Korrelationsanalyse der unterschiedlichen Behandlungen durch die geringe Anzahl der Studien, der Modelltreue der Forscher und die Verwendung von unterschiedlichen Studieninstrumenten für die BPS-Symptomatik begrenzt.

Glossar und Abkürzungen

BAI	-	Beck Anxiety Inventory
BDI	-	Beck Depression Inventory
BHS	-	Beck Hopelessness Scale
BIS	-	Barrett Impulsiveness Scale
BPD	-	Borderline Personality Disorder
BPS	-	Borderline Persönlichkeitsstörung
BPDSI	-	Borderline Personality Disorder Severity Index
BPRS	-	Brief Psychiatric Rating Scale
BSI	-	Brief Symptom Inventory
BSSI	-	Beck Scale for Suicide Ideation
CCT	-	Client Centered Therapy
CVT	-	Comprehensive Validation Therapy
DES	-	Dissociative Experiences Scale
DIB	-	The Diagnostic Interview for Borderlines
DBT	-	Dialectical-behaviorale Therapy
BSL	-	Borderline Symptom Liste
DSM- IV	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EuropASI	-	Addiction Severity Index - European Version
GAS	-	Global Assessment Scale
GSA	-	Global Social Adjustment
GAF	-	Global Assessment of Functioning Scale
HAM-D	-	Hamilton Depression Scale
HARS	-	Hamilton Anxiety Rating Scale
HRDS	-	Hamilton Rating Scale for Depression
HRQ	-	Helping Relationship Questionnaire
IIP	-	Inventory of Interpersonal Problems - circumflex version
LIFE	-	Social Adjustment Scale - Longitudinal Interview Follow-up
LPC	-	Lifetime Parasuicide Count
MBT	-	Mentalization-Based Therapy
IPDE	-	International Personality Disorders Examination
PDQ-DSM-IV	-	Personality Diagnostic Questionnaire, DSM-IV-Version
PHI	-	Parasuicide History Interview
RLISC	-	The Reasons for Living Inventory, Survival and Coping Scale
SAS-I	-	Social Adjustment Scale - Interview
SAS-SR	-	Social Adjustment Scale-Self-Report
SCID-I	-	Structured Clinical Interview for Axis I DSM-III-R
SCID-II	-	Structured Clinical Interview for DSM-III-R/DSM-IV Axis-II Personality Disorder
SCL90-R	-	Symptom Check List 90 - Revised

SHI	-	Social History Interview
SFT	-	Schema-focused Therapy
SSHI	-	Suicide and Self-Harm Inventory
SSI	-	Scale for Suicide Ideators
STAI	-	Spielberger State Trait Anxiety Inventory
STAS-T	-	State-Trait Anger Scale
STAXI	-	Spielberger Anger Expression Scale/ State Trait Anger Expression Inventory
TBR	-	Target Behaviour Ratings
THI	-	Treatment History Interview
TFP	-	Transference-focused Therapy
TI	-	Therapist Interview

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	2
1.1	Ätiologie	3
1.2	Symptomatik.....	3
1.3	Diagnostik.....	4
1.4	Verlauf und Prognose	6
2	Behandlungsprinzipien bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen	8
2.1	Pharmakotherapie	8
2.2	Psychotherapie	9
2.2.1	Therapeutische Beziehung.....	10
2.2.2	Studieninstrumente	10
3	Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)	15
3.1	Konzept der DBT.....	15
3.1.1	Therapeutisches Setting	15
3.2	Empirische Forschungsergebnisse	18
3.3	Kosteneffizienz	30
4	Schematherapie/Schemafokussierte Therapie (SFT)	32
4.1	Konzept der SFT	32
4.2	Empirische Forschungsergebnisse	37
5	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	44
5.1	Konzept der MBT	44
5.2	Empirische Forschungsergebnisse	46
6	Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)	50
6.1	Konzept der TFP	50
6.2	Empirische Forschungsergebnisse	51
7	DBT, SFT, MBT und TFP im Vergleich	55
8	Diskussion	56
9	Studientabelle	59
10	Literaturverzeichnis	62
A	Curriculum Vitae	72

1 Einführung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung, auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung genannt, ist eine gravierende Störung der Affektregulation, umrahmt von einer abwegigen Wahrnehmung des Selbstbildes und des zwischenmenschlichen Umganges. (Skodol et al., 2002a) Häufig entstehen die Schwierigkeiten bereits in der Adoleszenz oder sogar im Volksschulalter. (Zanarini et al., 2000) Die Problematik äußert sich in starken Stimmungsschwankungen oder ausgeprägtem Selbstzweifel, assoziiert mit klinisch auffälligen, dysfunktionalen Schemata auf der Verhaltensebene, wie etwa Suizidversuchen, Drogenabhängigkeit, selbstverletzendes Verhalten und Essstörungen. Meistens sind die klinischen Anomalitäten Ausdruck einer gestörten Affektregulation oder sie sind ein dysfunktionaler Versuch, diese zu ertragen. (Rosenthal et al., 2008) Aus diesem Grunde dienen etwa selbstverletzendes Verhalten, Essanfälle oder Drogenkonsum zur Kompensation von intensiven Erregungszuständen. Infolgedessen resultieren aus diesen Ausgleichshandlungen komorbide Störungen, welche einen negativen Einfluss auf die Fortentwicklung der Symptomatik ausüben und häufig auch die Therapie behindern.

Die Punktprävalenz der Borderline-Erkrankung, darunter ist die Häufigkeit einer Störung zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Allgemeinbevölkerung zu verstehen, kann zwischen 0,8 % und 2 % angesetzt werden. (Lieb et al., 2004) Das Geschlechterverhältnis ist ausgegogen. Überwiegend sind es weibliche Patienten (70 %), die eine psychotherapeutische Unterstützung aufsuchen. Männliche Patienten neigen mehr zu fremdaggressivem als zu selbstverletzendem Verhalten und kommen daher vorwiegend mit der Justiz oder forensischen Bereichen in Berührung. (Bohus et al., 2009)

25 % der Gesamtkosten, die jährlich in Deutschland in die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen investiert werden, entfallen auf Patienten mit BPS; das entspricht etwa einer Summe von 3,5 Milliarden Euro. (Bohus, 2007) Die durchschnittliche Verweildauer beträgt dabei ungefähr 70 Tage im Jahr. Zanarini und Mitarbeiter, 2003a und 2006, konnten in einer nordamerikanischen Studie demonstrieren, dass der Langzeitverlauf der BPS besser ist als bisher angenommen. So untersuchten die Autoren in einer Katamnese-Studie 290 BPS-Patienten, welche unter einer psychotherapeutischen Behandlung über Jahre hinweg eine deutliche Abnahme ihrer Psychopathologie aufwiesen. Nach zehn Jahren erfüllten nur noch 12 % der Teilnehmer die Diagnosekriterien einer BPS.

In einer weiteren Studie von Grilo et al., 2004, über den Langzeitverlauf der Erkrankung konnten die Ergebnisse der vorherigen Studie größtenteils bestätigt werden. (Grilo et al., 2004) Diese Ergebnisse gilt es jedoch kritisch zu hinterfragen. So ist das Nichterfüllen der DSM-IV-Kriterien bei Weitem kein Beweis für Beschwerdefreiheit oder Genesung. Trotzdem können diese Resultate mit Bedacht zuversichtlich stimmen, da sie unter anderem das klassische Denkmodell einer Störung von hoher Stabilität anzweifeln lassen. Als Risikofaktoren für eine chronische Entwicklung der Erkrankung sind vor allem Alkohol und Drogenmissbrauch, sowie komorbide posttraumatische Belastungsstörungen zu nennen. (Zanarini et al., 2003) Sexueller Missbrauch in der Kindheit und hochgradige Symptomatik sind ebenfalls Faktoren für eine eher negative Prognose. (Gunderson et al., 2006) Die Suizidrate kann nach Lieb et al., 2004, zwischen 5 % und 10 % angesetzt werden. Risikofaktoren für Suizidversuche sind Depressionen, sexueller Missbrauch, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung, erhöhtes Lebensalter und impulsive Verhaltensmuster. (Bohus et al., 2009)

1.1 Ätiologie

Ein Großteil der Forscher bevorzugt heutzutage ein ätiologisches Konzept, das eine Interaktion zwischen hereditären und psychosozialen Variablen vermutet. Eine einzige bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt veröffentlichte Zwillingsstudie deutet auf eine wesentliche genetische Relevanz für die Entstehung einer BPS hin. (Torgson et al., 2000) Psychosoziale Belastungsfaktoren sind sexuelle Missbrauchserfahrungen (ca. 65 %), körperliche Missbrauchserfahrungen (ca. 60 %) und extreme Vernachlässigung (ca. 40 %). Bei den meisten frühkindlich stattfindenden sexuellen Gewalthandlungen ist anzunehmen, dass diese innerhalb des familiären Umkreises geschehen. (Zanarini et al., 1997) Hierbei scheint es wichtig zu erwähnen, dass eine traumatische sexuelle Gewalterfahrung weder eine zwangsläufige noch ausreichende Bedingung für die Entstehung der BPS ist.

1.2 Symptomatik

Als zentraler Punkt der Symptomatik kann die Störung der Affektregulation genannt werden. Dies bezieht sich sowohl auf die Stressregulation und Impulskontrolle als auch auf den Umgang mit Emotionen und Stimmungen. Die Reizschwelle für innere und äußere Einwirkungen ist niedrig, der Erregungsmaßstab hoch, das emotionelle Ausgangsniveau kann nur langsam fortschreitend erreicht werden. Die verschiedenen Gefühle werden äußerst quälend und unter

großen Spannungszuständen wahrgenommen. Selbstverletzendes Verhalten, wie beispielsweise Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen, hilft den Betroffenen kurzfristig, ihre diffusen Spannungszustände zu bewältigen. Dies kann in der Nomenklatur der Lerntheorie als negative Verstärkung bezeichnet werden. (Favazza und Rosenthal, 1993)

Eine weitere Folge der Störung in der Emotionsregulation untermauert die absente Fähigkeit, Nähe und Distanzverhalten im zwischenmenschlichen Bereich kontrollieren zu können. So werden die Betroffenen von intensiven Ängsten geplagt, von ihren Bezugspersonen verlassen zu werden und darauffolgend allein zu sein. Abwesenheit wird häufig mit Verlassenheit verwechselt. Daher unterliegen Betroffene dem Versuch, wichtige Bezugspersonen kontinuierlich an sich zu binden. Im Gegensatz dazu löst enger zwischenmenschlicher Kontakt wiederum Schuld oder Angst aus. Dieses Verhalten führt zu unaufhörlich mühsamen Beziehungen mit wiederholten Trennungen und wiederkehrenden Vereinigungen. Sowohl nahestehende Personen als auch Therapeuten sehen häufig in diesem für sie unerklärlichen Benehmen eine manipulative Handlungsweise und reagieren darauf nicht selten mit einem ungünstigen Übergang von extremer Sorge in distanzierte Ablehnung.

Auch dissoziative Symptome sind eine Ausprägung der gestörten Affektregulation. Im Einfluss großer Anspannung verlieren die Betroffenen häufig die Kontrolle über die Realität. Empfindungen und Bewegungen können nicht mehr koordiniert werden, Situationen werden als surreal und verzerrt wahrgenommen. Auch die Gegenwart von Flashbacks kann unter diesen Umständen hinzukommen. Weitere Symptome sind Probleme des Schlafverhaltens, insbesondere beim Ein- und Durchschlafen sowie das Vorhandensein von Albträumen. Drogen-, Alkoholmissbrauch und Essstörungen führen zu sozialen und beruflichen Schwierigkeiten und Einschränkungen hinsichtlich einer adäquaten Ausbildung. (Bohus et al., 2009)

1.3 Diagnostik

Um die Diagnose einer BPS anhand eines international anerkannten Kriterienkatalogs, dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder“ (DSM-IV), stellen zu können, müssen mindestens fünf der neun Kriterien über einen längeren Zeitraum hin erfüllt werden. (APA-American Psychiatric Association, 2000)

Diese diagnostischen Kriterien der BPS nach DSM-IV sind:

Affektivität

- Unangemessene, starke Wut oder das Unvermögen, Wut oder Ärger zu kontrollieren, zum Beispiel häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien;
- Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist;
- Chronisches Gefühl der Leere.

Impulsivität

- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen: beispielsweise Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder Essanfälle;
- Wiederkehrende Suiziddrohungen, Suizidandeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.

Kognition

- Vorübergehende stressabhängige, paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome;
- Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.

Interpersoneller Bereich

- Verzweifeltes Bemühen, reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern;
- Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen.

Außerdem wird für die Diagnostik der BPS empfohlen, neben der Diagnosestellung auch den Schweregrad der jeweiligen Symptomatik zu eruieren. Instrumente zur Diagnosestellung sind das strukturierte klinische Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (SCID-II) oder die „International Personality Disorder Examination“ (IPDE). (First et al., 1996, und Loranger, 1999) Eine Methode zur Schweregradbestimmung ist eine auf dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA) basierende Fremdrating-Skala (ZAN-SCALE) von Zanarini et al., 2003b. Hinzu kommt der „Borderline Personality Disorder Severity Index“ (BPDSI) von Arntz et al., 2003. Als Selbstrating-Instrument entwickelten Bohus et al., 2001, die Borderline-Symptom-Liste (BSL).

Zusammenfassend lässt sich die klinische Diagnostik der Borderline-Störung wie folgt beschreiben:

- Klinische Hinweise sind intensive Spannungszustände, Selbstverletzungen, heftige Affektschwankungen.
- Operationalisierte Diagnostik erfolgt durch das strukturierte klinische Interview für Achse-II-Störungen (SCID-II) oder die „International Personality Disorder Examination, Borderline-Modul“ (IPDE).
- Schweregradeinschätzungen werden mithilfe der Borderline-Symptom-Liste (BSL) bemessen.
- Komorbide Störungen, wie Suchterkrankungen oder affektive Störungen, werden mit dem strukturierten klinischen Interview für Achse-I-Störungen nach DSM-IV (SKID-I) eruiert. (Bohus und Schmahl, 2006)

1.4 Verlauf und Prognose

Forschungen ergaben, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder zumindest einige der Symptome bereits zu Beginn der späten Kindheitsphase auftreten, jedoch Behandlungsmöglichkeiten typischerweise erst spät in der Adoleszenz beansprucht werden. (Zanarini et al., 2001) Dieser psychiatrischen Erkrankung ist eine bessere Prognose als vielen anderen ernsten psychischen Krankheitsbildern zuzuschreiben, wie zum Beispiel einer Bipolaren Störung. (Tohen et al., 2000) In zwei groß angelegten, prospektiven Studien über den Verlauf von BPD zeigte sich die Erkenntnis, dass die Symptome weniger stabil sind, als dies zuvor angenommen wurde. (Shea et al., 2002)

Nach sechs Jahren erreichten ca. 75 % der Patienten, welche zu Beginn der Studie stationär behandelt wurden, eine Remission der Symptome, und nur 6 % davon erlitten einen Rückfall. (Zanarini et al., 2003) Trotz der Tatsache, dass 80 % der Teilnehmer eine Vergangenheit übersät mit Suizidversuchen hatten, verübten hingegen nur 4 % einen Selbstmord innerhalb der sechsjährigen Studienphase. Ebenso beachtenswert ist das Ergebnis von zwei früheren, retrospektiven Studien über den Verlauf von BPD. Diese Studien ergaben eine Suizidrate von 9 bis 10 %. (Paris und Zweig-Frank, 2001) Zusätzlich muss hier erwähnt werden, dass keine prospektiven Daten von Borderline-Patienten mittleren Alters und darüber existieren.

Mehrere Faktoren sind mit einem schlechten Behandlungserfolg assoziiert. Hierzu zählen neben einer affektiven Instabilität eine vermehrte Notwendigkeit von vergangenen stationären Einweisungen, jüngeres Alter beim ersten Behandlungsbedarf, psychische Erkrankungen von Blutsverwandten, das Vorhandensein von Dysphorie und schließlich Erfahrungen von Gewalttaten ausgehend vom Vater in der Vergangenheit. Faktoren, welche einen guten Behandlungsverlauf unterstützen, sind ein hoher Intelligenzquotient, keine Scheidung der Eltern, die Abwesenheit narzisstischer Charakterzüge und das Vorhandensein von selbstverletzenden Handlungen während der Aufnahmephase. (Lieb et al., 2004)

2 Behandlungsprinzipien bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

2.1 Pharmakotherapie

Zum gegenwertigen Zeitpunkt existieren keine zugelassenen Medikamente zur alleinigen Behandlung einer BPS. Vielmehr dienen die für diese Krankheit verabreichten Medikamente zur Behandlung bestimmter Bereiche der Psychopathologie. (Remmel und Bohus, 2006) Da die wenigen RCT-Studien eher kleine Fallzahlen und kurze Beobachtungsspannen aufweisen, lehnen sich medikamentöse Verordnungen vor allem an therapeutische Erfahrungen mit einzelnen Substanzklassen. Mehrere placebokontrollierte Studien erbrachten Wirksamkeitsnachweise für selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs), atypische Neuroleptika und Stimmungsstabilisatoren wie Valproinsäure, Lithium, Carbamazepin und Lamotrigin.

Positive Resultate hinsichtlich depressiven und ängstlichen Zustandsbildern, Impulsivität und Affektregulation ergaben sich auch für das atypische Neuroleptikum Olanzapin, wobei die durch die Einnahme häufig verursachte Gewichtszunahme vor allem für BPS-Patienten mit Essstörungen wiederum mit Problemen verbunden sein kann.

Generell ist Olanzapin besser verträglich als die klassischen Neuroleptika, dennoch können alternativ dafür Aripiprazol und Quetiapin eingesetzt werden. Eine weitere placebokontrollierte Studie bewies die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit DBT und Olanzapin gegenüber DBT und Placebo. (Soler et al., 2005) Opiatantagonisten wie Naltrexon konnten in unkontrollierten Studien wirksam bei dissoziativer Symptomatik eingesetzt werden. Dabei sollten aber die bei plötzlichem Absetzen eintretenden dissoziativen Reboundeffekte und die Hypersensibilisierung der Opiatrezeptoren vor allem bei ehemals opiatabhängigen Patienten bedacht werden. (Bohus et al, 1999)

Zur Stabilisierung von Krisensituationen empfiehlt sich ebenso der Einsatz von sedierenden, niedrig dosierten, atypischen Neuroleptika (25 bis 50 mg Quetiapin) oder Antidepressiva (z. B. 15 bis 30 mg Mirtazapin).

Eine unkontrollierte Studie erbrachte mögliche Hinweise für eine effektive Verwendung von Clonidin im akuten Erregungszustand. (Philipsen et al., 2004) Die Einnahme von Benzodiazepinen birgt ein hohes Suchtpotenzial und sollte daher, wenn überhaupt, auf akute Notfallsituationen mit Angstzuständen beschränkt werden. (Bohus und Schmahl, 2006).

2.2 Psychotherapie

Nachdem das Interesse für psychotherapeutische Behandlungskonzepte mehr zu störungsspezifischen Therapien für psychische Störungen als zu generell herkömmlichen Psychotherapien tendiert, setzte sich dieser Trend auch für die Behandlung von BPS durch.

Gegenwärtig sind vier manualisierte Behandlungsformen mit empirisch belegten Daten verfügbar. Diesen gilt das Hauptinteresse der Abhandlung:

- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT, Evidenzgrad Ib) von M. Linehan
- Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT, Evidenzgrad IIa)
von A. Bateman und P. Fonagy
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP, Evidenzgrad IIa) von O. Kernberg
- Schematherapie (SFT, Evidenzgrad IIa) von J. Young

Obgleich sich die vier Schulen in zahlreichen Spezifitäten unterscheiden, kristallisieren sich dennoch einige Gemeinsamkeiten heraus. Allen Therapieformen gemeinsam sind die vorangehende operationalisierte Diagnostik und die am Anfang der Therapie festgelegte Limitation des zeitlichen Rahmens. Im Übrigen hat es sich bei allen Therapieformen als erfolgreich erwiesen, die therapeutischen Foci zu hierarchisieren. Die daher vorrangigen Themen beinhalten suizidales Verhalten, ebenso fließen Verhaltensweisen, die eine Gefährdung der Therapiefortführung darstellen oder extrem belastend für den Patienten oder Therapeuten sind, mit ein.

