

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
C. Reimer, Gießen
B. Strauß, Jena

Martin Bohus · Klaus Höschel

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlich- keitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwer wiegende psychische Störung, deren Behandlung störungsspezifische Kompetenz erfordert. Im Zentrum der BPS steht eine tief greifende Störung der Affektregulation.

Definition

Die BPS ist eine schwer wiegende Störung der Affektregulation, begleitet von tief greifenden Störungen des Selbstbildes und der zwischenmenschlichen Interaktion, die sich meistens in der frühen Adoleszenz manifestiert. Als neurobiologisches Korrelat lassen sich strukturelle und funktionelle Alterationen zentraler frontolimbischer Regulationsmechanismen nachweisen (Bohus et al. 2004). Dysfunktionale Verhaltensmuster, wie Selbstverletzungen, Drogen- oder Alkoholabusus, Ess- und Trinkstörungen, die ursprünglich zur sekundären Regulation von aversiver Anspannung eingesetzt wurden, manifestieren sich häufig als komorbide Störungen, die Genese und Verlauf der Störung erheblich beeinflussen. Die 9 diagnostischen Kriterien nach dem „diagnostic and statistical manual of mental disorders- (DSM-)IV“ lassen sich in 4 Dimensionen (Kernmerkmale; ■ Tab. 1) gliedern.

Epidemiologie und Verlauf

Etwa 1,5% der Bevölkerung leiden derzeit unter einer BPS. Damit ist dieses schwer wiegende Störungsbild etwa doppelt so häufig wie schizophrene Erkrankungen. Von den Betroffenen suchen ca. 80% psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung, und etwa 15% der Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen die Kriterien einer BPS zumindest in der Sekundärdiagnose. Somit gehört die BPS nach den Depressionen zur häufigsten Aufnahmediagnose in psychiatrische Kliniken (Lieb et al. 2004). Das starke Inanspruchnahmeverhalten dieser Patientengruppe fordert die Versorgungsstrukturen in besonderem Maße. Die jährlichen Behandlungskosten belaufen sich in Deutschland auf ca. 3 Mrd. EUR, also auf ca. 15% der Gesamtkosten, die für psychische Störungen ausgegeben werden (Jerschke et al. 1998); 90% dieser Kosten entstehen durch stationäre Behandlungen. Die durchschnittliche Liegezeit beträgt derzeit in Deutschland etwa 70 Tage. Neuere Untersuchungen zeigen, dass das Störungsbild sich häufig bereits in der beginnenden Adoleszenz abzeichnet. In diesem Alter dominieren Essstörungen, selbstschädigendes Verhalten, Suizidversuche, Auffälligkeiten des Sozialverhaltens und Störungen der Affektregulation. Im Durchschnitt jedoch erfolgt die erste stationäre psychiatrische Behandlung erstmals im Alter von etwa

24 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt beträgt die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten 10 Jahren eine jährliche Wiederaufnahme in psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, etwa 80%. Neuere Studien aus den USA konnten zeigen, dass der Langzeitverlauf der BPS deutlich besser erscheint, als bislang vermutet. So konnten Zanarini et al. (2003) in einer groß angelegten Katamnesestudie an 290 Borderlinepatientinnen zeigen, dass bereits nach 2 Jahren nur noch 65% der Untersuchten die DSM-IV-Kriterien erfüllten. Nach 4 Jahren sank diese Quote auf 32%, nach 6 Jahren auf 25%. Die Rückfallraten erwiesen sich mit ca. 6% als ausgesprochen gering. Die Interpretation der Daten sollte sicherlich mit Vorsicht geführt werden. (Das DSM-IV ist als kategoriales diagnostisches Instrument nur sehr eingeschränkt für Verlaufsmessungen geeignet.) Auch weisen die Auswertungen des eher qualitativ angelegten diagnostischen Interviews für BPS (DIB-R) auf persistierende Störungen der Affektregulation hin. Dennoch sollten diese Daten zumindest vorsichtig optimistisch stimmen und das gängige Vorurteil revidieren, die BPS sei ein chronisches Syndrom oder gar ein „strukturelles Defizit“.

Tab. 1 Kernmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem „diagnostic and statistical manual of mental disorders- (DSM-IV“

Affektivität	Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst; diese Verstimmungen dauern gewöhnlich einige Stunden, nur selten mehr als einige Tage an) Anhaltende Gefühle von Leere
Impulsivität	Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen Streitsüchtiges Verhalten bei Kritik oder Tadel Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten
Kognition	Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwer wiegende dissoziative Symptome Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
Interpersonelle Beziehungen	Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden

Tab. 2 Algorithmus zur klinischen Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Leitsymptom	Einschießende intensive aversive Anspannung
Operationalisierte Diagnostik	Diagnostisches Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (DIPD-IV) IPDE („international personality disorder examination“, Borderline-modul)
Schweregradeinschätzung	BSL (Borderline-Symptom-Liste) ZAN-Skala („Zanarini scale“)
Komorbidität	SKID I (Strukturiertes klinisches Interview für Achse-I-Störungen, nach DSM-IV)

DSM-IV „diagnostic and statistical manual of mental disorders IV“.

Ätiologie und Pathogenese

Das derzeit international favorisierte ätiologische Modell postuliert Wechselwirkungen zwischen psychosozialen Variablen und genetischen Faktoren.

Die einzige Zwillingsstudie, die Konkordanzraten von monozygoten mit bizzozygoten Zwillingen vergleicht, von denen ein Zwilling manifest eine nach DSM-IV diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweist, wurde im November 2000 veröffentlicht (Torgersen et al. 2000). Sie zeigt eine erhebliche genetische Bedeutung bei allen nach DSM-IV diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Für BPS erklären genetische Faktoren ca. 69% der