Schließlich sollte auch auf die physische Gesundheit des Patienten geachtet werden. Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren, wie schwere Anorexie oder Suchtmittelabhängigkeiten, müssen primär behandelt werden. In einem sogenannten Therapievertrag werden Vereinbarungen hinsichtlich des Umgangs mit Suizidalität und Krisensituationen sowie die Vermeidung von Störfaktoren in therapeutischen Settings besprochen. Zu guter Letzt ist allen

vier Schulen ein multimodaler Ansatz gemeinsam. Die verschiedenen Behandlungsformen bieten jeweils eine Kombination aus unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen, wie Pharmakotherapie, Einzel- und Gruppentherapie, an. (Bohus et al., 2009)

2.2.1 Therapeutische Beziehung

Die Arbeit mit Borderline-Patienten ist für viele Therapeuten problematisch und fordernd. Daher kommt es nicht selten vor, dass einige Therapeuten diese Patientenpopulation zu meiden versuchen. Obgleich BPS-Betroffene sehr oft aus disharmonischen, demütigenden und zerklüfteten Familien stammen und daher ein besonderes Bestreben zeigen, ihrerseits Beziehungen zu kontrollieren, fühlen sie sich andererseits wiederum von ihrem Therapeuten abhängig. Dieser Umstand kann zu enormen Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung führen. Allein eine Terminplanänderung kann ein Auslöser für Angst und Aggressionen sein.

Die Betroffenen fordern vom Therapeuten einen authentischen Habitus mit transparenten emotionalen Reaktionen und scheuen ein machtgefälliges Verhalten. Demgegenüber steht ein für Borderline-Patienten fast charakteristisches dysfunktionales Verhalten, wie beispielsweise Unpünktlichkeit, Feindseligkeit und Schweigen, welches sobald als möglich angesprochen und verbessert werden soll. Andererseits verbirgt sich gerade in der Arbeit mit dieser Patientengruppe die Gefahr, dass der Therapeut mit seinem Patienten mitleidet. Die Teilnahme an einer Supervisionsgruppe kann dabei helfen, dieser emotionalen Beteiligung entgegenzusteuern. (Bohus et al., 2009)

2.2.2 Studieninstrumente

Die in den Studien verwendeten Testmethoden werden im Folgenden angeführt:

- **Global Assessment Scale - GAS** (Endicott, 1976)

GAS wird zur Evaluation des generellen Funktionszustandes einer Person verwendet, den Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung und des Gesundheitsstatus während einer bestimmten Zeitperiode betreffend. Die Bewertung erfolgt anhand einer Messskala zwischen 0 und 100 Punkten, wobei sich der Gesundheitszustand linear zur ansteigenden Punkteanzahl verhält.

- **Mentaler Status**

- a. **Beck Anxiety Inventory** - BAI (Beck, 1988): Dieser Selbstfragebogen wurde als Instrument zur Unterscheidung zwischen Angst und Depression entwickelt. Der Fragebogen besteht aus 21 Fragen, wobei jede Frage ein bestimmtes Symptom der Angsterkrankung beschreibt. Der Proband vergibt Zahlen zwischen 0 bis 3, abhängig davon, wie genau die jeweilige Antwort für einen Zeitraum innerhalb der letzten Wochen zutrifft. Die oberste Punktegrenze beträgt 63 und stellt den höchsten Schweregrad dar.
- b. **Beck Depression Inventory** - BDI (Beck, 1961): Dieser, mit 21 Fragen bestückte Selbstfragebogen wurde zur Messung der Depressionsmanifestation konzipiert. Auch hier beträgt das höchste Ergebnis 63 Punkte und entspricht damit einer manifesten Depression. Dieser Test benötigt ungefähr einen Zeitaufwand von zehn Minuten, setzt jedoch zur adäquaten Beantwortung der Fragen zumindest Hauptschulniveau voraus.
- c. **Beck Hopelessness Scale** - BHS (Beck, 1974): Dieser 20 Punkte umfassende Selbstfragebogen dient zur Messung des Ausmaßes der negativen Erwartungen einer Person im Hinblick auf zukünftige Ereignisse. Auch hier steht eine hohe Punkteanzahl für ein schlechtes Ergebnis.
- d. **Brief Psychiatric Rating Scale** - BPRS (Overall, 1962) dient zur Abschätzung des Schweregrades des abnormen mentalen Status und enthält 18 Einheiten. Jede dieser Einheiten wird mit einer Punkteanzahl zwischen 0 (Symptom ist nicht vorhanden) und 7 (Symptom ist extrem stark vorhanden) bewertet. Der BPRS-positive Cluster erfasst die Begriffe Misstrauen, Desorganisation und Halluzination. Der BPRS-negative Cluster beinhaltet Bezeichnungen, welche emotionalen Rückzug, motorische Hemmung und abgestumpfte Affektlage beschreiben.
- e. **Hamilton Depression Inventory** - HAM-D (Hamilton, 1960) ist bei klinischen Studien die meistgebrauchte Skala zur Evaluation der Ausprägung einer depressiven Störung und deren Sensitivität, sich zu ändern. Diese Fremdbeurteilungsmethode umfasst 17 Punkte, in welchen der Untersucher den Schweregrad bestimmter Symptome, wie beispielsweise Schlafstörungen, Suizidgedanken oder Schuldgefühle, beurteilt.

- f. **Hamilton Anxiety Rating Scale - HARS** (Hamilton, 1959) dient zur Quantifizierung des Schweregrads von Angstsymptomen und besteht aus 14 Fragen. Jede Frage ist mit 0 (Symptom nicht vorhanden) bis 4 (Symptom sehr stark vorhanden) zu beantworten.
- **Verhalten**
 - a. **Beck Scale for suicide ideations - BSSI** (Beck, 1979) ist ein klinischer Fragebogen, aufbereitet in einem semistrukturierten Interview, aus 21 Fragen bestehend. Er dient der Bewertung des Ausmaßes von Suizidgedanken unter Berücksichtigung von aktivem suizidalen Verlangen, spezifischen Suizidplänen und passivem suizidalen Verlangen. Für jede Frage sind maximal zwei Punkte zu vergeben; also sind insgesamt maximal 38 Punkte zu verteilen, wobei sich die Ausprägung der Suizidgedanken linear zu einer ansteigenden Punkteanzahl verhält.
 - b. **Diagnostic Interview for Borderline Patients - Revised DIB-R** (Gunderson, 1989) ist ein semistrukturiertes Interview, welches dem derzeit internationalen wissenschaftlichen Standard entspricht und der BPS-Diagnostik dient. Dieses Interview erweist eine gute Trennschärfe gegenüber den anderen Persönlichkeitsstörungen und erfasst Symptome und Verhaltensweisen, die bei BPS typischerweise in den Bereichen Impulsivität, interpersonelle Beziehungen und Kognition auftreten.
 - c. **European Addiction Severity Index - EuropASI** (Kokkevi, 1995) wird sowohl für die Eruiierung des Abhängigkeitserkrankungsgrades als auch zur kontinuierlichen Quantifizierung der Probleme, welche mit der Abhängigkeitserkrankung verbunden sind, verwendet. Der EuropASI beinhaltet 200 Fragen, welche verschiedene Problemfelder von Abhängigen betreffen, wie beispielsweise den medizinischen Status, die berufliche Position und das Vorhandensein sozialer Unterstützung, Drogen- und Alkoholgebrauch, das familiäre und soziale Umfeld sowie der psychiatrische Status. Anhand dieser Testmethode werden sowohl Prädiktoren für zukünftige Ereignisse als auch der Entwicklungsverlauf der vergangenen 30 Tage eruiert. Ebenso kann der Schweregrad der jeweiligen Problemfelder herausgefiltert werden.
 - d. **International Personality Disorder Examination - IPDE** (Loranger, 1999) ist ein international wissenschaftlich anerkanntes Instrument zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, angelehnt an die DSM-Kriterien. Folgende Bereiche werden bei den Fragestellungen mit einbezogen: interpersonelle Erfahrungen, Lebensgewohnheiten,

Sorgen, Ängste, Wünsche und Hoffnungen. Dabei geht die Befragung im Laufe des Interviews von einfachen Bereichen, wie beispielsweise Arbeitseinstellung zu schwierigeren Bereichen, wie zum Beispiel Sexualität, über. Die Beantwortung erfolgt mittels Punktesystem von 0 (Kriterium trifft nicht zu) bis 2 (Kriterium trifft sicher zu). Schließlich wird die Punkteanzahl addiert. Entsprechende Cut-off-Werte weisen auf die jeweiligen Persönlichkeitsstörungen hin.

- e. **Inventory of Interpersonal Problems** Circumplex-Version-IIP-C (Alden, 1990) umfasst 127 Fragen und eruiert die Selbsteinschätzung einer Person hinsichtlich ihrer interpersonellen Probleme. Dieser Selbstfragebogen erfragt interpersonelle Verhaltensweisen, die dem Probanden entweder schwerfallen oder bei ihm im Übermaß vorhanden sind. Die Beantwortung erfolgt durch Zahlen zwischen 0 (= trifft nicht zu) bis 4 (trifft sehr zu).
- f. **Longitudinal Interval Follow-up Evaluation** - LIFE (Keller, 1987) ist ein integriertes System zur Bemessung des longitudinalen Verlaufes von psychiatrischen Störungen. Es besteht unter anderem aus einem semistrukturierten Interview und erfordert die Beschaffung der psychosozialen und psychopathologischen Behandlungsinformationen für eine sechsmonatige Verlaufskontrolle.
- g. **Lifetime Parasuicide Count** - LPC (Comotois, 1999) ist eine klinische Testmethode und dient der Übersicht und Voraussicht von parasuizidalem Verhalten, indem eine kurze Information unter anderem über die medizinischen Auswirkungen der suizidalen Handlungen, die suizidale Absicht und dem ersten Auftreten suizidaler Ereignisse eingeholt wird.
- h. **Parasuicide History Interview** - PHI (Linehan, 1989): Hiermit werden frühere Suizidandrohungen oder Suizidversuche detailliert in Frequenz, Ablauf und Methode erfragt. Als semistrukturiertes Interview umfasst es 47 Fragen.
- i. **Structured Clinical Interview** for DSM-III-R for Axis II-SCID-II (Spitzer, 1990) ist ein semistrukturiertes Interview, um Diagnosen und Symptome nach den DSM-IV-Kriterien für elf Persönlichkeitsstörungen abzuklären. Das SCID unterteilt sich in einen Fragebogen und ein Interview. Für die Eruierung einer BPS ist das SCID wesentlich. Die Testdauer beträgt ungefähr 30 Minuten. Die mehr als 100 Fragen

werden entweder mit Ja oder mit Nein beantwortet. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der vergangenen 5 bis 10 Jahre und lehnen sich an die DSM-Kriterien an.

- j. Social Adjustment Scale-Interview - SAS-I** (Weissman, 1971) gewährt einen Einblick in den sozialen Funktionszustand in unterschiedlichen Domänen, beispielsweise in Bezug auf Arbeit, Familie, Ehe, Eltern und ökonomische Adäquanz. Eine hohe Punktezahl steht für ein schlechtes Ergebnis.
- k. Symptoms Check List - SCL90-R** (Derogatis, 1977) ist ein Selbstfragebogen und beinhaltet 90 auf die Symptomatik bezogenen Fragen. Die Items werden mit „trifft etwas zu“, „trifft mäßig zu“, „trifft schon eher zu“, „trifft sehr zu“ codiert. Je höher der Punktestand, desto massiver ist die Ausprägung.
- l. Spielberger State Trait Anxiety Inventory - STAI** (Spielberger, 1970) unterscheidet den Zustand „Angst“ von der Eigenschaft „Angst“. So wird der Begriff „Angst“ einem vorübergehenden, emotionalen Zustand (State) und einem relativ überdauernden Persönlichkeitsmerkmal (Trait) zugeordnet. Die Angstaussprägung einer Person unter bestimmten Umständen (State) wird mit 20 Items bewertet. Zehn Items sind in Richtung Angst geleitet, die restlichen zehn Items sind in Richtung Angstfreiheit formuliert. Die Trait-Angstskala arbeitet mit demselben System. Anhand einer vierstufigen Skala mit Frequenzangaben „fast nie“, „manchmal“, „oft“, „fast immer“ werden die Antworten ausgewählt.
- m. Spielberger Anger Expression Scale - STAXI** (Spielberger, 1985) dient der Intensitätsmessung von situationsbezogenem Ärger, auch Zustandsärger genannt, und den dispositionellen Ärgerdimensionen. Darunter ist der Eigenschaftsärger zu verstehen, ebenso der nach innen oder nach außen gerichtete Ärger. Auch hier erfolgt die Beantwortung anhand einer vierstufigen Skala mit Häufigkeitsangaben.

3 Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

3.1 Konzept der DBT

Die Dialektisch-behaviorale Therapie wurde von **Marsha M. Linehan** Ende der achtziger Jahre für BPS-Patienten mit chronischer Suizidalität im Sinne einer ambulanten Therapie als Manual in den USA konzipiert. Diese Therapieform beinhaltet Konzepte aus der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Meditationsform des Zen-Buddhismus und wird bis heute mit einem Evidenzgrad von 1b (Bohus et al., 2009) als bestes empirisch erforschtes, psychotherapeutisches Verfahren angesehen.

Die DBT wird mittlerweile nahezu weltweit angewandt und wurde zudem an unterschiedliche Behandlungserfordernisse angepasst. So existieren zum Beispiel neben dem ursprünglichen ambulanten Setting ebenfalls stationäre und teilstationäre Therapiekonzepte sowie solche für substanzabhängige und essgestörte Patienten und auch für Adoleszente. Ebenso an Jugendlichen und Erwachsenen mit antisozialem Benehmen (Rizvi SI et al., 2001) wird diese Art der Behandlung durchgeführt. Der Grundgedanke des DBT-Konzepts beruht auf der biosozialen Lerntheorie von Theodore Millon, aus welcher Linehan die mangelnde Fähigkeit der Patienten, ihre Gefühle gegenüber der sozialen Umwelt zu kontrollieren, und die Auswirkungen der invalidierenden Außenwelt abgeleitet hat. (56)

Der Kernpunkt der Veränderungsstrategie durch die DBT liegt in der Lösung der Probleme bezogen auf dysfunktionale Verhaltensweisen, welche sich für einen Patienten sowohl innerhalb der Therapiestunde als auch außerhalb, im alltäglichen Leben, ergeben. (Linehan, 1996)

3.1.1 Therapeutisches Setting

Die DBT integriert als Modulkonzept ambulante Einzeltherapien und Gruppentherapien, Telefonkontakte sowie Supervisionsstunden der Therapeuten. Die ambulante Einzeltherapie umfasst ein bis zwei Behandlungsstunden in der Woche über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren hinweg. (Bohus et al., 2009) Der Einzeltherapeut ordnet die Problemthematik hinsichtlich deren Bedeutsamkeit. Als hierbei wichtigster Punkt wird suizidales und parasuizidales Verhalten angesehen, dicht gefolgt von Verhaltensweisen, welche die Therapie gefährden könnten und eine Minderung der Lebensqualität bedeuten würden.

Mithilfe der dialektischen Strategien, dem Verstehen und Wertschätzen der Problematik und dem Finden einer Veränderungsstrategie versucht der Therapeut eine Ausbalancierung zu erzielen. (57) Dies erreicht er neben anderen Techniken durch Validierungsprinzipien, welche unter anderem Aufmerksamkeit, Empathie, Ansprechen von Emotionen und Verhaltensweisen, neutrales Verständnis der Situation des Patienten bezogen auf seine Biografie oder auf aktuelle Auslöser und apathologisierendes Darstellen der Probleme voraussetzen. (Höschel und Bohus, 2005)

Die ambulante Behandlung unterteilt sich in eine Vorbereitungsphase und zwei Behandlungsphasen. In der zuerst genannten Phase stehen Diagnostik und Aufklärung des Patienten über sein Störungsbild, die Vermittlung der Grundelemente sowie die Besprechung der Behandlungsziele und der Motivation im Vordergrund. Hiernach folgt die erste Phase der Therapie, die der Bearbeitung derjenigen Problematiken dient, welche in direkter Verbindung mit den Bereichen der Verhaltenskontrolle stehen. Dazu zählen zum Beispiel suizidales und parasuizidales Verhalten, schlechte Therapiecompliance, gefährliches Risikoverhalten und Störungen der Impulskontrolle. (Bohus et al., 2009) Diese Phase dient in erster Linie der Stabilisierung der Betroffenen.

Die Patienten werden aufgefordert, ein Tagebuch zu führen, in welches sie Daten und Ereignisse über ihre Spannungszustände, Einnahme von Medikamenten, Konsum von Drogen und dysfunktionale Schemata vermerken sollen. Anhand der Analyse ihres Verhaltens versucht der Therapeut, den Patienten eine Einsicht über den Aufbau ihrer Spannung zu vermitteln und ihnen somit den Einbau der von ihnen gelernten Fertigkeiten in ihr alltägliches Leben zu ermöglichen.

Je nach suizidalem oder parasuizidalem Verhalten werden die Patienten angehalten, solche Analysen selbst zu stellen.(57) Situationsanalysen sollen darlegen, ob das vorherrschende Verhaltensmuster von anderen Begleitumständen, zum Beispiel Essstörungen oder sozialen Problemen, geprägt ist, inwiefern bestimmte äußere Reize, zum Beispiel Gewalterfahrungen oder der Umgang mit dem ehemaligen Täter, eine Rolle spielen oder ob eine dysfunktionale Denkweise oder die mangelnde Fähigkeit, Probleme lösen zu können, dafür auslösend sind. Aufgrund dieser Analyse kann die entsprechende Behandlungsmethodik ausgesucht werden.

Soziale Probleme oder Essstörungen bedürfen im Normalfall ein konkretes Handeln. Die Erfahrung mit Gewalt sollte durch Konfrontation desensibilisiert und der Kontakt mit dem Täter vermieden werden. Dysfunktionale Pläne benötigen eine Veränderung auf der Verhaltensebene, und durch das Erlernen von Fertigkeiten kann die ungenügende Fehlerlösekompetenz korrigiert werden. (Bohus et al., 2009) Ebenso sollte der Patient am Ende der ersten Behandlungsphase ein intaktes soziales Netz aufgebaut haben, einem sicheren Beruf nachgehen und einen festen Wohnsitz vorweisen können. (Höschel und Bohus, 2005)

Der durchschnittliche Zeitraum der ersten Therapiephase erstreckt sich auf ungefähr ein Jahr, mit einer Remissionsrate der Krankheitssymptome von ca. 60 %.

Die zweite Behandlungsphase beschäftigt sich mit der Aufarbeitung von Störungen des emotionalen Erlebens. Der Therapeut konzentriert sich hierbei auf die emotionalen Schlüsselprobleme des Betroffenen, aus welchen sehr häufig aufgrund von traumatischen Ereignissen emotionale Dysfunktionen wie Schuld, Scham, Wut und Angst resultieren. (Bohus et al., 2009) Voraussetzung für diesen therapeutischen Schritt ist die Fähigkeit, das in der Fertigkeitentrainingsgruppe Erlernte während emotionaler Zusammenbrüche oder belastenden Spannungszuständen umsetzen zu können. Die Bearbeitung von traumatischen Geschehnissen erfolgt unter Berücksichtigung der Methoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie und Konfrontationsstrategien.

Das Fertigkeitentraining findet als Gruppenkurs zeitgleich zu den oben genannten Behandlungsphasen in einem Ausmaß von ca. zwei Stunden pro Woche statt und erstreckt sich über einen Zeitraum von ungefähr sechs Monaten. Die vier Kernmodule dieser Therapieform beschäftigen sich mit Emotionsregulierung, Achtsamkeit, Umgang mit Stress und zwischenmenschlichen Beziehungen. In der Lehreinheit Achtsamkeit erlernen die Gruppenteilnehmer die Fertigkeit, sowohl das Denken als auch das Handeln wahrzunehmen, nicht zu bewerten, daran teilzuhaben und zu beschreiben. Hier sind Einflüsse des Zen-Buddhismus herauskristallisierbar.

Das Ziel dieses Moduls ist, dem Patienten zu ermöglichen, alltägliche Gegebenheiten bewusst wahrzunehmen, eine bessere Kontrolle über sich selbst zu erlangen, Emotion und Kognition, Teilnahme und Distanz in Balance zu bringen. Im Modul Emotionsregulierung wird der Sinn von sowohl positiven als auch negativen Gefühlen besprochen und die Akzeptanz und das Vertrauen zu unterschiedlichen Emotionen vermittelt. Die Verwundbarkeit soll reduziert und emotionales Leiden aufgegeben werden. In jenem Programmteil, der den Umgang mit Stress

behandelt, erfahren die Patienten, wie sie mithilfe von Techniken ihre Spannungszustände besser kontrollieren können; sei es, dass sie sich durch sensorische Reize ablenken, Atemübungen ausführen oder mit selbst erstellten Argumentationslisten, welche die Vor- und Nachteile einer selbstverletzenden Handlung beschreiben, sozusagen fangen können.

Ebenso sollen die Patienten auch lernen, mit unangenehmen Situationen umzugehen, da sich nicht jede Situation positiv verändern lässt. Im Konzept der zwischenmenschlichen Beziehung wird den Teilnehmern gelehrt, Beständigkeit gegenüber ihren Meinungen zu entwickeln und dabei von sich selbst als auch von anderen Personen respektiert zu werden. Positive und negative Mechanismen zur Förderung der sozialen Kompetenz werden herausgefiltert und bearbeitet. Schlussendlich werden die Gruppenmitglieder ermutigt, sich einen Notfallkoffer zu packen, welchen sie mit Hilfsmitteln für den Umgang mit Stress ausstatten.

Als letzter Baustein dieses Modulkonzepts ist der Telefonkontakt zwischen Patient und Therapeut zu nennen. Der Therapeut bietet dem Patienten die Möglichkeit an, ihn in akuter Krisensituation telefonisch kontaktieren zu können. Dabei wird versucht, den Grund der Krise zu erörtern und etwaige erlernte Fertigkeiten zielgerichtet anzuwenden. Nachdem der Therapeut nicht zu jeder Zeit kontaktiert werden kann, muss die Erreichbarkeit zuvor besprochen werden. (57)

Höschel (Höschel et al., 2005) und Bohus wiesen explizit daraufhin, dass die erfolgreiche Behandlung eines Borderline-Patienten, die Zusammenarbeit eines umfassenden Teams von Ärzten, Therapeuten, Pharmakotherapeuten, Sozialarbeitern und stationären Einrichtungen voraussetzt, um eine drohende Chronifizierung der Erkrankung mit immer wiederkehrenden stationären Aufenthalten vermeiden zu können.

Die Wirksamkeit der Dialektisch-behavioralen Therapie konnte in mehreren Studien wissenschaftlich belegt werden.

3.2 Empirische Forschungsergebnisse

Die American Psychiatric Association empfiehlt die DBT als spezifisches Behandlungskonzept für Patienten mit BPD.

Die DBT wurde als eine der ersten psychotherapeutischen Behandlungen von BPS in einer randomisierten, kontrollierten Studie untersucht (Linehan et al., 1991). Das Behandlungsziel war, eine Reduktion von parasuizidalem Verhalten zu bewirken. Die 1991 publizierten

Resultate zeigten eine klare Überlegenheit der Behandlungsergebnisse der DBT gegenüber einer konventionellen Psychotherapie (TAU). Nach einem Jahr reduzierte sich die Anzahl der suizidalen Handlungen, die Patienten verbrachten weniger Zeit in stationärer Behandlung. Obwohl eine darauffolgende Follow-up-Studie mit einem Jahr danach ziemlich knapp angesetzt wurde, ist das anhaltende, allgemein verbesserte Funktionsniveau der DBT-Teilnehmer im Gegensatz zu dem der Kontrollgruppe doch erwähnenswert. (Linehan et al., 1993)

An diesem Punkt werden die oben erwähnten Studien näher erklärt:

Marsha Linehan untersuchte bereits **1991** in einer Studie mit 63 Teilnehmern die Wirksamkeit der DBT im Vergleich zu einer konventionellen ambulanten Psychotherapie (treatment as usual). Die Patienten wurden per Zufallsbestimmung den jeweiligen Therapiebedingungen zugeordnet. Die Studienteilnehmer im Alter zwischen 18 und 45 Jahren erfüllten als Teilnahmevoraussetzungen die DSM-III-R-Kriterien für BPS und einen DIB-R-Score von mindestens 7. Ebenso wurde für die Studienteilnahme mindestens mehr als eine Episode parasuizidalen Verhaltens innerhalb der letzten fünf Jahre, davon eine Episode in den vergangenen acht Wochen verlangt. Kontraindikationen waren Schizophrenie, Bipolare affektive Störungen, Substanzabhängigkeit oder geistige Retardierung.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebungsphase wurden 19 Probanden aus unterschiedlichen Gründen von der Studie ausgeschlossen. Von den restlichen 44 Teilnehmern wurden 22 der DBT- und 22 der TAU-Gruppe zugeteilt. Indes wurden die Stichproben der Anzahl selbstverletzender Handlungen vergangener Hospitalisierungen und der Prognosefaktoren nivelliert behandelt. Als Kontrolle des Therapieerfolges wurde anhand von Variablen die Anzahl der suizidalen und parasuizidalen Ereignisse, die Zahl der Therapieabbrüche und die Hospitalisierungsfrequenz alle vier Monate miteinander verglichen.

Folgende Testmethoden wurden angewendet:

- PHI zur Messung von parasuizidalen Handlungen und des Schweregrades
- THI zur Evaluation des Behandlungsergebnisses und Krankenhausaufnahmen
- STAS-T, BDI, SSI, BHS und RLISC zur Klärung des mentalen Status
- GAS, LIFE und SAS-SR zur Erhebung der Lebensqualität

Ein Jahr lang wurde die individuelle DBT wöchentlich für eine Stunde abgehalten, eine Gruppentherapie fand 2,5 Stunden pro Woche statt. Aus der Studie ist nicht zu entnehmen, wie viele Teilnehmer der DBT-Gruppe vor Studienbeginn eine andere Therapieform erhielten. Für die TAU-Gruppe ist dies angegeben, jedoch werden weder die Art der Psychotherapie noch der Umfang oder das bisherige Behandlungsergebnis beschrieben.

Die Resultate ergaben, dass die spezifische Wahrscheinlichkeit, mit der ein Proband der DBT-Gruppe eine selbstschädigende Handlung begeht, 63,6 % beträgt, hingegen 95 % für die Probanden der TAU-Gruppe angegeben wurden. Durchschnittlich verübten die DBT-Patienten 1,5 und die TAU-Patienten 9 selbstschädigende Akte. Die Anzahl der stationären Aufnahmehäufigkeit divergierte stark mit 8,4 % bei den DBT-Teilnehmern, erreichte jedoch 38,8 % bei den TAU-Teilnehmern. Auch die Prozentzahl der Patienten, welche in Therapie blieben oder ihren Therapeuten nicht wechselten, war mit 83,3 % der DBT-Gruppe signifikant höher als die der herkömmlichen Psychotherapiegruppenteilnehmer (42 %). Zusätzlich dazu gewonnene Daten aus dem Beck-Depression-Fragebogen, dem Beck-Hoffnungslosigkeit-Fragebogen, dem Reason-for-Living-Interview und der Scale für Suicide-Ideator-Fragebögen ergaben zwar keinen Unterschied der Ergebnisse zwischen den Gruppen, jedoch eine kontinuierliche Verbesserung beider Gruppen. DBT-Probanden hatten aber ein besseres Vermögen zur Emotionskontrolle, sozialer Anpassung und Problemlösung entwickelt. (Linehan et al., 1991)

In einer Nachfolgestudie wurden 39 Patienten 18 und 24 Monate nach Beginn der Behandlung von Linehan und Kollegen untersucht, um die Stabilität der aus der ersten Studie erreichten Ergebnisse zu kontrollieren. Diese Studie wurde mit einem abermals positiven Ergebnis seitens der DBT abgeschlossen. Zusätzlich konnte in den ersten sechs Monaten nach Ende Behandlung weiterhin eine abnehmende Anzahl suizidaler Handlungen, eine Verbesserung der sozialen Anpassung, eine geringere Therapieabbruchquote und bessere Integration am Arbeitsplatz anhand der Global Assessment Scale identifiziert werden. (Linehan et al., 1993)

Eine der Besonderheiten der im Jahre 1991 durchgeführten Studie ist, dass mehr als 80 % der Patienten, welche mit DBT behandelt wurden, ganzjährig in Therapie blieben. Dieses Resultat ist bemerkenswert für eine Patientengruppe, die generell für ihre schlechte Compliance bekannt ist. Wahrscheinlich kann für dieses positive Resultat die gut strukturierte Durchführung der DBT verantwortlich gemacht werden. (Paris, 2008) An dieser Stelle soll erwähnt

werden, dass die Teilnehmer der DBT für ihre Behandlung kein Geld bezahlen mussten. Die Teilnehmer der TAU-Gruppe jedoch wurden sehr wohl zur Kasse gebeten. Ebenfalls wesentlich ist die Tatsache, dass in Replikationsstudien, die in anderen Kliniken durchgeführt wurden, eine Abnahme der Teilnehmeranzahl registriert werden konnte. (Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; Simpson et al., 2004; Linehan et al., 1999) Die Studienergebnisse von Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003, berichten dennoch über die Wirksamkeit der DBT, auch in einem europäischen Setting und unabhängig von der Arbeitsgruppe der Begründer dieser Therapieform.

Koons et al., 2001, planten eine Pilotstudie mit der Intention, einen Versuch ähnlich dem von Linehan, 1991, zu replizieren. 28 Frauen mit der Diagnosestellung einer BPD (SCID-II) und einem durchschnittlichen Alter von 35 Jahren wurden in diese Studie aufgenommen. Ausschlusskriterien waren eine derzeitige schizophrene Erkrankung, eine Bipolare Störung, Suchtmittelabhängigkeit und/oder eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Für die Diagnosestellung der BPD wurde SCID-II verwendet. Das parasuizidale Verhalten wurde mittels PHI bewertet, der mentale Status anhand BDI, BHS, BSSI, DES, HAM-D, HARS, STAXI beurteilt.

Die Studie wurde für einen Zeitraum von sechs Monaten angesetzt. Die Teilnehmer der DBT-Gruppe erhielten eine individuelle DBT und ein Gruppenfertigkeitstraining für jeweils 90 Minuten pro Woche. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe wurden mit einer herkömmlichen psychotherapeutischen Behandlung (TAU) für 60 Minuten pro Woche therapiert.

Studienresultate zeigten keinen Unterschied beider Gruppen hinsichtlich der noch immer vorhandenen Erfüllung der SCID-II-Kriterien. Ebenso waren die Anzahl der stationären Spitalaufenthalte und die Studienabbruchquote beider Gruppen ähnlich hoch. Bedeutsamerweise wurde auch keine Abweichung beider Therapieformen im selbstverletzenden Verhalten gefunden; Linehan, 1991, hingegen bewies eine Verbesserung. Jedoch konnten die Patienten der DBT-Gruppe die Häufigkeit ihrer Suizidgedanken reduzieren. Ebenso gelang es ihnen, gegen ihre Depressionen, Ängste und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit erfolgreich anzukämpfen. Die Ergebnisse dieser Studie suggerieren die Effektivität von DBT auch unabhängig von der Begründerin der Behandlung. (Koons et al., 2001)

Da sehr viele BPD Patienten an komorbider Substanzabhängigkeit leiden, versuchte Linehan 1999 ihr Behandlungskonzept und infolgedessen ihr Manual an diese Patientenpopulation zu adaptieren. Sie untersuchte in einer randomisierten, kontrollierten Therapie 28 weibliche

Patienten, welche die Kriterien einer BPD anhand von SCID-II und PDE erfüllten. Das durchschnittliche Alter ergab 30 Jahre. Neben den oben genannten Kriterien litten die Studienteilnehmerinnen gleichsam an Abhängigkeitserkrankungen von Opiaten, Kokain, Amphetamine, Sedativa oder an einem multiplen Substanzmissbrauch nach SCID-II. Zudem wurden 12 % der Teilnehmerinnen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Es wurden jene Patienten von der Studie ausgeschlossen, bei denen die Diagnose einer Schizophrenie, einer Bipolaren Störung, einer geistigen Retardierung oder einer anderen psychotischen Erkrankung gestellt wurde.

Folgende Testmethoden wurden zur Evaluierung der Studie herangezogen:

- PHI zur Bestimmung von parasuizidalen Handlungen,
- STAXI für den mentalen Status,
- THI für das therapeutische Behandlungsergebnis und
- SHI, GSA, GAS zur Abschätzung der Lebensqualität.

Zur Überprüfung etwaiger Substanzeinnahmen wurden Urinalysen verwendet.

Die Behandlungsintervention der DBT wurde für eine substanzkonsumierende Population modifiziert. Die Dauer der Studie währte über ein Jahr mit einem anschließenden Follow-up von vier Monaten. Individuelle DBT wurde einmal wöchentlich zu je einer Stunde anberaumt. Das Gruppenskilltraining beanspruchte wöchentlich 2 Stunden und 15 Minuten. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe führten entweder ihre bereits begonnene Therapie bei einem individuellen Therapeuten fort, oder sie wurden einem Spezialisten oder einem Programm für Suchtmittelabhängigkeit zugewiesen.

Das Resultat der Studie ergab zwar keinen Unterschied zwischen den Gruppen in der Anzahl der Therapieabbrüche. Jedoch berichtete Linehan von einer Reduktion des Drogenkonsums der DBT-Gruppenteilnehmer im Vergleich zum Konsum der TAU-Gruppe. (Die Überprüfung erfolgte mittels Urinproben.) Ebenso erwähnte sie eine Verbesserung der DBT-Gruppe in der Fähigkeit der sozialen Anpassung. (Linehan et al., 1999)

Dieser positiven Aussage entgegengesetzt beschrieben die Mitarbeiter der **Chochrane Collaboration** Einzelergebnisse der Linehan-Studie als verzerrt und nicht statistisch signifikant, bezogen auf die Anzahl der Teilnehmer mit negativen Urintestergebnissen.

Eine weitere einjährige randomisierte, kontrollierte Studie wurde von **Turner et al., 2000**, ausgeführt. Das therapeutische Bestreben der Autoren galt einer Änderung der Patienten im selbstverletzenden Verhalten und einer Verbesserung des mentalen Status.

24 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 22 Jahren, davon 19 Frauen und 5 Männer, mit der Diagnose einer BPS (durch DIB und PDE), wurden nach einem akuten Suizidversuch per Zufallslosung entweder einer DBT-Gruppe oder einer Klientenzentrierten Gesprächstherapie (CCT) zugeteilt. Unter Bezugnahme ihrer Krankengeschichte lässt sich Folgendes zusammenfassen: Auf 23 von 24 Teilnehmern trafen die Kriterien einer komorbiden Achse-1-Störung zu, 18 Teilnehmer wiesen zusätzlich die Diagnosestellung einer weiteren Persönlichkeitsstörung auf (neun abhängig, sechs histrionisch, drei schizotypisch, zwei paranoid, zwei antisozial und eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung). 19 Patienten nahmen vor Beginn der Studie Psychopharmaka ein. Ausschlusskriterien inkludierten die Diagnosestellung von Schizophrenie und geistiger Retardierung.

Die Studie wurde anhand nachstehender Testmethoden ausgewertet. Für die Beurteilung des mentalen Status wurden BDI, BAI, BSSI, BPRS und HRSD verwendet. Das parasuizidale Verhalten wurde anhand des TBR bemessen. Ebenso wurde die Anzahl der Krankenhausaufenthalte einbezogen. Die Teilnehmer der DBT-Gruppe wurden basierend auf das Manual von Linehan therapiert. Die Teilnehmer der CCT-Gruppe erhielten zweimal pro Woche (während Krisensituationen dreimal pro Woche) eine Therapie. Die Therapeuten boten den Patienten in dieser Zeit eine Hilfe zum Management für tägliche Stressfaktoren an.

Die Auswirkungen beider Therapieformen wiesen keine Differenz in der Anzahl der Spitalaufenthalte auf, ähnlich verhielt es sich bei der Studienabbruchquote beider teilnehmender Gruppen. Die DBT-Patienten hatten durch ihre Therapie weniger Suizidgedanken, der generelle Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung nahm ab und sie konnten sich im Hinblick auf die Faktoren Angst und Depression verbessern. (Turner et al., 2000)

Van der Bosch und Mitarbeiter stellten sich in einer von ihnen **2002** publizierten Studie die Frage, ob die Anwendung der DBT auch für eine gemischte Patientenpopulation zielführend ist und sich infolgedessen eine Reduktion der komorbiden Substanzabhängigkeit ergeben könnte. Die 64 Studienteilnehmer waren allesamt weiblich und erfüllten die Kriterien einer BPS (PDQ-DSM-IV, SCID-II). Das durchschnittliche Alter betrug 35 Jahre. Laut Anamnese litten die Patientinnen ebenso an Bipolaren Störungen (DSM-IV) und (chronisch) psychotischen Störungen. 31 von 58 Patienten, welche mit der Therapie begannen, waren

abhängig von Suchtmitteln (Drogen und Alkohol). Sie wurden sowohl von psychiatrischen Einrichtungen als auch von Suchtmittelberatungsstellen überwiesen. 75 % der Teilnehmer beider Gruppen nahmen Psychopharmaka (Benzodiazepine, Antidepressiva, Neuroleptika) ein. Schwere kognitive Beeinträchtigung war ein Ausschlusskriterium.

Der EuropaASI (Addiction Severity Index) wurde zur Kontrolle für die Einnahme von Drogen verwendet. Parasuizidale Ereignisse und selbstverletzendes Verhalten wurden mittels des BPDSI und LPC evaluiert.

Die Patienten der DBT-Gruppe nahmen ein Jahr lang wöchentlich für 2 bis 2,5 Stunden an einer individuellen DBT und an einem Gruppenfertigkeitentraining teil. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhielten ihre typischerweise zweimal pro Monat stattfindende Behandlung, entweder in einer Suchtmittelberatungsstelle oder von einem psychiatrischen Dienst.

Die Autoren kamen zu dem Entschluss, dass eine Standard-DBT sowohl bei einem Patientengut mit oder ohne komorbiden Suchtmittelabusus angewandt werden kann. Dabei ist zu erwähnen, dass die DBT nicht effektiver für die Reduktion von Suchtmittelleinnahmen und selbstverletzendem Verhalten ist als eine herkömmliche Behandlung in der Vergleichsgruppe. Aus diesem Grund empfehlen die Autoren, von der Entwicklung eines separaten Behandlungsprogrammes speziell für Patienten mit Mehrfachdiagnosen abzuweichen und zu einer DBT-Methode zu tendieren, welche mehrere Problemfelder bedient. Die Therapeuten sollten zur Behandlung für eine Reihe von gravierenden Manifestationen der Persönlichkeitspathologie, wie zum Beispiel Suchtmittelmissbrauch, suizidale und selbstverletzende Akte und Binge Eating ausgebildet werden. (van den Bosch et al., 2002)

In einer erneut von **Linehan (Linehan et al., 2002)** durchgeführten randomisierten, kontrollierten Studie hatten sich die Autoren eine Überprüfung der Überlegenheit der DBT gegenüber einer global gültigen Therapie (CVT) (Linehan, Tutek und Dimeff, 1996) für Patienten mit Opiatmissbrauch zum Ziel gesetzt. An dieser Studie nahmen 23 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 36 Jahren teil. Ihrer Anamnese ist neben der Diagnosestellung einer BPD nach SCID-II und PDE auch eine gegenwärtige Opiatabhängigkeit (SCID-I), Kokainabhängigkeit (52%), ein Cannabismissbrauch (8,7 %) und Alkoholmissbrauch (26 %) zu entnehmen. 65 % der Teilnehmer berichteten von mindestens einem Suizidversuch. 44 % erfüllten die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Ausschlusskriterien waren Psychosen, geistige Retardierung und Bipolare Erkrankungen.

Für die Testung sind Faktoren, wie ein frühzeitiges Verlassen der Studie, die Dauer von Gefängnisaufenthalten, die drogenabstinenten Tage, gemessen an Selbstfragebögen und Urinanalysen, parasuizidale Handlungen (PHI), mentaler Status (BSI) und Lebensqualitätsbewertung (SHI, GAS, GSA) mit einbezogen worden.

Die DBT-Therapie wurde, modifiziert für drogenabhängige Patienten, wöchentlich jeweils 40 bis 90 Minuten durchgeführt. Hinzu kamen ein wöchentliches Skilltraining und eine Teilnahme an einer 12-Schritte-Therapie, wie sie zum Beispiel bei den Anonymen Alkoholikern praktiziert wird. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhielten einerseits eine global gültige Therapie mit wöchentlich 40 bis 90 Minuten, andererseits wurde ihnen ebenfalls die Teilnahme an einem 12-Schritte-Programm (Anonyme Alkoholiker) empfohlen. Auch eine eventuell notwendige medikamentöse Opiatersatztherapie wurde den Teilnehmern beider Gruppen angeboten.

Die Resultate ergaben keinen Unterschied beider Gruppen in der Anzahl der Gefängnisaufenthalte, ebenso zeigte sich keine Differenz in einer vorzeitigen Therapieabbruchrate. Die Ergebnisse der Urinanalysen zeigten, dass beide Therapiemethoden wirksam hinsichtlich der Reduktion des Drogenkonsums sind. Vier Monate nach Ende der Behandlung hatten 27 % der DBT-Gruppenteilnehmer und 33 % der CVT-Gruppenteilnehmer einen positiven Urinbefund. (Linehan et al., 2002)

Generell ist das Konzept der DBT im Gegensatz zu dem von konventionellen Psychotherapien strukturierter und beständiger. Dieser Umstand limitiert das Ergebnis der Studie von 1991, ebenso wie das der übrigen DBT- vs. TAU-Studien. Aus diesem Grund ist es sehr wohl möglich, dass die durchwegs positiven Behandlungseffekte der DBT vielmehr auf ihre strukturierte Beschaffenheit und Beständigkeit als auf die spezifische Form der Intervention zurückzuführen sind. (Paris, 2008, p. 518) Dieses Faktum aufgreifend leiteten abermals Linehan (Linehan et al., 2006) und ihre Kollegen eine Studie, in welcher die Therapeuten der Vergleichsgruppe vom Forschungsteam und nicht von den Patienten selbst bezahlt wurden und dabei als äußerst spezialisiert in der Behandlung von suizidalen Patienten galten.

101 weibliche Patienten, mit Schwerpunktsetzung auf ihre suizidale und selbstverletzende Vergangenheit und der Diagnose einer BPD gemäß DMS-IV, wurden durch ein zufälliges Auswahlverfahren, entweder von Experten auf dem Gebiet der DBT oder psychotherapeutischen Experten für Suizidalität und BPS allgemein, ambulant behandelt. Die Einschlusskriterien sahen eine parasuizidale Handlung innerhalb der vergangenen acht Wochen als auch

eine weitere in den letzten fünf Jahren vor. Die Therapeuten der Vergleichsgruppe wurden anhand von sorgfältig ausgewählten Anforderungen bezüglich Erfahrungen, Fachkompetenzen und Verfügbarkeiten bestimmt. Testmethoden wurden basierend auf Verfahren von vergangenen DBT-Studien gewählt.

Obgleich die 2006 veröffentlichten Resultate während des Behandlungsjahrs eine Abnahme von stationären Interventionen, der Halbierung der Anzahl von Suizidversuchen im Vergleich zu der TAU-Gruppe und die Reduktion der Fälle von Überdosen demonstrierten, belegten sie keinen Unterschied der beiden Gruppen hinsichtlich selbstverletzender Handlungen. Jedoch war die Anzahl der Therapieabbrüche der DBT-Teilnehmer mit 19,2 % deutlich geringer als die der Vergleichsgruppe mit 42,9 %. Die Autoren verweisen auf die Wiederholung der guten Ergebnisse aus früheren Studien und verdeutlichen, dass die Wirksamkeit der DBT nicht in Zusammenhang mit allgemeinen Faktoren, wie zuvor erwähnt, steht. (Linehan et al., 2006)

Im Prinzip ist die Reduktion der Hospitalisierungstage einer der wichtigsten Punkte im Konzept der DBT. So werden doch ungefähr 80 % der BPS-Patienten in Deutschland durchschnittlich 65 Tage im Jahr stationär behandelt. (Jerschke, Meixner, Richter und Bohus 1998). Diese Daten untermauern die Dringlichkeit einer strukturierten und auf die Bedürfnisse der stationären Patienten angepassten Behandlungsentwicklung. (Bohus et al, 2004)

1995 konstruierte M. Bohus an der Universität Freiburg in Deutschland ein stationäres, zwölfwöchiges DBT-Therapiekonzept (Bohus und Bathruff, 2000), welches sich auf die Reduktion von suizidalen, selbstverletzenden, behandlungsstörenden und die stationäre Therapie verlängernden Verhalten konzentriert. Hinzukommend zu der in der DBT üblichen Methodik ist eine manualisierte Körperwahrnehmungstherapie. Ursprünglich wurde die Idee einer stationären DBT von Svenson et al., 2002, in den USA verwirklicht und von Bohus für deutsche Verhältnisse adaptiert.

Inzwischen wurden mehrere Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit der stationären DBT durchgeführt. Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Boehme und Linehan, 2000, untersuchten im Sinne einer Vorher-Nachher-Analyse 24 weibliche Patienten vor und nach einer zwölfwöchigen Behandlung mit einer stationären DBT. Dabei zeigte sich eine eindeutige Reduktion von Angst, Depressionen, Dissoziationen, allgemeiner Anspannung und selbstverletzender Akte.

Trotz dieser vielversprechenden Resultate ist die Aussagekraft dieser Studie infolge des Fehlens einer Vergleichsgruppe, der begrenzten Teilnehmeranzahl und der Heterogenität der Patienten und dem Ausschluss von suchtmittelabhängigen Patienten begrenzt. Die Hälfte der Teilnehmer hatte dank geografischer Umstände die Möglichkeit, eine DBT ambulant fortzuführen, während die anderen einer herkömmlichen Psychotherapie zugewiesen wurden. Post-hoc-Analysen der Daten offenbarten abermals signifikante Unterschiede des Behandlungseffekts beider Gruppen. (Bohus et al., 2000)

In einer nachfolgenden Studie von Bohus (Bohus et al., 2004) wurden Daten der Patienten ausgewertet, welche nach der Entlassung aus einer stationären DBT nicht die Möglichkeit hatten, an einem ambulanten DBT-Programm teilzunehmen und deren Behandlungsergebnisse mit denen von Patienten einer naturalistischen Warteliste (WL) verglichen wurde. Zusätzlich wurden Faktoren für eine eventuelle Therapieantwort untersucht. Alle 50 Teilnehmer waren weiblich und trafen die Kriterien des DSM-IV für BPS, welche durch das strukturierte klinische Interview für DMS-IV-Persönlichkeitsstörungen (SCID-II) und das diagnostische Interview für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (DIB-R) herausgefiltert wurden.

Als weitere Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie galten zumindest ein Selbstmordversuch und zwei selbstverletzende Handlungen innerhalb der letzten zwei Jahre. Ausschlusskriterien waren eine Diagnose von Schizophrenie, Bipolare Störungen, geistige Retardierung und Suchtmittelabhängigkeit. Schlussendlich befanden sich 31 Patienten in der DBT-Gruppe und 19 in der WL-Gruppe. Dabei wurden Faktoren wie das Alter der Teilnehmer, die Anzahl vorheriger stationären Aufenthalte, die Zahl der Suizidversuche und zusätzliche komorbide Krankheitsbilder (Angststörungen, Essstörungen und Depressionen) parallelisiert behandelt. Jedoch erfüllten die Teilnehmer der DBT-Gruppe weniger BPS-Kriterien als die der Vergleichsgruppe.

Die Dialektisch-behaviorale Therapie wurde anhand des DBT-Manuals von Linehan, 1993a und b, durchgeführt. Die Patienten auf der Warteliste erhielten eine herkömmliche ambulante Psychotherapie.

Die erste Nachuntersuchung wurde vier Monate nach Therapiebeginn durchgeführt und beinhaltete unter anderem folgende Untersuchungsmethoden:

- Lifetime Parasuicide Count
- Hamilton Anxiety Scale
- Beck Depression Inventory
- Inventory of Interpersonal Problems
- Dissociations Experiences Scale
- Global Assessment of Functioning Scale

Die Teilnehmer der DBT-Gruppe verbesserten sich in zehn von elf psychopathologischen Variablen und reduzierten ihre selbstschädigenden Handlungen. In der Gruppe der WL-Teilnehmer hingegen waren keine Verbesserungen erkennbar. Analysen über klinische Veränderungen, welche sich an den Kriterien von Jacobson et al., 1999, orientieren, ergaben eine klinisch-psychopathologische Verbesserung in 42 % der DBT-Gruppenteilnehmer. Aus dem Resultat dieser Studie ergibt sich daher bei ca. 50 % der DBT-Patienten ein positiverer Behandlungseffekt nach drei Monaten stationärer DBT Behandlung im Vergleich zu den Patienten, welche eine unspezifische, ambulante Therapie erhielten. Der Studie werden durch das Fehlen einer randomisierten Aufteilung der Patientengruppen sowie dem fehlenden Vergleich von stationären und ambulanten DBT Formen Grenzen gesetzt. (Bohus et al., 2004)

Kleindienst et al., 2008, überprüften in einer weiteren Studie den Langzeiteffekt der zuvor beschriebenen Studie, indem sie die 31 Patienten des DBT-Programms 21 Monate nach ihrer Entlassung zu einer Nachkontrolle baten. Jene Patienten, welche ursprünglich der DBT zugeteilt wurden, erhielten nach ihrer stationären Behandlung eine konventionelle Psychotherapie, jedoch keine weitere DBT-Behandlung. Die Ergebnisse unterstrichen die Wirksamkeit der DBT-Therapie. So reduzierte sich die Rate der Patienten mit selbstverletzenden Handlungen von anfänglichen 74 % auf letztendlich 23 %. Auch zeigten abermals um die 50 % der Patienten eine klinische Erholung.

Diese Studie ist vergleichbar mit den Studien von Kröger et al., 2006; Linehan et al., 2006, und Fassbinder et al., 2007. Obwohl sich die Studie von Linehan sowohl im Design - sie arbeitete mit ambulanten Patienten - als auch durch den Schwerpunkt der Kleindienst-Studie unterschied, ist das Resultat doch größtenteils konvergent. Linehan fand einen lang anhalten-

den positiven Effekt der ambulanten DBT, bezugnehmend auf das suizidale Verhalten, die soziale Anpassung und die Leistung am Arbeitsplatz der Patienten.

Seitens der Autoren ist der lang anhaltende positive Effekt der Behandlung von klinischer Perspektive aus gesehen bemerkenswert. Sie halten die hohe interindividuelle Konkordanz dafür verantwortlich, dass einerseits bei manchen Patienten bereits nach drei Monaten Therapie ein Behandlungserfolg einsetzt und auch fortbesteht, hingegen bei anderen Patienten unter den gleichen Bedingungen überhaupt keine Veränderung, weder eine Verbesserung während der stationären Phase noch innerhalb der folgenden zwei Jahre durch eine konventionelle Psychotherapie, einsetzt.

Da hier das Fehlen einer Kontrollgruppe vorliegt, kann nicht allein davon ausgegangen werden, dass der Verbesserung eine stationäre DBT-Behandlung per se zugrunde liegt, sondern alternativ auch eine spontane Remission über die Jahre hinweg für das Ergebnis ausschlaggebend sein kann. (Kleindienst et al., 2008)

Trotz der Präsenz dieser optimistischen Forschungsergebnisse ist die Notwendigkeit der Überprüfung einer allgemeinen Umlegung im klinischen Setting gegeben. Schließlich weisen Studienteilnehmer eine vergleichsweise bessere Compliance auf, als dies im Normalfall anzutreffen ist. Da nicht jeder Patient auf eine DBT anspricht, gilt es herauszufinden, wodurch diese Behandlung auf alle Patientenfälle angewendet werden kann.

Weiters sind bis dato keine Daten hinsichtlich der Wirksamkeit über eine lange Zeitspanne, vorliegend. Linehan sah für ein komplettes Therapieprogramm mehrere Jahre vor, hatte aber in ihren Studien nur das erste Stadium getestet, deren Schwerpunkt in der Reduktion von parasuizidalem Verhalten liegt. Daher ist laut Paris aus den Ergebnissen nicht erkennbar, ob die behandelten Teilnehmer ihre positiven Resultate beibehalten können und sich weiterhin verbessern oder rückfällig werden. Auch sieht Paris das größte Problem der DBT in der Intensivität der von ihr beanspruchten Ressourcen und Kosten. Aus diesem Grund ist das Therapieangebot eher sporadisch vorzufinden, und Patienten müssen lange Wartelisten in Kauf nehmen. Daher ist es empfehlenswert, abzuwarten, ob das Konzept der DBT modernisiert und ausgebaut werden kann, um eine größere klinische Auswirkung zu erzielen. (Paris, 2008)

In einer im Jahr 2007 veröffentlichten Studie wurde die Option einer über einen kurzen Zeitraum verlaufenden DBT-B für Borderline-Patienten mit vorrangig suizidalem und

selbstverletzendem Verhalten offenbart. Stanley et al. führten an 21 Patienten eine DBT-Studie über einen Zeitraum von sechs Monaten durch, dabei wurde mit den gleichen Richtlinien der generellen DBT gearbeitet, lediglich mit Ausnahme einer verkürzten Behandlungszeit. Die Therapieabbruchquote lag bei 5 %, die Patienten konnten dabei ihr selbstverletzendes Verhalten und ihre Suizidgedanken reduzieren. (Stanley et al., 2007)

Die DBT wurde bis zum Jahr 2007 hauptsächlich mit einer herkömmlichen und unspezifischen Psychotherapiemethode, dem „treatment as usual“, in Studien verglichen. Folgende Studie, welche ebenso im Kapitel der Übertragungsfokussierten Therapie erwähnt wird, dient der Evaluation von drei ambulanten Therapien zur Behandlung von BPS. Die Studienteilnehmer wurden durch ein randomisiertes Verfahren entweder einer Dialektisch-behavioralen Therapie, einer übertragungsfokussierten Psychotherapie oder einer dynamisch unterstützenden Behandlung zugeordnet. Blind Rater befragten die Teilnehmer vor Behandlungsbeginn und danach in einem Abstand von vier Monaten über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg hinsichtlich Aggressionen, Impulsivität, Depression, Angst und suizidalem Verhalten.

Die Ergebnisse der individuellen Wachstumskurve wiesen darauf hin, dass nach einem Behandlungsjahr die Patienten aller drei Gruppen eine signifikant positive Veränderung gegenüber depressivem Verhalten, Ängstlichkeit und sozialer Anpassung zeigten. TFP und DBT führten zu einer Verbesserung im suizidalen Verhalten. Die Teilnahme an der TFP und an der dynamisch unterstützenden Behandlung verhalf den Patienten zu einem besseren Umgang mit Ärger und Impulsivität. Nur die Teilnehmer an der TFP veränderten ihr Verhalten hinsichtlich verbaler und direkter Angriffe zum Positiven. Zusammenfassend zeigt die TFP eine Überlegenheit gegenüber den anderen Therapieformen. (Clarkin et al., 2007)

3.3 Kosteneffizienz

Auch die Frage der Kosteneffizienz der DBT wurde von Brazier et al., 2006, versucht zu beantworten.

Die Untersuchung gliederte sich in zwei Teile: zum einen in eine Literaturrecherche und zum anderen in eigene ökonomische Evaluationen des Forschungsteams. Zur Auswertung der Kosteneffizienz wurde unter anderem die Einsparung von anfälligen Kosten nach einem parasuizidalen Ereignis durch eine der sechs zu jener Zeit vorliegenden randomisiert kontrollierten Studien verwendet. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der

begrenzten Methodenanwendung und den unterschiedlichen Ergebnissen der einzelnen Studien keine klare positive Aussage zum Vorteil der DBT hinsichtlich einer Kosteneffektivität getroffen werden kann, wenn auch manche Einzelergebnisse das Potenzial der DBT zur Senkung der Kosten erkennen lassen. (Brazier et al., 2006)

Die meisten Studienresultate von DBT-Untersuchungen bieten zwar Hinweise auf die Zweckdienlichkeit für ein großes Ausmaß an Ergebnissen an, wie zum Beispiel hinsichtlich Spitalaufenthalt und sozialer Anpassung. Die geringe Anzahl der Studien und die Tatsache, dass die Studien größtenteils von nicht unabhängigen Arbeitsgruppen ausgeführt wurden, lässt allerdings nur ein beschränktes Vertrauen in die Resultate zu.

4 Schematherapie/Schemafokussierte Therapie (SFT)

4.1 Konzept der SFT

Die Schematherapie ist eine innovative und integrative Behandlung, welche von Jeffrey Young und Kollegen entwickelt wurde und sich an die Kognitiv-behavioralen Therapien und deren Konzepte anlehnt. Diese Therapieform beinhaltet ebenso Elemente aus der Gestalttherapie sowie von psychoanalytischen Schulen. Laut den Autoren bietet die SFT eine Möglichkeit zur Behandlung von extrem fest verwurzelten und chronischen Persönlichkeitsstörungen, die den Ruf einer schweren Behandelbarkeit mit sich tragen. (Young, 2003) Die Konzepte, welche in der SFT Anwendung finden, wurden nicht speziell zur Behandlung einer bestimmten Persönlichkeitsstörung entwickelt, sondern sollen vielmehr die Kernstrukturen einer pathologischen Persönlichkeit umreißen. (Young und Gluhoski, 1996)

Dieser Methode liegt ein Ansatz zugrunde, der besagt, dass die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung Schemata, welche sich aufgrund ungünstiger Kindheitserlebnisse aufgetan haben, als Ursprung hat. (Bohus et al., 2009)

Familiäre Umgebungsbedingungen, welche die Entwicklung der Erkrankung beeinflussen, beinhalten unter anderem ein unsicheres, unstabiles sowie hart bestrafendes und ablehnendes familiäres Umfeld. Genannte Kriterien sind in Familien, in denen Missbräuche und Vernachlässigung stattfinden, vorzufinden. So berichtet eine signifikante Anzahl von BPS-Patienten von Erfahrungen mit sexuellem, physischem und/oder emotionalem Missbrauch. (Lobbestael, Arntz und Sieswerda, 2005)

Der Begründer der Schematherapie sieht in der BPD eine Störung, welche ein Kontinuum einer multiplen Persönlichkeitsstörung oder dissoziativen Identitätsstörung ist. Im Wesentlichen ist die innere Welt eines BPD-Patienten durch fünf Schema-Modi oder Selbstaspekte charakterisiert, die destruktiv untereinander agieren. Diese zentralen Modi sind:

- 1 Das missbrauchte und verlassene Kind
- 2 Das aggressive und impulsive Kind
- 3 Der allein stehende Abwehrende
- 4 Die strafenden Eltern
- 5 Der gesunde Erwachsene

Ad 1: Patienten in diesem Modus erscheinen zerbrechlich, kindisch, sorgenvoll, rasend wild, erschrocken, ungeliebt und allein. Sie fühlen sich hilflos und absolut allein gelassen. In diesem Sinne sind sie auf der ständigen Suche nach einer elterlichen Figur, die sie versorgt. Dieser Modus unterstreicht einen der Schlüsselpunkte der SFT, der Therapeut soll sich den Patienten als verhaltensmäßig junges Kind vergegenwärtigen.

Ad 2: Der aggressive und impulsive Modus reflektiert einen Part in der Kindheit, in welchem dem Kind bewusst ist, dass seine Bedürfnisse nicht erfüllt wurden oder es unfairen Behandlungen ausgesetzt war. Da das Kind ja in gewisser Hinsicht zu Recht verärgert ist, entspricht der Aggressive-Kind-Modus einem Paradoxon. Der Zorn, der im Patienten aufkommt, führt sehr häufig zu Schwierigkeiten innerhalb der Familie, mit Freunden oder Therapeuten. Daher wird dies als einer der schwierigsten Aspekte zur Behandlung von BPS angesehen. Zu alledem kommt hinzu, dass es für den Patienten in Rage noch schwieriger ist, seine Bedürfnisse gestillt zu bekommen.

Des Weiteren wird die Lage durch den Umstand erschwert, dass vielen Patienten in der Kindheit von ihren Eltern verboten wurde, ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen. Daher kommt es bei den Betroffenen häufig nach einem Anfall, von zum Beispiel Ärger, zu einer Art Selbstbestrafung in Form von Selbstverletzungen, um die damalige familiäre Situation unbewusst Revue passieren zu lassen.

Ad 3: Im Modus des allein stehenden Abwehrenden fühlen sich die Patienten taub und leer. Unter Umständen entwickeln sie ein zynisches oder distanziertes Verhalten, um jegliche sozialen Kontakte oder Aktivitäten zu vermeiden. Beispiele ihres Benehmens inkludieren Autarkie, sozialen Rückzug, Isolation, zwanghaftes Ablenken oder Abhängigkeit von Substanzen. Dieser Modus birgt die Gefahr, eine therapeutische Verbindung zu blockieren.

Ad 4: Der Bestrafende-Eltern-Modus stellt eine Identifikation des Patienten mit den ihn vernachlässigenden und abweisenden Eltern dar. BPS-Patienten, bei welchen gerade dieser Modus aktiviert ist, beschreiben sich häufig als „schlecht“ oder „böse“ und handeln parasuizidal. Der Therapeut versucht einlenkend einzugreifen, indem er diesen Modus zum Beispiel als „dein bestrafender Vater“ betitelt und somit den Patienten hilft, diesen Part von

sich selbst als Modus zu verstehen. Durch die Benennung des Verhaltens erreicht der Patient Distanz zu seinem eigenen Selbst.

Ad 5: Der Gesunde-Erwachsene-Modus ist jener Teil, der BDS-Patienten meistens fehlt. Dieser Modus übernimmt eine beschützende Funktion gegenüber den anderen Modi. Er hilft dem Kind, die emotionalen Basisbedürfnisse zu befriedigen. Bei guten Eltern hat der Gesunde-Erwachsene-Modus die Funktionen, das verwundbare Kind zu schützen, zu ernähren, zu stärken und einem aggressiven, impulsiven Kind Grenzen zu setzen. Eine der Aufgaben besteht für den Therapeuten im Rahmen einer therapeutischen Beziehung, die Rolle des gesunden Erwachsenen beziehungsweise Elternteils zu übernehmen. Der Patient soll den Therapeuten als gesunden Elternteil verinnerlichen und eventuell auf diesem Weg lernen, mit sich auf gleiche Weise umzugehen, wie der Therapeut ihn behandelt. Aus diesem Grunde wird für die SFT ein Zeitraum von zwei Jahren anberaumt. (Young und Kellogg, 2006)

Besagte Schemata sind für das Bewusstsein schwer erreichbar, da sie sich auf einer tiefen Ebene der Kognition befinden. Die Schemata sind stark verbunden mit negativen emotionalen Gefühlen und gelten uneingeschränkt. Sie üben auf das alltägliche Erleben, auf zwischenmenschliche Beziehungen und auf Verhaltensweisen Einfluss aus und werden als konstante Persönlichkeitszüge angesehen. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass Menschen mit einer BDS zwischen diesen fünf Schema-Modi alternieren.

Unter dem Begriff "Schema-Modus" werden diejenigen angepassten oder unangepassten Schemata verstanden, die bei einer Person in einem bestimmten Moment präsent sind. Die Intention der Schematherapie ist, dass der Betroffene den Modus des gesunden Erwachsenen entwickelt, welcher zuerst vom Therapeuten verkörpert und anschließend vom Patienten verinnerlicht wird und der durch gute soziale Kontakte, emotionale Ausgeglichenheit, intentionales Verhalten und gute Verfassung charakterisiert ist.

Das Fundament einer effektiven Schematherapie ist eine Darstellung der therapeutischen Beziehung ähnlich einer unterstützenden Elternbeziehung. Die gefühlsfokussierte Ausführung der Behandlung beinhaltet das Schreiben von Briefen, das Gespräch in Dialogen und imaginative Techniken. Vergleichend mit anderen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen gibt auch hier der Therapeut seine Telefonnummer im Falle einer Krisensituation dem Patienten bekannt. (Bohus et al., 2009)

Young (Young et al., 2003) befand es für notwendig, die Behandlungsdauer im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie zu verlängern und mehr Zeit in die Aufarbeitung von Kindheitserlebnissen des Patienten zu investieren. Er bezog unter den oben erwähnten Therapieelementen auch die Arbeit mit Metaphern, sogenannte „empty chair“-Dialoge und in einem kleineren Ausmaß auch Bewusstseinsübungen ein. Frühe maladaptive Schema-Modi werden anhand des Young-Schemafragebogens (Young und Brown, 2001) und des Young-Erziehungsfragebogens (Young, 1994) durch Observation des Verhaltens des Patienten in der therapeutischen Situation, durch imaginäre Arbeit und letztendlich angesichts der Darstellungen von Patienten bezüglich ihrer Erfahrungen und Schwierigkeiten identifiziert und beurteilt. Zur besseren Bewältigung der therapeutischen Arbeit wird den Therapeuten die Teilnahme an einer Supervision empfohlen. (Young und Kellogg, 2006)

Der therapeutische Behandlungsplan bezieht neben dem Herauskrystallisieren der vergangenen unangepassten Schemata auch deren Modifikation mit ein. Unterschiedliche Veränderungsstrategien werden dazu herangezogen:

1. Begrenztes Reparenting
2. Emotions-fokussierte Arbeit durch Dialoge und spezielle Metaphorik
3. Kognitive Restrukturierung und Erziehung
4. Loslösen von fehlangepassten Verhaltensweisen

Die Strategie des Reparentings geht von der Annahme aus, dass den Patienten aufgrund mangelnder elterlicher Fürsorge ihre emotionalen Bedürfnisse nicht erfüllt werden konnten. Daher besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, diese Defizite innerhalb der therapeutischen Grenzen zu kompensieren. Speziell zu Beginn der Behandlung liegt der Schwerpunkt vielmehr in der Herstellung von Empathie für Gefühle als im Lösen von Problemen.

Patienten, welche aufgrund von Trennung und Verlassenwerden in Schwierigkeiten gekommen sind, erhalten vom Therapeuten während der Therapiepausen oder zwischen den therapeutischen Sitzungen überprüfende Anrufe, ebenso sogenannte Flashcards oder andere vorübergehende Hilfeleistungen.

Die zentralen drei Punkte der emotionsfokussierten Arbeit in der SFT liegen in der Metaphorik, in Dialogen und im Schreiben von Briefen. Die Patienten werden gebeten, ihre Augen zu schließen, und sich Bilder und Erinnerungen von schwierigen Situationen mit Eltern, oder anderen Verwandten zu vergegenwärtigen. Diese Übung verhilft dem Therapeuten eine Vor-

stellung über die frühen Erfahrungen des Patienten zu bekommen und er erlangt eine Erkenntnis darüber, auf welche Art er diese eventuell gegenwärtige Situation beeinflussen kann.

Da der Therapeut im Gesunden-Erwachsenen-Modus agiert, dringt er in Szenen aus der Kindheit ein und beschützt und unterstützt auf diese Weise das vernachlässigte oder missbrauchte Kind.

Mit traumatischen Erfahrungen kann auf ähnliche Weise, aber verlangsamt und erst nach der ausdrücklichen Erlaubnis des Patienten, umgegangen werden. Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist die Arbeit mit Dialogen. Therapeut und Patient führen regelmäßig Dialoge zur Bekräftigung des vernachlässigten Kindes durch Abwehrverhalten gegenüber den bestrafenden Eltern. Diese Dialoge werden entweder imaginär oder anhand einer Gestalttherapie abgehalten. Ebenso soll der Patient lernen, die kritischen Meinungen und bestrafenden Stimmen distanziert und außerhalb seiner selbst wahrzunehmen.

Das dritte Verfahren dieser empirischen Technik ist das Schreiben von Briefen, in welchen der Patient seine Gefühle und Bedürfnisse zum Ausdruck bringt. Der Patient richtet sich mit dem Inhalt seiner Briefe an Personen, die ihm Leid zufügten. Jene Briefe werden aber nicht mit der Intention geschrieben, abgeschickt zu werden, auch wird der Patient mit den Konsequenzen des Sendens konfrontiert. (Young und Kellogg, 2006)

Die primären Punkte der kognitiven Therapie beinhalten die kognitive Restrukturierung und Edukation. Der erzieherische Aspekt beschäftigt sich mit der Aufklärung des Patienten, über normale Bedürfnisse und angepasste Emotionen. Kognitive Restrukturierung dient der Entwicklung einer moderaten, realitätsbezogenen Wahrnehmung des Verhaltens von Mitmenschen. Patienten machen sich häufig selbst für ihre negativen Kindheitserfahrungen verantwortlich, Beispiel: Wären sie bravere Kinder gewesen, hätten ihre Eltern sie geliebt.

Die kognitive Restrukturierung weist daraufhin, dass die Eltern eventuell schwierige Situationen durchlebten und mit Problemen zu kämpfen hatten und aus diesem Grund in bestimmter Weise handelten.

Die Phase des Loslösens von fehlangepassten Verhaltensweisen ist typischerweise die letzte und oft die längste Phase der Behandlung. Der Patient soll nun sein bereits erworbenes Wissen umsetzen. Gemeinsam mit dem Therapeuten kann geklärt werden, welches Verhaltensmuster die größte Belastung in ihrer Beziehung und in der Beziehung zu den Mitmenschen darstellt und welches Verhaltensmuster nun als Ziel zur Veränderung heran-

gezogen werden kann. Zur besseren Umsetzung des Erlernten in der Außenwelt können während der therapeutischen Sitzungen Rollenspiele durchgeführt werden.

Eine der Intentionen ist, auf dieses neue Verhalten eine positive und bejahende Antwort der Außenstehenden zu bekommen und neue interaktive Verhaltensweisen zu entwickeln.

Die Behandlung gliedert sich in drei Phasen:

1. Bindung und emotionale Regulation
2. Veränderung der Schema-Modi
3. Entwicklung von Autonomie

Ad 1: Die erste Phase der Behandlung dient der Beziehungsentwicklung zwischen Therapeut und Patient und steht im Kontrast zur bestrafenden und missbrauchenden Beziehung, welche der Patient als Kind erfahren hat. In der therapeutischen Situation findet sich der Patient in einer beschützenden Umgebung wieder, die ihn dazu bestärkt, seine Expressionen hinsichtlich Gefühlen und Bedürfnissen zu bekunden. Der Therapeut erforscht aktuelle und vergangene Situationen des Patienten. Offene Fragestellungen helfen dem Patienten, gelöst über seine Empfindungen zu sprechen. Auch Situationen, die eine selbstverletzende Handlung auslösen, werden analysiert und dem Patienten eine Anleitung zur Selbsthilfe für besagte Fälle vermittelt.

Ad 2: Hier liegt das Ziel des Therapeuten darin, die jeweils vorhandene Konstellation der Modi umzustrukturieren und dem Patienten die Fähigkeit beizubringen, mit seinen diversen Schema-Modi umzugehen.

Ad 3: Im dritten Stadium der Behandlung steht die Entfaltung von Unabhängigkeit außerhalb der Therapiesitzungen im Vordergrund. Der Patient soll die Fähigkeit erlangen, innerhalb einer Beziehung auf der einen Seite weder unterdrückt oder bevormundet zu werden und auf der anderen Seite weder zornig oder destruktiv zu handeln. Ebenso soll er seine Gefühle situationsangemessen zum Ausdruck bringen und ein Gespür für die Balance zwischen Geben und Nehmen entfalten. (Young und Kellogg, 2006)

4.2 Empirische Forschungsergebnisse

Der Ansatz von früh entwickelten, unangepassten Verhaltensweisen und Schema-Modi und ihre Beziehung zu den diversen Persönlichkeitsstörungen wurden in einigen Studien validiert Petrocelli et al., 2001; Jovev und Jackson, 2004; Rijkeboer, van der Bergh und van de Bout,

2005; Nordahl, Holthe und Haugum, 2005; Arntz, Klokman und Sieswerda, 2005; Lobbestael, Arntz und Sieserda, 2005.

Bis dato existieren eine randomisierte, kontrollierte Studie (Farrell et al., 2009), eine randomisierte Vergleichsstudie (Giesen-Bloo et al., 2006), eine Studie zur Überprüfung der Kosteneffizienz der SFT (Van Asselt et al., 2008) und eine norwegische Fallserienstudie. (Nordahl und Nysaeter, 2005)

In einer norwegischen Singlecase-Studie von Nordahl und Nysaeter wurden sechs Patienten mit der primären Diagnose einer BPS untersucht. Die ambulante Behandlung beinhaltete die Kernelemente der SFT, mit einem besonderen Augenmerk gerichtet auf eine Veränderung der Schema-Modi und dem begrenzten Reparenting.

Als Studienmethode wählten die Autoren ein A-B-Design. (Barlow und Hersen, 1984) Die Diagnose der BPS wurde sowohl von einem mit der Studie vertrauten Therapeuten als auch von einem Außenstehenden gestellt. Zusätzlich wurden folgende Studieninstrumente als Bewertungsmethoden vor Eintritt in die Studie und nach deren Beendigung gewählt: SCID-I, SCID-II, die überarbeitete Symptomcheckliste 90 (SCL-90-R: Derogatis, 1992), Beck-Depression-Fragebogen (BDI; Beck et al., 1961), Beck-Angst-Fragebogen (BAI; Beck et al., 1988), Fragebogen über interpersonelle Probleme (IIP, Horowitz et al., 1988) und Young-Schema-Fragebogen (YSQ, second ed; Young et al., 1991).

Der SCL-90-R, globaler Schwierigkeitsgrad-Index, wurde als Indikator für den Stärkegrad des vom Patienten wahrgenommenen eigenen Leidens gewählt (Derogatis, 1973). Anhand der DSM-IV, Global Assessment of Functioning Scale (GAF, Achse V; Huber, 2006) wurde das Funktionsniveau des Patienten erfasst.

Die Studienteilnehmer wurden in einer dreimaligen Vorkontrolle auf Angst und Depressionen untersucht, zusätzlich wurden SCID-I, SCID-II und klinische Interviews durchgeführt. Weitere Untersuchungen wurden nach der 20. und 40. Sitzung, ebenso zum Behandlungsende (65 bis 120 Sitzungen) und 12 bis 16 Monate nach der Therapiebeendigung vollzogen.

Alle Patienten waren weiblich, vier der Patienten litten zusätzlich unter einer rezidivierenden Depression, zwei der Patienten waren dysthym, zwei der Patienten hatten eine Essstörung (Bulimia Nervosa) und bei drei Patienten der Studie wurde eine Angststörung diagnostiziert. Außerdem war eine Patientin alkoholabhängig und zwei der Patienten hatten unspezifische somatoforme Beschwerden.

Die Teilnehmer wurden ebenso mit anderen komorbiden Achse-II-Störungen konfrontiert. Zwei Teilnehmer litten unter einer vermeidenden, ein Teilnehmer unter einer abhängigen und ein weiterer unter einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Das Patientenalter bewegte sich zwischen 19 und 42 Jahren. Drei Patienten waren verheiratet, eine lebte in einer Lebensgemeinschaft und zwei waren alleinstehend. Drei Teilnehmer arbeiteten als Teilzeitkraft, ein Teilnehmer war arbeitslos und zwei waren Studenten. Alle Probanden waren zuvor im Durchschnitt drei Jahre in medikamentöser oder psychologischer Behandlung. Während der Studienphase wurde die Medikamenteneinnahme seitens der Betreuer untersagt.

Der Behandlungszeitraum lag bei mindestens 18 und höchstens 36 Monaten. Daher gab es keine vorgegebene Anzahl an Therapiesitzungen. Die Patienten wurden einmal wöchentlich, im Durchschnitt 22 Monate zu je 60 Minuten behandelt und erhielten anschließend an jede Einheit einen Fragebogen. Ein Therapeut mit ausreichend Erfahrung in der SFT war für alle Teilnehmer verantwortlich. Die Ziele der Therapie beinhalteten die Arbeit mit Schema-Modi, die Herstellung einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch Reparenting und Krisenmanagement.

Die Ergebnisse zeigten, dass fünf von sechs Patienten klinische Verbesserungen erlangen konnten und diese Verbesserungen nicht auf spontane Genesung zurückzuführen sind. Basierend auf den Auswertungsergebnissen der Selbstfragebögen verbesserten sich fünf Patienten hinsichtlich der generellen Symptomatik und des interpersonellen Leidens. Ein Patient zeigte lediglich eine geringe Veränderung in der Vorher-Nachher-Evaluation und erlitt einen Rückfall während der Nachkontrolluntersuchungen. Drei der sechs Patienten erfüllten nicht länger die DSM-IV-Kriterien für BPD. Der Score der Global Assessment Functioning Scala stieg von den ursprünglich durchschnittlichen 52 Punkten auf 68 Punkte an. (Nordahl und Nysaeter, 2005)

Josephine Giesen-Bloo und Mitarbeiter verglichen in einer dreijährigen, ambulanten Studie die Effektivität der Schemafokussierten Therapie (SFT) mit der Übertragungsfokussierten (TFP) Therapie. Dazu wählten sie ein multizentrisches, randomisiertes Zwei-Gruppen-Studiendesign. Die Aufnahmetestung der Studienteilnehmer erfolgte anhand der klinischen Diagnosestellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie einem strukturierten klinischen Interview aus dem Werk "Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen" (DSM IV), dem Borderline-Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV) mit

einem Cut-off-Score von mehr als 20 und Selbstbewertungsfragebögen nach Draijer, Boon und Kooij.

Von 88 Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren wurden per Zufallsbestimmung 45 der SFT und 43 der TFP in vier psychiatrischen Behandlungszentren zugewiesen. Beide Behandlungsformen wurden zweimal pro Woche in jeweils 50-minütigen Sitzungen abgehalten.

Ausschlusskriterien waren für Patienten psychotische, bipolare und dissoziative Identitätsstörungen sowie antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, geistige Behinderungen und Abhängigkeitserkrankungen von solch einer Schwere, dass ein Entzug von Nöten war. Patienten mit komorbiden Achse-I- und -II-Störungen sowie solche mit Medikamenteneinnahmen wurden in die Studie einbezogen.

Bezugnehmend auf die Charakteristika der Studienteilnehmer lassen sich zusammenfassend folgende Auffälligkeiten, ähnlich der noch erwähnten Studie von Clarkin et al., 2007, anführen. Abermals waren 90 % der Studienteilnehmer weiblichen Geschlechts. 57 % der TFP-Kandidaten und 38 % der SFT-Teilnehmer verübten oder planten einen Suizidversuch und 76 % der TFP- und 47 % der SFT-Patienten zeigten ein selbstschädigendes Verhalten. 71 % der TFP- und 77 % der SFT-Teilnehmer konsumierten Psychopharmaka. Anders als in der Kernbergstudie wird hier auch der Prozentsatz der in der Kindheit missbrauchten Teilnehmer mit 61 % in der TFP- und mit 70 % in der SFT-Gruppe angegeben. (Die Autoren weisen darauf hin, dass aus den unterschiedlichen Prozentangaben kein Unterschied im Behandlungsergebnis zwischen TFP und SFT resultiert.)

Zur Integritätsüberprüfung wurden zufällig ausgesuchte Audiotapes, die während der Sitzungen eines jeden Patienten aufgenommen wurden, von unabhängigen Bewertenden überprüft. Das Resultat ergab eine korrekte Zuteilung der Behandlung in 85 Kassetten, ein SFT-Tape wurde der TFP unkorrekt zugewiesen. Auch die Einhaltung der Zeit für die jeweilige Behandlungstechnik während der Sitzungen wurde gemessen. In einer TFP-Sitzung wurden im Durchschnitt 7,5 % der Zeit für eine nicht der TFP angehörige Technik verwendet. In SFT-Sitzungen wurden 0 % angegeben.

Die Hauptergebnisse dieser Studie wurden mit verschiedenen Messinstrumenten bestimmt. Darunter befand sich - wie bereits erwähnt - der BPDSI IV sowie die durch Selbstbewertungsfragebögen (EuroQuol Thermometer und World Health Organization quality of life assessment) bemessene Lebensqualität der Patienten im Zusammenhang mit physischer und

psychischer Gesundheit, zwischenmenschlichen Beziehungen, Umweltfaktoren und der persönlichen Weltanschauung.

Diese Bewertungen wurden sowohl vor Beginn der Behandlung als auch alle drei Monate während der dreijährigen Studie durchgeführt. Andere, zweitrangige Testmethoden beurteilten alle sechs Monate generelle psychopathologische Veränderungen und ebenso die SFT/TPF-Persönlichkeitskonzepte (Psycho- and personality factors score).

Insgesamt konnten sechs Patienten (13,6 %) die SFT und zwei Patienten (4,8 %) die TFP nach drei Jahren erfolgreich beenden. 27 SFT-Patienten (61,4 %) und 19 TFP-Patienten (45,2 %) blieben auch nach der Studienphase in Behandlung. Aus diesen Daten lässt sich eine höhere Ausfallquote der TFP-Patienten im Vergleich zu denen mit SFT erkennen. Kein Patient verübte Suizid.

Die Studienergebnisse zusammenfassend ist folgendes Ergebnis zu beschreiben: Es zeigen sich sowohl durch die TFP als auch durch die SFT eine signifikante Besserung des BPDSI Score, ebenso eine Verbesserung in der Lebensqualität und eine Reduktion der Psycho- und Persönlichkeitspathologie. Auch weisen beide Studiengruppen eine positive Veränderung bei allen DSM-IV-BPD-Kriterien auf. Diese Resultate ließen sich bereits nach einem Behandlungsjahr ableiten. Die Einnahme von Psychopharmaka zeigte generell ein schlechteres Resultat. Es ist jedoch unklar, ob dies an der Tatsache liegt, dass schwierigere Patienten häufiger zusätzlich Medikamente einnehmen oder ob Medikamente einer Psychotherapie entgegenwirken oder ob andere Faktoren dafür verantwortlich sind.

Eine Überlegenheit der SFT gegenüber der TFP offenbart sich in einer Überlebenszeitanalyse nach dreijähriger Behandlung, welche als Resultat eine signifikante, klinische Verbesserung hinsichtlich der BPDSI-IV-Kriterien in zwischenmenschlichen Beziehungen, bei Verlustängsten, Identitätsstörungen, Impulsivität und (para-)suizidalem Verhalten und der Genesung der Patienten zeigt. Auch erreichten die SFT-Patienten eine vermehrte Zunahme an Lebensqualität im Vergleich zu TFP-Patienten sowie eine positivere Veränderung der generellen psychopathologischen Dysfunktionen. Die Autoren vermuten, dass das Überwiegen der positiven Ergebnisse der SFT im transparenten Behandlungsmodell mit zahlreichen Techniken liegt. Diese ermöglichen dem Patienten mehr Struktur und Kontrolle. Auch erwägen sie als Grund der guten Resultate die vom Therapeuten übernommene „Elternrolle“ und die Möglichkeit des Patienten, den Therapeuten fast jederzeit kontaktieren zu können. (Kooij, 1997)

In einer darauffolgenden Studie derselben Autoren wurden die Kosten der SFT mit denen der TFP verglichen. Zur Bemessung wurden unter anderem die Kosten pro Patient genommen, bei welchem sich der Gesundheitszustand anhand des BPDS-Indexes gebessert hat. Die durchschnittlichen Vierjahreskosten betragen 37 826 Euro für SFT und 46 795 Euro für TFP. Der Prozentsatz an genesenen Patienten betrug für die SFT 52 % und 29 % in der TFP-Gruppe. Schlussfolgernd bewerten die Autoren die SFT sowohl als kostengünstigere als auch effektivere Therapie für BPD. (van Asselt et al., 2008)

Eine randomisierte, kontrollierte Studie von **Farrell, 2009**, testete die Hypothese, dass eine aktive Teilnahme in einer 30 Einheiten zu je 90 Minuten umfassenden SFT-Gruppentherapie in einem Zeitraum von acht Monaten im Vergleich zu einer wöchentlich stattfindenden, individuellen Psychotherapie eine signifikante Reduktion der BPS-Symptomatik und ebenso eine Verbesserung der Global Assessment of Functioning Scale ergibt.

32 weibliche Patienten im Alter von 22 bis 52 Jahren mit der Diagnose einer BPS wurden von ihren Psychotherapeuten dieser Studie zugewiesen. Der Studienteilnahme wurden folgende Kriterien vorausgesetzt: Die Patientinnen hatten sich einer mindestens sechs Monaten andauernden Psychotherapie zu unterziehen, sie sollten nicht die Achse-1-Diagnose einer psychotischen Störung erfüllen und durften nicht geistig retardiert sein. All diese Teilnehmerinnen versuchten in der Vergangenheit, einen Suizid zu vollziehen und verletzten sich selbst. Die pharmakologische Therapie wurde auf antipsychotische Medikamente der 1. Generation, SSRIs, trizyklische Antidepressiva oder Benzodiazepine reduziert.

Als Testmethodik wurden der Borderline Syndrome Index, die Symptom Check List 90, die Global Assessment of Functioning Scale und das diagnostische Interview für Borderline-Persönlichkeitsstörungen verwendet.

Die Behandlung bestand aus einer Kombination aus wöchentlichen Gruppentherapien und herkömmlicher psychotherapeutischer Arbeit mit emotionalem Bewusstseinstaining, BPD-Psychoedukation und Schemaveränderung mit der Prämisse, eine positive therapeutische Allianz herzustellen, das emotionale Bewusstsein der Patienten zu schärfen, einen individuellen Plan zum Management von Distress zu erstellen und dem Patienten zu helfen, sich von seinen maladaptiven Schema-Modi zu distanzieren.

Die Ausfallquote der SFT-Studiengruppe betrug 0 %, die Ausfallquote der Vergleichsgruppe hingegen wird mit 25 % angegeben. Die Ergebnisse einer nach sechs Monaten durchgeführten Nachuntersuchung zeigten eine signifikante Reduktion der BPS-Symptomatik als auch der generellen psychiatrischen Symptome der SFT-Patienten. Ebenso zeigten diese eine Verbesserung der GASF-Skala. Zum Behandlungsende erfüllten 94 % der SFT-Teilnehmer im Gegensatz zu nur 16 % der Vergleichsgruppe nicht mehr die Kriterien einer BPS. (Farell, Shaw und Webber, 2009)

5 Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

5.1 Konzept der MBT

Die Mentalisierungsbasierte Therapie ist eine psychodynamisch orientierte, manualisierte Psychotherapie für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. **Bateman und Fonagy**, 1999 und 2001, konzipierten diese Therapieform anfangs zu Forschungszwecken und beurteilten sie anschließend in einem teilstationären Setting. Das Angebot dieser tagesklinischen Behandlung umfasste eine wöchentliche Einzeltherapie, kombiniert mit dreiwöchentlichen Gruppentherapiesitzungen. Darüber hinaus wurden ergänzende Therapien über einen Zeitraum von 18 Monaten hinweg angeboten. Alternativ wurde eine ambulante Version der Mentalisierungsbasierten Therapie mit einer einmal wöchentlich stattfindenden Einzeltherapiesitzung und zusätzlich einer 90-minütigen Gruppentherapiesitzung angewandt. (Bateman und Fonagy 2004a, 2006)

Das Konzept der MBT findet ihren Ursprung in der Psychoanalyse und in der Bindungstheorie. Die MBT geht von der Annahme aus, dass eine Borderline-Pathologie auf einer verminderten Fähigkeit des Patienten zur Mentalisierung basiert, welche in affektiven Zuständen, im Besonderen während intensiver Beziehungssituationen, entsteht. Psychologische Kindheitstraumen werden mit dem Mentalisierungsdefizit in Zusammenhang gebracht.

Unter dem Begriff der Mentalisierung verstehen wir die Fähigkeit einer Person, das eigene Erleben wahrzunehmen und mit seinen Ursachen und Folgen in Zusammenhang zu bringen. Ebenso bezieht sich Mentalisierung auf die inneren Prozesse von anderen, welche erkannt und verstanden werden sollen. Mentalisierung bezieht sich dabei auf die Idee der Beeinflussung mentaler Zustände auf das menschliche Verhalten. Daher wird eine ordentliche Eruiierung der Situation, unter denen eine Handlung passiert, vorausgesetzt.

Entscheidend ist die Erlangung der Erkenntnis seitens des Patienten, dass manche Situationen zumindest von zwei Gesichtspunkten betrachtet werden sollten. Ein weiterer Teilaspekt dieses komplexen Prozesses ist eine gründliche Analyse vergangener Verhaltensmuster und Erwartungen. Obwohl Mentalisierung ein kognitiver Prozess ist, findet diese überwiegend vorbewusst statt.

Die Behandlung gliedert sich in drei Phasen, wobei die erste Phase aus einer differenzierten Diagnostik besteht, deren Schwerpunktsetzung auf die Evaluierung der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten gerichtet ist. Anschließend wird die Diagnose gestellt, darauffolgend die eventuell bestehende Ätiologie der Erkrankung erklärt und die weitere Vorgehensweise der Behandlung besprochen. Weiters werden eine Behandlungsvereinbarung und ein Plan zum Management für etwaig auftretende Krisen verfasst.

In der zweiten Behandlungsphase versucht der Therapeut, die therapeutische Beziehung zu festigen und den Patienten zu einem stabilen Zustandsbild zu verhelfen. Der Fokus dieses Abschnittes ist darauf gerichtet, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten zu verbessern. Die Behandlungsschritte dafür sollen möglichst kurz und simpel sein und sich vielmehr auf die Affekte und das Erleben des Patienten (patient's mind) im Hier und Jetzt als auf das Verhalten konzentrieren. Der vermeintliche Zusammenhang des Erlebens wird im Detail hinterfragt, wobei dazu vorrangig bewusstseinsnahes Material nutzbar gemacht wird.

Auftretende Gefühle werden auf ihren Ursprung hin untersucht und in einen Verstehungskontext gebracht. Vor allem auch in Gruppentherapie lernt der Patient, das Verhalten und das Erleben des Gegenübers zu analysieren und in einen verstehenden und erklärenden Beziehungszusammenhang zu setzen. Die Übertragung wird dabei jedoch, anders als es das Konzept der TFP vorsieht, nicht als primäre Intervention für die Neuinszenierung von früheren Erfahrungen verwendet, sondern nur insoweit hinzugezogen, als dass sie in der therapeutischen Beziehung gegenwärtig von Nutzen ist.

Die Aufarbeitung biografisch vergangener Beziehungserlebnisse und die Deutung unbewusster Fantasien und Konflikte werden hingegen vermieden, da diese die Fähigkeit zur Mentalisation voraussetzen, welche aber bei dieser Patientenpopulation noch nicht ausgereift ist. Die letzte Phase der Behandlung beginnt nach ungefähr 12 Monaten, deren Kern die Arbeit des Patienten an zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialer Integration darstellt. Schlussendlich unterziehen sich die Patienten einer Nachkontrollbehandlung. (Fonagy und Eizerik, 2009; Bohus et al., 2009)

5.2 Empirische Forschungsergebnisse

Der Wirksamkeit einer teilstationären MBT wurde bisher in einer kontrollierten, randomisierten Studie gegen eine herkömmliche Psychotherapie (TAU) überprüft (Bateman und Fonagy 1999, 2001). Eine Verbesserung der Psychopathologie stellte sich erst nach einer Behandlungsdauer von 1,5 Jahren ein. Deutliche Auswirkungen hingegen zeigten sich nach drei Jahren kontinuierlicher Gruppentherapie. Die Abbruchquote war dabei äußerst gering. (Bohus et al., 2009)

Bateman et al., 1999, untersuchte in einem Zeitraum von maximal 18 Behandlungsmonaten (1,45 Jahre durchschnittliche Behandlungsdauer) und 18 Monaten Follow-up in einer randomisierten, kontrollierten Studie 44 Patienten. Das Hauptinteresse des Ergebnisses lag in der Anzahl der selbstverletzenden Handlungen und klinisch psychiatrischen Symptome. Die Teilnehmer waren sowohl weiblich als auch männlich und erfüllten die Kriterien einer BPS anhand SCID-II und DIB. In der anschließenden Studie konnten 38 Patienten bis zur Beendigung des Follow-up nachuntersucht werden, wobei drei Patienten der Kontrollgruppe nach einem Behandlungsmonat in die MBT-Gruppe wechselten.

Ausschlusskriterien waren die Erfüllung der DSM-III-R-Kriterien für Schizophrenie, Bipolare Störungen, mentale Retardierung, Substanzenmissbrauch und das Vorhandensein von organisch verursachten, psychischen Störungen.

Die psychoanalytisch orientierte Therapie in einem teilstationären Setting wurde fünfmal wöchentlich abgehalten: mit einer einmal wöchentlich stattfindenden individuellen psychoanalytischen Psychotherapie, einer dreimal wöchentlichen analytischen Gruppentherapie zu jeweils einer Stunde, einer einmal wöchentlichen Ausdruckstherapie mit Schwerpunktsetzung auf psychodramatische Techniken zu jeweils einer Stunde und einem wöchentlichen Gemeinschaftstreffen. Einmal im Monat wurde die medikamentöse Behandlung evaluiert (Antidepressiva und andere Psychopharmaka, falls erforderlich).

Die generelle Psychotherapie der Kontrollgruppe durch einen erfahrenen Psychiater fand durchschnittlich zweimal im Monat statt. 90 % der Teilnehmer dieser Gruppe benötigten einen stationären Krankenhausaufenthalt mit einer Verweildauer von durchschnittlich 11,6 Tagen. Die Entlassung in eine nichtpsychoanalytische psychiatrische, teilstationäre Behandlung mit dem Fokus auf Problemlösungen wurde von 72 % der Teilnehmer für durchschnittlich sechs Monate in Anspruch genommen. Alle Patienten der TAU-Gruppe nahmen

zweimal wöchentlich an einer standardisierten Nachbehandlung bei einem ambulanten Psychiater teil. Da die hohe Anzahl der Therapieeinheiten viel Zeit benötigt, ist zu erwähnen, dass 100 % der teilnehmenden Patienten arbeitslos waren.

Zur Bewertung des Therapieerfolgs wurden die Prozentzahlen der Teilnehmer herangezogen, welche die Studie vorzeitig beendeten und daher auch nicht in die Follow-up-Studie einbezogen werden konnten und die Anzahl der Teilnehmer, welche nach der Behandlung eine medikamentöse Therapie benötigten. Der mentale Status wurde anhand von BDI, SCL90-R und STAI bewertet. Die Lebensqualität und die zwischenmenschlichen Probleme wurden durch SAS-SR gemessen. Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten wurden in einem SSHI erfragt.

Patienten der psychoanalytisch orientierten Behandlungsgruppe benötigten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine geringere Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte, während drei unterschiedlicher Zeitpunkte gemessen. Wobei dieses Ergebnis erst in den letzten sechs Monaten identifiziert werden konnte. Eine Abnahme von selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuchen konnte im Laufe der Behandlung bei den MBT-Patienten erreicht werden, während hingegen die TAU-Gruppe konstant blieb. In der Kontrollgruppe nahmen mehr Patienten nach 30 bis 36 Monaten Follow-up Psychopharmaka ein, als in der MBT-Gruppe eruiert werden konnte.

Nach sechs Behandlungsmonaten konnte noch kein Unterschied der Gruppen hinsichtlich Angst gefunden werden. Dies änderte sich dann aber nach längerer Behandlung zum Vorteil der MBT-Patienten. Ebenso zeigte sich erst nach längerer Behandlungsdauer eine Reduktion von depressivem Verhalten der MBT-Teilnehmer, wobei diese Verbesserung auch auf die Verabreichung von antidepressiven Medikamenten zurückgeführt werden kann. Auch konnte durch eine Behandlung mit MBT eine Verbesserung im sozialen Bereich und in zwischenmenschlichen Beziehungen festgestellt werden. Drei Patienten verließen die MBT-Gruppe vor Beendigung der Behandlung. Dieses Ergebnis ist ungefähr mit dem von Linehan, 1999, zu vergleichen.

Die niedrige Abbruchquote kann als eine Folge des außerordentlichen Bemühens seitens der Therapeuten, die Patienten in der Therapie zu halten, gesehen werden. Versäumte ein Teilnehmer eine Sitzung, wurde er umgehend kontaktiert, ebenso wurde der Grund der Abwesenheit in der folgenden Einzeltherapiesitzung besprochen. Am Ende der Behandlungsphase waren signifikant mehr Patienten (13) der MTB-Gruppe in der Lage, ihr selbstverletzendes

Verhalten zu unterlassen. Bei der Vergleichsgruppe hingegen war dies nur bei drei Patienten der Fall. Ein ähnliches Verhalten zeigte sich auch hinsichtlich der Suizidversuche. Von den Patienten der MBT-Gruppe wurden vier Suizidversuche verübt, hingegen 28 in der Kontrollgruppe. (Bateman und Fonagy, 2001)

Um den Langzeiteffekt der positiven Ergebnisse der oben beschriebenen Studien zu überprüfen, führten **Bateman und Fonagy 2008**, acht Jahre nach Beginn der ersten Studien (Bateman et al., 1999) und fünf Jahre nach Beendigung der Mentalisierungsbasierenden Therapieeinheiten, eine Evaluation einer in einem tagesklinischen Setting stattfindenden MBT im Vergleich zu einer herkömmlichen Psychotherapie für BPD-Patienten durch.

Eine detaillierte Beschreibung der Patientencharakteristika, Methodenwahl und des Behandlungssettings findet sich in der Erläuterung der Studie von Bateman, 1999.

Nach 18 Monaten Therapie in einem teilstationären MBT-Setting wurden die Teilnehmer dieser Gruppe für weitere 18 Monate in eine ambulante, zweimal wöchentlich stattfindende mentalisierungsorientierte Gruppentherapie überwiesen, während die Teilnehmer der herkömmlichen Psychotherapie diese Form von Therapie weiterverfolgten. Die herkömmliche Psychotherapie (TAU) beinhaltet eine regelmäßige Visite bei einem Psychiater mit etwaiger medikamentöser Behandlung und teilstationärer oder stationärer Therapieaufenthalte, jedoch ohne eine spezielle psychotherapeutische Intervention.

Für die nach acht Jahren stattfindende Evaluation der vorangegangenen Studie wurden alle Teilnehmer beider Gruppen, auch jene mit vorzeitigem Studienabbruch, kontaktiert. Ein Patient der TAU-Gruppe hatte Suizid verübt. Ein Interview wurde von Psychologen durchgeführt, wobei drei Patienten nicht daran teilnahmen. Das Ausgangsergebnis dieser Langzeit-Follow-up-Studie wurde primär durch die Anzahl der Suizidversuche ermittelt.

Ebenso verfolgten die Autoren das Ziel, die Präsenz von anhaltender oder verbesserter sozialer und zwischenmenschlicher Interaktion zu beurteilen. Die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen, wie zum Beispiel der psychiatrischen Notaufnahme, die Länge der stationären Aufenthalte, der Gebrauch von Medikamenten und psychologischen Therapien fielen auch in die Beurteilungskriterien hinein. **Bateman und Fonagy** beziehen sich dabei auf die Ergebnisse der Originalstudie.

Weitere Ergebnisse wurden mittels DSM-IV-Kriterien, GAF und Mann-Whitney-Statistiken erforscht.

Allgemein verübten 46 % der Patienten zumindest einen Selbstmordversuch. Ein Patient überlebte diesen nicht. Von diesem Patientenkreis befanden sich 23 % in der MBT-Gruppe und 74 % in der TAU-Gruppe. Während den fünf Jahren nach Behandlungsende unterzogen sich beide Gruppen durchschnittlich sechs Monate einer ergänzenden Psychotherapie. MBT-Teilnehmer benötigten für einen Zeitraum von weniger als zwei Monaten eine medikamentöse Therapie; die TAU-Gruppe hingegen erhielt im Durchschnitt von drei Jahren antipsychotische Medikamente. Ebenfalls war die Anzahl der eingenommenen Medikamente in der MBT-Gruppe geringer. Auch stationäre Krankenhausaufenthalte während der Behandlungszeit und nach der Entlassung kamen bei den MBT-Patienten in geringerer Anzahl vor.

Am Ende der Follow-up-Periode erreichten 13 % der MBT-Teilnehmer, verglichen mit 87 % der Kontrollteilnehmer, die Kriterien zur Erfüllung einer BPS. Ein weiterhin bestehendes Defizit wiesen beide Gruppen in der GAF-Beurteilung auf, wobei dennoch eine Überlegenheit für 46 % der MBT-Gruppe auffiel: Sie erreichten 60 Punkte gegenüber 11 % der TAU-Gruppe. Die drastische Zahl der arbeitslosen Patienten verbesserte sich durch die MBT, wobei jedoch nicht definiert werden kann, ob dieses Ergebnis eine Folge von genereller Verbesserung ist oder vice versa.

Auffallend ist die Abweichung der Resultate der Zanarini Rating Scale für BPD und der GAF. Ein Grund dafür könnten die von manchen MBT-Patienten angegebenen Suizidgedanken sein, welche die Punkteanzahl herabsetzten oder aber auch einen zu großen Behandlungsfokus gerichtet auf die symptomatische Problematik widerspiegeln. Dennoch demonstriert diese Studie, dass BPS-Patienten durch eine MBT-Behandlung eine Verbesserung in sämtlichen Domänen erreichen und diese über einen längeren Zeitraum hinweg auch erhalten können. (Bateman und Fonagy, 2001)

Eine Generalisierung der Ergebnisse der Studie ist aufgrund der geringen Anzahl der Studienteilnehmer und der Modelltreue der Therapeuten, trotz „blinder“ Zuordnung der Untersucher, nicht zu befürworten. (Bateman et al., 2008)

6 Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)

6.1 Konzept der TFP

Die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) ist eine psychodynamische Psychotherapie. Sie wurde von **Otto F. Kernberg** (Kernberg et al., 1989, 1993) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung konzipiert. Die Methode liegt als Manual auch in deutscher Version vor. (Clarkin et al., 2001) Diese Therapieform, deren Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit Übertragung und Objektbeziehungen liegt, kann als eine störungsspezifisch abgewandelte Form der psychoanalytisch begründeten Psychotherapie eingesetzt werden. Die Dauer der ambulanten Einzelpsychotherapie beträgt mindestens zwei Jahre und wird jeweils zwei Stunden pro Woche unter Supervision im Sitzen durchgeführt. Derzeit befindet sich eine modifizierte Form der TFP für ein stationäres Setting im Testverfahren.

In der therapeutischen Vorbereitungsphase wird eine klinische Diagnostik durchgeführt und die Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten von Therapeut und Patient im Sinne der Therapie anhand eines mündlichen Therapievertrages ausgemacht. Im Manual sind die verschiedenen Behandlungstechniken und Therapieziele für die jeweiligen Therapiephasen, welche aus einem frühen, mittleren und fortgeschrittenen Stadium bestehen, festgelegt. Zusätzlich wird die hierarchische Behandlungsweise von Problemen formuliert, wobei gefährdende Verhaltensweisen, die zum Abbruch der Therapie führen könnten, vorrangig bearbeitet werden.

In der frühen Behandlungsphase fokussieren sich die Therapieziele auf einen besseren Umgang mit maladaptiven Verhaltensweisen, die ein typisches Muster in der Borderline-Symptomatik darstellen, und auf eine bessere Kontrolle über Impulse und gestörte Affekte. Dabei steht die Reduktion von Depressivität, Angst, Suizidalität und selbstschädigendem Verhalten an erster Stelle.

In den weiteren Therapiestadien zentralisieren sich die therapeutischen Ziele auf die komplexen Störungen der Identität, eines der Stichwörter hierbei ist die Identitätsdiffusion und weitergehend auch die Objektbeziehungen. Dabei steht die fehlende Existenz innerer Abbilder des Selbst und ebenso von anderen nahestehenden Personen im Mittelpunkt (Selbstrepräsentanz und Objektrepräsentanz).

Die Objektbeziehungstheorie besagt, dass BPS-Patienten sowohl sich selbst als auch ihre Bezugspersonen aufgrund von Identitätsdiffusionen und Abwehrmechanismen, wie beispielsweise Spaltung, Idealisierung und Entwertung, in verzerrten Teilaspekten wahrnehmen.

Die TFP demaskiert und analysiert anhand von internalisierten vorherrschenden Objektbeziehungsdyaden, jene verzerrten Wahrnehmungserscheinungen, die im Hier und Jetzt innerhalb der therapeutischen Übertragung stattfinden. Intensive Klärungen, wiederholtes Darlegen von Widersprüchlichkeiten und metaphorische Auslegung seitens des Therapeuten verhelfen dem Patienten, im Laufe der Therapie ein Reflektionsvermögen, die Möglichkeit der Integration des Selbstkonzeptes und des Konzeptes von anderen sowie die Rückgliederung abgespaltener Affekte zu erlangen.

6.2 Empirische Forschungsergebnisse

Kernberg und Mitarbeiter untersuchten in einer ersten unkontrollierten Übertragungsfokussierten Psychotherapie-Studie eine Gruppe von 23 Borderline-Patientinnen, indem sie den klinischen Zustand der Patienten nach einer einjährigen Behandlung mit ihrem klinischen Zustandsbild mit dem Jahr zuvor verglichen. Die Resultate zeigten eine deutliche Abnahme in der Anzahl von Patienten mit Suizidversuchen, eine deutliche Reduktion an parasuizidalen Handlungen, eine Verringerung an Aufnahmen in den Notfallmedizinambulanzen und einen Rückgang an Hospitalisierungen und deren Aufenthaltstagen. Die Ausfallquote betrug 19,1 %. Nach einem Jahr erfüllten 52,9 % der untersuchten Patienten nicht mehr die Kriterien einer BPS. (Clarkin et al, 2001)

Giesen-Bloo et al., 2006, verglichen in einer multizentrischen Studie die unterschiedlichen Behandlungseffekte der TFP und der SFT. So wurden 88 Patienten per Zufall ausgewählt und einer dreijährigen psychotherapeutischen Behandlung in Form von SFT oder TFP zugeteilt. Das Vergleichsergebnis beider Behandlungen zeigte eine Überlegenheit der SFT gegenüber der TFP hinsichtlich der Faktoren für Kosteneffizienz, Lebensqualität und Veränderungen in der Erfüllung der Borderline-Kriterien. Auch die Anzahl der Therapieabbrüche war in der Gruppe der SFT-Teilnehmer signifikant geringer.

In einer darauffolgenden Studie derselben Autoren wurden die Kosten der SFT mit denen der TFP verglichen. Schlussfolgernd bewerten die Autoren die SFT sowohl als kostengünstigere und auch effektivere Therapie für BPS. (van Asselt et al., 2008)

Der nächste Schritt von **Clarkin und Kernberg** zur Untersuchung der Behandlungsentwicklung der TFP war eine randomisierte klinische Studie in Zusammenarbeit mit der Borderline Personality Disorder Research Foundation. In dieser Studie wurden die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und eine andere psychodynamisch orientierte Therapie (SPT), welche ohne die Prinzipien der Übertragung arbeitet, mit der TFP verglichen. Primäre Outcome-Variablen waren Suizidalität, Aggression, Impulsivität und Angst.

90 Studienteilnehmer, sowohl weiblichen als diesmal auch männlichen Geschlechts im Alter von 18 bis 50 Jahren mit der Erfüllung der DSM-IV-Kriterien für eine BDS wurden zufällig einer untersuchenden Behandlung zugewiesen. Ausschlusskriterien waren Patienten mit folgenden komorbiden Erkrankungen: Bipolare, psychotische und wahnhaften Störungen sowie Demenzerkrankungen und geistige Behinderungen. Solche mit aktiver Abhängigkeits-erkrankung waren ebenfalls ausgeschlossen, wenngleich Patienten mit vergangener Suchtmittelabhängigkeit und solche mit vergangenem oder gegenwärtigem Substanzmissbrauch mit eingeschlossen wurden. Die Verabreichung von notwendigen Medikamenten wurde bei Bedarf eingesetzt. Es zeigte sich keine Veränderung des Prozentsatzes von Patienten hinsichtlich deren medikamentöser Behandlung, weder vor und nach der Therapie, noch innerhalb der drei Therapiegruppen.

Die DBT-Gruppe erhielt eine wöchentliche Einzelpsychotherapiestunde, eine Gruppentherapiestunde einmal pro Woche und wenn nötig, die Möglichkeit telefonischer Konsultationen. Die TFP-Behandlung wurde in zwei Einzelpsychotherapiestunden pro Woche durchgeführt. Als SPT-Behandlung wurde eine wöchentliche Therapiestunde mit der Möglichkeit, zusätzliche Stunden zu erhalten, offeriert.

Bezugnehmend auf die Charakteristika der Studienteilnehmer lassen sich zusammenfassend folgende Auffälligkeiten postulieren: Von 90 Studienteilnehmern waren 92 % weiblich, 44 % geschieden, 67,8 % kaukasischer Abstammung, 76,6 % litten an Gemütszustandsstörungen verschiedener Art, 47,8 % fielen in einen Formenkreis von Angststörungen, 56,7 % zeigten

früheres suizidales Verhalten, 62,6 % parasuizidales Verhalten und 37,8 % missbrauchten Drogen oder Alkohol oder waren abhängig davon.

Mithilfe von individuellen Wachstumskurven (Lenzenweger et al., 2004) wurden Symptomveränderungen in sechs Domänen, nämlich Suizidalität, Aggression, Impulsivität, Ängsten, Depression und sozialer Anpassung mit Variablen berechnet. Es wurde vor Beginn der Therapie und nach vier Monaten, nach acht Monaten und am Ende der Therapie, also nach zwölf Monaten gemessen. Folgende Testmethoden wurden zur Messung eingesetzt: Overt Aggression Scale (Coccaro et al. 1991), Anger, Irritability and Assault Questionnaire (Coccaro und Kavoussi, 1997), Barratt Impulsiveness Scale II (Patton, Stanford und Barrett, 1995), Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993), Beck Depression Inventory (Beck, Steer und Brown, 1996), Global Assessment of Functioning Scale (First et al., 1996) und Social Adjustment Scale (Weissmann und Bothwell, 1976).

Generell erzielten alle drei Behandlungstechniken angemessene Ergebnisse in Variablen hinsichtlich Depressionen, Ängsten und sozialer Anpassung. TFP und DBT waren maßgeblich an der Abnahme von Suizidalität und TFP und SPT waren signifikant an der Herabsetzung der Variablen impulsives Verhalten und Wut beteiligt. TFP sagte im Gegensatz zu den anderen Therapien eine bedeutsame Verbesserung in den Variablen verbale Angriffe, direkte Angriffe und Reizbarkeit und eine Milderung der Symptome im Barrett-Faktor 2 - Impulsivität voraus.

Das Resultat: TFP erreichte mit zehn von zwölf Variablen vor DBT (5 von 12 Variablen) und SPT (6 von 12 Variablen) eine deutliche Verbesserung in den sechs Domänen. (Clarkin et al., 2007) Ein ebenso bedeutsames Ergebnis zeigt sich in der Verbesserung des Reflective Functioning der Patienten durch die Behandlung mit TFP. Die Patienten entwickelten die Eigenschaft, sowohl ihre eigenen Gedanken, Gefühle und Absichten als auch die ihrer Bezugspersonen besser reflektieren zu können. (Levy et al., 2006)

Indikationen und Kontraindikationen werden im Folgenden kurz umrissen: Basierend auf der klinischen Erfahrung der Autoren, welche mithilfe des Verlaufs des oben erwähnten klinischen Projekts erreicht werden konnte, erstellten diese eine Empfehlung hinsichtlich der Anwendbarkeit der TFP. Eine Indikation dieser Behandlung ist bei Patienten mit einer schweren Identitätsdiffusion, einem Versagen in der Arbeit, in intimen Beziehungen und im

sozialen Leben gegeben. Ebenso bei schweren Fällen einer Persönlichkeitsstörung, Histrionische Persönlichkeitsstörungen, Narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Paranoide Persönlichkeitsstörungen, Schizoide Persönlichkeitsstörungen, welche zugleich die Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen. Auch schließt die Behandlung der Patienten mit schweren Komplikationen (Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Anorexia Nervosa) einer BDS, sofern diese vorher behandelt werden konnte, nicht aus.

Kontraindikationen sind antisoziale Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Patienten mit antisozialen Charakterzügen und Patienten mit chronischer Unehrllichkeit. Bei Letzteren wäre eine psychodynamische Übertragung aufgrund ihres unredlichen Kommunikationsverhaltens nicht einsetzbar. Eine weitere mögliche Kontraindikation ist bei Patienten gegeben, welche eine unermessliche Autoaggression bis hin zu schwerwiegend selbstzerstörerischen Verhalten als Lebensmittelpunkt haben. Bei dieser Gruppe ist der Wunsch sich zu vernichten, größer als der Wunsch zu überleben und behandelt zu werden. Die Autoren sind der Meinung, dass viele der Patienten mit den oben angegebenen Kontraindikationen von einer supportiven Psychotherapie profitieren würden. (Kernberg et al., 2008)

7 DBT, SFT, MBT und TFP im Vergleich

Im Gegensatz zu TFP, DBT und SFT sieht MTB in der BPS eine Störung basierend auf Defiziten und nicht auf internen Konflikten. Im Vergleich zu kognitiv behavioral basierenden Ansätzen der DBT und SFT liegt der Schwerpunkt der TFP in der Auflösung und Integration von intrapsychischen Konflikten zwischen widersprüchlichen, internalisierten Objektbeziehungen, welche begleitet sind von einer verzerrten Wahrnehmung des Selbstbildes.

Im Kontrast dazu geht die DBT von der Annahme aus, dass die Borderline-Pathologie hauptsächlich auf eine individuelle, emotionale Dysregulation zurückzuführen ist. Daher beschäftigt sich die therapeutische Behandlung mit der Bewertung des affektbetonten Zustands des Patienten und der darauffolgenden abgestimmten Vermittlung von Fähigkeiten, welche zu einem besseren Umgang mit Distress führen, die darauffolgend zur Vermeidung von schmerzhaften Emotionen dienen und schlussendlich Verhaltensauffälligkeiten reduzieren.

Es ergeben sich aber auch Gemeinsamkeiten zwischen den verglichenen Behandlungsformen. Diese beinhalten einen strukturierten und besprochenen Therapieablauf, das Setzen von Prioritäten innerhalb der therapeutischen Gesprächsthemen und die Teilnahme des Therapeuten an Supervisionsgruppen. Im Konzept der Schemafokussierten Therapie (SFT), welche sich auf die Theorie von maladaptiven Schemen fixiert, könnte eine Ähnlichkeit mit dem Konzept der Objektbeziehungsdyaden der TFP gesehen werden.

Auf der Grundlage des Defizitmodells der BPS sieht die SFT im Patienten eine von den elterlichen Verpflichtungen vernachlässigte Person mit daraus resultierenden unbefriedigten Kindheitsbedürfnissen, wie Sicherheit, Liebe, Lob, einer stabilen Basis, Aufmerksamkeit, Unterstützung bei der Erreichung realistischer Ziele und der Bewertung von Gefühlen und Anforderungen. Die Therapie zielt darauf ab, eben diese Bedürfnisse mit folgenden Strategien zu befriedigen: emotionsfokussierende Techniken, kognitive Umstrukturierung und einer begrenzten, erneuten Kindererziehung. Der Therapeut arbeitet unterstützend, Rat gebend, lobend und - wenn es die Situation erfordert - stützt er den Patienten auch physisch. Das Modell der SFT sowie in einem gewissen Umfang auch das Modell der MBT erwägen nicht die Notwendigkeit der Integration aggressiver Zustandsbilder des Patienten, sondern erkennen alle aggressiven Affekte als Dämpfung des berechtigten Ärgers an. (Kernberg, Yeomans et al., 2008)

8 Diskussion

Den oben angeführten, überaus positiven Behandlungsergebnissen entgegengesetzt, liegen entsprechend der Cochrane-Studie, um eine gesicherte Aussage des Behandlungseffekts von psychotherapeutische Interventionen treffen zu können, weder genügend Studien vor, auch sind die durchgeführten Therapien zu experimentell und die untersuchte Behandlungspopulation zu klein. Mitarbeiter der Cochrane-Kollaboration analysierten alle bis dato existierenden, für sie unter besonderen Richtlinien relevanten, randomisiert kontrollierten, klinischen sieben Studien der Autoren Koons, 2001; Bateman, 1999; Linehan, 1991, 1999 und 2002; Turner, 2002, und van den Bosch, 2002, mitsamt 262 Personen und über fünf separaten Vergleichen. Die hierfür verwendeten Verfahren bezogen sich auf die behaviorale, die kognitiv behaviorale, die psychodynamische und die psychoanalytische Therapie. Ein Review wurde 2006 publiziert.

Ebenso wird erwähnt, dass allein die Tatsache einer Teilnahme in einer randomisierten, klinischen Therapiestudie eventuell bessere Resultate erbringt als eine standardisierte Behandlung außerhalb einer solchen Studie. Trotz dieser Fakten beweisen diese evaluierten Studien, dass ein Potenzial für lange Versuche sehr wohl vorhanden ist, die vielen positiven Daten klinisch sehr wertvoll sind, Hypothesen auch angewendet werden können und die Behandlung von Patienten mit einer BPS sehr wohl nicht hoffnungslos ist, da Patienten mit BPS entgegen den Erwartungen zugänglich für Gesprächs- und Verhaltenstherapien sind.

Die Autoren raten zu zukünftig besser designten und besser auf das tägliche Behandlungsgeschehen angepasste Studien. (Binks et al., 2006)

Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt konnten für die Dialektisch-behaviorale Therapie im ambulanten und stationären Setting, für die Schemafokussierte Therapie im ambulanten Bereich und für die Mentalisierungsbasierende Therapie im teilstationären Umfeld ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden. Positive Effekte der DBT wurden bislang in acht randomisiert kontrollierten Studien (Linehan, 1991, 1999, 2002 und 2006; Turner, 2002; Koons, 2001; van den Bosch, 2002, und Kernberg, 2007) und einer dreimonatigen ambulanten DBT-Studie (Bohus, 2004) nachgewiesen. Die Teilnehmer der DBT-Gruppe konnten primär ihr suizidales, selbstverletzendes Verhalten und die Anzahl der Krankenhausaufenthalte reduzieren.

Der Wirksamkeitsnachweis der MBT konnte in einer kontrollierten randomisierten Studie (Bateman 1999) mit zwei anschließenden Verlaufskontrollstudien (Bateman, 2001 und 2008) nur in einem teilstationären Setting nachgewiesen werden. Dabei konnte eine signifikante Verbesserung der Psychopathologie erst nach längerer Therapiedauer gefunden werden. Der Wirksamkeitsnachweis der SFT konnte bislang in zwei randomisierten, kontrollierten Studien von Farrell et al., 2009, und Giesen-Bloo et al., 2006, in einer Studie über die Kosteneffizienz der SFT (van Asselt et al., 2008) und in einer norwegischen Fallserienstudie (Nordahl und Nysaeter, 2005) belegt werden.

Die Vergleichsstudie von Giesen-Bloo 2006 zeigte eine deutliche Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion der Erfüllung der DSM-IV-Kriterien, Lebensqualität und Verbesserung des Funktionsniveaus gegenüber der TFP. Wirksamkeitsnachweise der TFP hinsichtlich der Häufigkeit von suizidalen Handlungen und der Verbesserung psychopathologischer Variablen sind in einer randomisierten, kontrollierten Vergleichsstudie (Kernberg, 2007) TFP vs. DBT vs. SPT nachzulesen. Besagte Studie zeigt generell bei allen drei Verfahren eine Verbesserung in mehreren Bereichen, beispielsweise sozialer Anpassung, depressives Zustandsbild und Angst. DBT und TFP haben eine signifikante Verbesserung des suizidalen Verhaltens bewirkt. Aus TFP und SPT resultierte eine Reduktion von Wut und Impulsivität. Nur die Teilnehmer der TFP erlernten ein Kontrollvermögen über verbale Angriffe und Reizbarkeit.

Indem ich die vier Psychotherapien ins Zentrum meiner Arbeit rücke, kann ich zahlreiche Behandlungsansätze, die sich in der Arbeit mit dieser schwierigen Patientengruppe als effektiv erwiesen haben, unter einem einheitlichen Blickwinkel betrachten. Die Resultate der Literaturrecherche zeigen zwar, weshalb das separate psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden kann, jedoch beweisen die zahlreichen Ergebnisse nicht, dass alle Therapieansätze gleichermaßen effektiv sein können oder dass der effektivste Ansatz aus einer vernünftigen Kombination vorhandener Techniken besteht. Ebenso fällt nach Durchsicht der Studienresultate auf, dass nur etwa die Hälfte der Teilnehmer auf besagte Therapieverfahren ansprechen.

Die Studien sind aufgrund der meist eingeschränkten externen Validität genau zu hinterfragen. Ebenso wurden in diesen Studien durch diverse Ausschlusskriterien bevorzugt leichtere Fälle einbezogen. Ein weiterer, bedeutender Faktor, der zur kritischen Interpretation der Studien anregt, ist, dass die Unterschiede in den positiven Resultaten verschiedener

Therapieansätze minimiert werden, wenn eine Modelltreue, also die theoretische Orientierung der Untersucher für eine bestimmte Therapierichtung gegeben ist. Der Grund dafür ist, dass bei kontrollierten Studien die Studienbetreuer oder Theoriebegründer meistens primär für die aktiven Therapiebedingungen sympathisieren als für die Vergleichsgruppe.

Weiters ist aus den Studien zu lesen, welcher Patiententypus auf welche Therapieform anspricht. Auch die Frage nach den passenden Settings, ob beispielsweise Gruppenpsychotherapie bei bestimmten Patienten effektiver ist als Einzeltherapie, bleibt unbeantwortet.

Obwohl sich das allgemeine Bestreben der Forscher von der generellen, unspezifischen Psychotherapie abzuwenden scheint und in Richtung der spezifischen Interventionen greift, gilt es dennoch herauszufinden, ob spezifische Störungen wirklich darauf abgestimmte Interventionen beanspruchen. Genau genommen wäre eine Bewertung der Studien zu unterschiedlichen Therapieansätzen nur unter präzise definierten, vergleichbaren und kontrollierten Bedingungen aussagekräftig, sowohl das Setting als auch vor allem die Zielergebnisse betreffend. Bezüglich der Zielergebnisse füge ich hinzu, dass es durchaus wichtig ist, die Prämisse der Autoren zu beachten, inwieweit sie nun einen Effekt in den Resultaten erkennen, beispielsweise ob das Behandlungsziel die Reduktion der Symptomatik (Verringerung von Krankenhausaufenthalten, Reduktion von selbstverletzenden Handlungen) oder eine komplette Heilung (Nichterfüllen der DSM-IV-Kriterien) ist.

Schließlich bin ich während meiner Recherche auf eine erschwerte Einlösung des Homogenitätsanspruchs bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen gestoßen, bei denen bislang überwiegend gemischte Gruppen Gegenstand von Untersuchungen waren, siehe DBT versus TAU. Vergleichsstudien unter DBT, MBT, SFT und TFP sind jedoch in einem mangelhaften Ausmaß vorhanden. Die Vergleichsmöglichkeiten innerhalb der Studien sind aufgrund der zahlreich verwendeten, unterschiedlichen Studieninstrumente zur Diagnostik der Borderline-Symptome begrenzt.

Der gegenwärtige Forschungsstand zeigt, dass zukünftige Vergleichsstudien von DBT, MBT, SFT und TFP, durchgeführt von unabhängigen Arbeitsgruppen, notwendig sind. Ebenso besteht ein Bedarf an empirisch gesicherter Datenlage hinsichtlich der Frequenz, Intensität und Dauer von psychotherapeutischen Interventionen von BPS.

9 Studientabelle

Therapie	Patientenanzahl	Dauer	Hauptresultate	Einschlusskriterien	Studiendesign	Besonderheiten	Literatur
TFP	23	1	Abnahme der suizidalen und selbst verletzenden Handlungen, Senkung der ambulanten Aufnahmen	BPS, weibliche Patienten	Prae-Post Vergleich		Clarkin et al., 2001
TFP vs. DBT vs. SPT	90	1 Jahr	TFP und DBT: Senkung der Häufigkeit von suizidalen Handlungen TFP: Abnahme verbaler Angriffe und Reizbarkeit, bedeutsamste Verbesserung aller psychopathologischen Variablen TFP und SPT: Reduktion von Wut und impulsiven Verhalten	BPS	RCT	Ausschlusskriterien: aktive Abhängigkeitserkrankung	Clarkin et al., 2007
SFT vs. TFP	88 (45 vs. 43)	3 Jahre	SFT zeigte signifikante Überlegenheit in allen Bereichen.	BPS	multizentrisch, RCT	Ambulantes Setting	Giesen-Bloo et al., 2006
SFT vs. TAU	32	8 Monate	SFT: Reduktion der Psychopathologie und Reduktion der zutreffenden DSM-IV-Kriterien, geringere Abbruchquote	BPS, Teilnahme an einer Psychotherapie seit mind. 6 Monaten, mind. einen Suizidversuch oder selbstverletzende Handlung.	RCT		Farell et al., 2009

Therapie	Patientenanzahl	Dauer	Hauptresultate	Einschlusskriterien	Studiendesign	Besonderheiten	Literatur
DBT vs. TAU	44 (22 vs. 22)	1 Jahr	DBT: Abnahme der suizidalen Handlungen, geringere Therapieabbruchrate, Verbesserung der sozialen Anpassung	BPS, einen Suizidversuch in den vergangenen acht Wochen plus einen weiteren innerhalb der letzten fünf Jahre, nur weibliche Patienten.	RCT		Linehan et al., 1991
DBT vs. TAU	39	Follow-up nach 18 und 24 Monaten	DBT: Abnahme suizidalen Handlungen, geringere Therapieabbruchrate, weniger stationäre Aufnahmen	BPS, einen Suizidversuch in den vergangenen acht Wochen plus einen weiteren innerhalb der letzten fünf Jahre, nur weibliche Patienten.	RCT		Linehan et al., 1993
DBT vs. TAU	28 (12 vs. 16)	1 Jahr	DBT: Reduktion des Gebrauchs illegaler Substanzen, Verbesserung der sozialen Integration	BPD, Drogenabhängigkeit, nur weibliche Patienten	RCT		Linehan et al., 1999
DBT vs. Gesprächstherapie (CCT)	24 (12 vs. 12)	1 Jahr	DBT: Reduktion von Angst und Depressivität, weniger stationäre Kriseninterventionen, Reduktion der Suizidgedanken und des Schweregrades der Erkrankung.	BPS, Überweisung nach akutem Suizidversuch	RCT		Turner, 2000
DBT vs. TAU	23 (11 vs. 12)	1 Jahr	DBT: Reduktion von Opiatmissbrauch	BPS, Opiatabhängigkeit, weibliche Patienten	RCT		Linehan et al., 2002
DBT vs. TAU	20 (10 vs. 10)	6 Monate	DBT: Reduktion von Wut, Hoffnungslosigkeit, Depressivität und Angst. Reduktion der Suizidgedanken	BPS, weibliche Patienten	RCT	Europäisches Setting, unabhängige DBT Arbeitsgruppe	Koons et al., 2001
DBT vs. TAU	64 (31 vs. 33)	1 Jahr	DBT und TAU: Abnahme selbst verletzenden Handlungen und des Suchtmittelkonsums, DBT: geringere Abbruchquote	BPS, weibliche Patienten	RCT	Europäisches Setting, unabhängige DBT Arbeitsgruppe	Verheul et al., 2003

Therapie	Patientenanzahl	Dauer	Hauptresultate	Einschlusskriterien	Studiendesign	Besonderheiten	Literatur
DBT vs. TAU von Experten für Suizidalität und BPD	101 (52 vs. 51)	1 Jahr	DBT: Abnahme der Anzahl der Suizidversuche, geringere Therapieabbruchrate, weniger stationäre Krisenaufnahmen, Verbesserung der sozialen Anpassung.	BPS, eine parasuizidale Handlung in den letzten acht Wochen und einen weiteren in den vergangenen fünf Jahren, weibliche Patienten.	RCT		Linehan et al., 2006
DBT Stationär	24	3 Monate	Reduktion von Depressivität, Angst, Selbstverletzungen	BPS, nur weibliche Patienten	Prae-Post-Vergleich	Stationäres Setting	Bohus et al., 2000
DBT stationär vs. Warteliste (TAU)	50 (31 vs. 19)	3 Monate	DBT: Verbesserung aller klinisch-psychopathologischen Variablen	BPS, nur weibliche Patienten	Nicht randomisiert kontrolliert.	Stationäres Setting, Ausschluss von Patienten mit Substanzenabhängigkeit.	Bohus et al., 2004
TAU als weiterführende Therapie nach DBT	31	Follow-up nach 21 Monaten	Weiterhin Reduktion der selbstverletzenden Handlungen und Verbesserung klinischer Variablen.	BPS, nur weibliche Patienten, Suizidversuch innerhalb der letzten zwei Jahre	Nicht randomisiert kontrolliert.	Follow-up der Studie (Bohus et al. 2004)	Kleindienst et al., 2008
DBT-B	21	6 Monate	Geringe Abbruchquote, Reduktion von selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken	BPS, vorrangig suizidale und selbstverletzende Patienten	Nicht randomisiert kontrolliert.	Verkürzter Behandlungszeitraum	Stanley et al., 2007
MBT vs. TAU	38 (19 vs. 19)	1,5 Jahre + 1,5 Jahre	MBT: Abnahme der Anzahl der Suizidversuche und selbstverletzender Handlungen, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	BPS	RCT		Bateman und Fonagy 1999, 2001
MBT vs. TAU	38	Follow-up 8 Jahre nach Beginn der Studie von Bateman 1999	Weiterhin verbesserte Psychopathologie	BPS	Follow-up		Bateman und Fonagy 2008

10 Literaturverzeichnis

1 Methoden und Konstruktion

- Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*. 55(3-4):521–536.
- Altman DG, Bland JM (1996). Detecting skewness from summary information. *BMJ*. 313:1200.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4:561–571.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 42(6):861–865.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979). Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47:343–352.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6):893–897.
- Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I et al. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA*. 76:637–639.
- Benjamin LS (1993) *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. 2nd Edition. New York: The Guilford Press.
- Bland JM, Kerry SM (1997). Trials randomised in clusters. *BMJ*. 315:600.
- Clarke M, Oxman AD (2002). *The Cochrane Reviewers Handbook* 4.1.4 [updated April 2002]. The Cochrane Library.
- Coid JW (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality? *British Journal of Psychiatry*. 163:641–650.
- Comtois KA, Linehan MM (1999). *Lifetime Parasuicide Count (LPC)*. Seattle: University of Washington.
- Derogatis LR (1977). *SCL-90-R: Administration Scoring and Procedures Manual*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Divine GW, Brown JT, Frazer LM (1992). The unit of analysis error in studies about physicians' patient care behavior. *Journal of General Internal Medicine*. 7(6):623–629.
- Donner A, Klar N (2002). Issues in the meta-analysis of cluster randomized trials. *Statistics in Medicine*. 21:2971–2980.
- Egger M, Davey-Smith G, Schneider M, Minder CSO (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*. 13:629–634.

-
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 33(6):766–771.
 - Gulliford MC, Ukoumunne, OC, Chinn S (1999). Components of variance and intra class correlations for the design of community-based surveys and intervention studies: data from the Health Survey for England 1994. *American Journal of Epidemiology*. 149:876–883.
 - Hamilton M (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 32:50–55.
 - Hamilton M (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 23:56–61.
 - Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003. 327:557–60.
 - ICD-10 (1992). World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.
 - Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald-Scott P, Andreasen NC (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*; 44(6):540–8.
 - Kernberg OF (1967). Borderline personality organisation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*; 15:641–85.
 - Kokkevi A, Hatrgers C (1995). EuropASI: European addaption of amultidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependance. *European Addiction Research*.1:208–210.
 - Linehan MM, Wagner AW, Cox G (1989). Parasuicide History Interview: comprehensive assessment of parasuicidal behavior. Seattle: University of Washington.
 - Linehan MM (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Publications. [0–89862–183–6]
 - Marshall M, Lockwood A, Bradley C, Adams C, Joy C, Fenton M (2000a). Unpublished rating scales: a major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*.176:249–252.
 - Marshall M, Lockwood A (2004). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. [DOI:10.1002/14651858.CD004718.pub2]
 - Moher D, Schulz KF, Altman D (2001). The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *JAMA*. 285(15):1987–1991.
 - NIMH(E) (2003). *Personality Disorder; No longer a diagnosis of exclusion*. London: HMSO.
 - Overall JE, Gorham DR (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*; 10: 799–812.
 - Paris J (2003). *Personality Disorders Over Time: Precursors, Course, and Outcome*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
 - Perry JC (1993). Longitudinal Studies of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*; Suppl.1: 63–85.
 - Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D (2003). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. [DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2]

- Plakun E, Burkhardt PE, Muller JP (1985). Fourteen year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*; 26: 448–455.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD (1970). *STAI Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH editor(s). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Stone MH (1990). *The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press. [: 0898623995]
- Stone MH (1993). *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment*. New York: WW Norton.
- Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JAC, Burney PGJ (1999). Methods for evaluating area-wide and organization-based interventions in health and health care: a systematic review. *Health Technology Assessment*; 3 (5): iii–92.
- Weissman MM, Paykel ES, Siegel R, Klerman GL (1971). The social role performance of depressed women: comparisons with a normal group. *American Journal of Orthopsychiatry*; 41(3): 390–405.

Bibliographie

2. Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*; 55 (3-4): 521–36.
3. American Psychiatric Association (2001). *Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry*. 158: 1-52.
4. APA-American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision)*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
5. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, this issue, doi: 10.1016/j.jbtep.2005.05.005.
6. Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, van den Bosch W, de Boer SF (2003). Reliability and Validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *J Personal Disorder*; 17: 45-59.
7. Asselt van AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Kremers IP, Nadort M, Severens JL (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry*. 2008 Jun; 192(6):450-7.
8. Barlow DH, Hersen M (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change (2nd ed.)*, Pergamon Press. New York.
9. Bateman A, Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trail. *American Journal of Psychiatry*. 156: 1563-9.

11. Bateman A, Fonagy P (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 158: 36-42.
12. Bateman A., Fonagy P (2004a). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press, Oxford.
13. Bateman A, Fonagy P (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford University Press, Oxford.
14. Bateman A, Fonagy P (2008). 8-year Follow-Up of Patients treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 165: 631-638.
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6): 893-7. [MEDLINE: 3204199; 1989008360].
16. Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979). Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47: 343-52.
17. Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2nd ed*. San Antonio, Tex, Psychological Corp.
18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4: 561-571.
19. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 42(6): 861-865.
20. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art.No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.
21. Bohus M (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*. 11: 149-153.
22. Bohus M, Bathruff H (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog*. 4: 55-66.
23. Bohus M, Buchheim P, Doering S, Herpertz SC, Kapfhammer HP, Linden M, Müller-Isberner R, Renneberg B, Resch F, Sass H, Schmitz B, Schweiger U, Tress W (2009). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. ISBN 978-3-7985-1853-7 Steinkopf Verlag.
24. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 42: 487-499.
25. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Behav Res Ther*. 38 (9): 875-87.
26. Bohus M, Landwehrmeyer B, Stiglmayer Ch et al. (1999). Naltrexone in the Treatment of Dissociative Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder: An Open-Label Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 (9): 598-603.
27. Bohus M, Limberger M, Frank U, Sender I, Gratwohl T, Stieglitz RD (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 51: 201-211.
28. Bohus M, Schmahl CH (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Ärzteblatt*. 103 (49): 3345-3352.

29. Bosch van den LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav.* 27 (6):911-23.
30. Brazier J, Tumur I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, Paisley S (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment* Vol. 10: No.35.
31. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Pers Disord.*; 15 (6): 487-95.
32. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry.* 164 (6): 922-928.
33. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit.* Schattauer, Stuttgart.
34. Coccaro EF, Harvey PD, Kupsaw-Lawrence E, Herbert JL, Bernstein DP (1991). Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 3: 44–51.
35. Coccaro EF, Kavoussi RJ (1997). Fluoxetine and impulsive-aggressive behavior in personality disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 54: 1081–1088.
36. Comtois KA, Linehan MM (1999). *Lifetime Parasuicide Count (LPC).* Seattle: University of Washington. Derogatis L (1992). *The SCL-90-R administration, scoring and procedures manual (2nd ed.).* Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
37. Derogatis LR (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual, 3rd ed.* Minneapolis, National Computer Systems.
38. Derogatis LR (1977). *SCL-90-R: Administration Scoring and Procedures Manual.* Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
39. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacol Bull.* 9 (1):13-28.
40. Deutsch: Saß, H. et al. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR.* Hogrefe Göttingen.
41. Draijer N, Boon S (1993). The validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders.* 6:28-37.
42. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry.* 33(6):766–771.
43. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 40:317-328.
44. Fassbinder E, Rudolf S, Bussiek A, Kröger C, Arnold R, Greggersen W, Hüppe M, Sipos V, Schweiger U (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder in the long-term-course - A 30-month-follow-up after inpatient treatment. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 57:161-169.
45. Favazza AR, Rosenthal RJ (1993). Diagnostic issues of self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry.* 44:134-140.

46. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW (1996). User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Research Version (SCID-1), Version 2.0, New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.
47. First MB, Spitzer R, Gibbon M, Williams J (1996). User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). Washington D. C. American Psychiatric Press.
48. Fonagy P, Eizirik M (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: An overview. *Rev Bras Psiquiatr.* 31(1):72-75.
49. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry.* 63(6):649-658.
50. Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Pagano ME, Yen S, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Morey LC, McGlashan TH (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol.* 72:767-775.
51. Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Yen S, Sanislow CA, Bender DS, Dyck IR, Morey LC, Stout RL (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 163:822-826.
52. Hamilton M (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology.* 32:50-55.
53. Hamilton M (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* 23:56-61.
54. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 56:885-892.
55. Höschel K, Bohus M (2005). Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis - an der Grenze zur Verzweigung. *Der Neurologe und Psychiater.* 3:20-26.
56. <http://www.charite-psychiatrie.de/main/patienteninformation/krankheitsbilder/borderline-persnlic.html>
57. <http://www.kjpd.unizh.ch/pdf/info/DBTKonzeptLinehan.pdf>
58. Jacobson NS, Roberts LJ, Berns SB, McGlinchey JB (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 67:300-307.
59. Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M (1998). The treatment history of patients with borderline personality disorder in the Republic of Germany *Fortschr Neurol Psychiatr.* 66(12):545-552.
60. Jovev M, Jackson HJ (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders.* 18:467-478.
61. Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald-Scott P, Andreasen NC (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry.* 44(6):540-548.
62. Kernberg OF, Diamond D, Yeomans F, Clarkin JF, Levy K (2008). Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy. In: E. Jurist, A. Bergner S. (Eds) *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis.* New York: Other Press. 167-201.
63. Kernberg OF, Selzer MA, Königsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients.* Basic Books, New York.

64. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *Int J Psychoanal.* 89(3):601-620.
65. Kleindienst N, Limberger MF, Schmahl C, Steil R, Ebner-Priemer UW, Bohus M (2008). Do Improvements after inpatient dialectical behavioral Therapy persist in the long term? A Naturalistic follow-up in patients with Borderline-Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 11: 847-851.
66. Kokkevi A, Hatrgers C (1995). EuropASI: European addaption of amultidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependance. *European Addiction Research.* 1:208–210.
67. Kooij JJS (1997). Screening List for Attention Deficit Hyperactivity Disorder for Adults. Delft, the Netherlands: Institute for Mental Health Delfland.
68. Koons RC, Robins JC, Tweed JL, Lynch RT, Gonzalez MA, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, Bastian LA (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy.* 32(2):371-390.
69. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, Rudolf S, Reinecker H (2006). Effectiveness of dialectical behaviour Therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behavioral Research Therapy.* 44: 1211-1217.
70. Lang H (2004). Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie? Verlag Königshausen und Neumann. S. 101-104.
71. Lenzenweger MF, Johnson MD, Willett JB (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 61(10): 1015-1024.
72. Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Cons Clin Psychol.* 74(6):1027-1040.
73. Lieb K, Linehan M, Schmahl Ch, Zanarini M, Bohus M (2004). Borderline personality disorder. *Lancet.* 364:453-461
74. Linehan MM (1993). Dialectical behavioral therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford.
75. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry.* 48:1060-1064.
76. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry.* 50:971-974.
77. Linehan MM (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, CIP Medien München. S. 185.
78. Linehan MM, Comtois, KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund K, Tutek DA, Reynolds SK, 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. *Arch Gen Psychiatry.* 63:757-766.
79. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 67(1):13-26.
80. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction.* 8: 279-292

81. Linehan MM, Tutek DA, Dimeff LA (1996). *Comprehensive Validation Therapy for Substance Abusers*. University of Washington, Seattle, WA.
82. Linehan MM, Wagner AW, Cox G (1989). *Parasuicide History Interview: Comprehensive assessment of parasuicidal behavior*. Seattle: University of Washington.
83. Lobbesteal J, Arntz A, Sierserda S (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, this issue, doi: 10.1016/j.jbtep.2005.04.006.
84. Loranger A (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM- IV and ICD 10 modules*. In: Odesse, FL: Psychological Assessment Resources.
85. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorder. Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12:142-149.
86. Nordahl HM, Nysaeter TE (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 36(3):254-264.
87. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 (2006). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung von Arbeitskreis OPD von Huber, Bern. S.151.*
88. Overall JE, Gorham DR (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*. 10: 799–812.
89. Paris J (2008). Clinical Trials of Treatment for Personality Disorders. *Psychiatry Clin N*. 31:517-526.
90. Paris J, Zweig-Frank H (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 42:482–487.
91. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 51:768–774.
92. Petrocelli JV, Brian MA, Glaser A, Calhoun GB, Campell LF (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorder*. 15:546-559.
93. Philipsen A, Richter H, Schmahl C, Peters J, Rüsche N, Bohus M, Lieb K (2004). Clonidine in Acute Aversive Innter Tension and Self-injurious Behavior in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 65:1414-1419.
94. Rimmel A, Bohus M (2006). Pharmakologische und Psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*. 54(3):185-197.
95. Rijkeboer MM, van der Bergh H, van den Bout J (2005). Stability and discriminative power of young-schema- questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, in press, doi: 10. 1016/j. jbtep.2004.08.005.
96. Rizvi SL, Linehan MM (2001). Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 3(1):64-69
97. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clin Psychol Rev*. 28:75-91.
98. Shea MT, Stout R, Gunderson J et al. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry*. 159:2036–2041.
99. Simpson EB, Yen S, Costello E (2004). Combined dialectical behavior and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65:379-385.
100. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ (2002a). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 51:936-950.

101. Soler J, Pascual JC, Campins J et al. (2005) Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapin for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 162(6):1221-1224.
102. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD (1970). *STAI Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
103. Spielberger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH editor(s). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere.
104. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
105. Stanley B, Brodsky B, Nelson JD, Dulit R (2007). Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Arch Suicide Res*. 11(4):337-341.
106. Swenson CR, Torrey WC, Koerner K (2002). Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatr. Serv*. 53(2):171-178.
107. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr. et al. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 157:220–28.
108. Torgson S (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North America*. 23:1-9.
109. Tuner RM (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7:413-419.
110. Verheul R, Bosch LMC von den, Koeter MWJ et al. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. 12-month randomized clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 182:135-140.
111. Weissman MM, Paykel ES, Siegel R, Klerman GL (1971). The social role performance of depressed women: comparisons with a normal group. *American Journal of Orthopsychiatry*. 41(3):390–405.
112. Weissman MM, Bothwell S (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*. 33:1111–1115.
113. Young JE (2004). *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
114. Young JE, Brown G (1991). In Young J. E. (Ed.) *Young schema questionnaire (2nd ed.)*. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota FL: Professional Resource Press.
115. Young JE, Brown G (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
116. Young JE, Gluhoski VL (1996). Schema-focused therapy for personality disorders. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: Wiley.
117. Young JE, Kellogg SH (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, *Journal of Clinical Psychology*. 62(4):445-458.
118. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
119. Zanarini MC (2000). Childhood experiences associated with the development for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 154:1101-1106.
120. Zanarini MC (2003b). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Personal Disorder*. 17:233-242.

121. Zannarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 160:274–283.
122. Zannarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*. 42:144-150.
123. Zannarini MC, Gunderson JG, Marino MF (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*. 30:18-25.
124. Zannarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 154:1101-1106.

A Curriculum Vitae

Zur Person

Julia Wagner

Schanzelgasse 22, 8010 Graz, Austria

Geboren am 17. Februar 1984
im Landeskrankenhaus Graz

Bildungsweg

07/2003 Matura am Bischöflichen Gymnasium Graz

10/2003 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz, 1. Abschnitt

07/2004 Beginn 2. Abschnitt Humanmedizin 0202

06/2008 Objektives Strukturiertes Klinische Examen (*OSKE*)

Absolvierte Praktika und Famulaturen

08/2004	Famulatur an der Abteilung für Plastische Chirurgie im Martin-Luther Krankenhaus Berlin, Deutschland
02/2007	Famulatur an der Abteilung für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz, Österreich
08/2007	Famulatur an der Abteilung für Urologie der Medizinischen Universität Zürich, Schweiz
02/2008	Famulatur an der Abteilung für Psychiatrie der Medizinischen Universität Hamburg-Eppendorf, Deutschland

- 09/2008 Praktikum an der Infectious Diseases Unit der Medizinischen
 Universität Minnesota, USA
- 02/2009 Praktikum an der Emergency Unit der Medizinischen Universität
 in Nara, Japan
- 07/2009 Praktikum an der Emergency Psychiatric Unit der Medizinischen
 Universität in Kansas City, USA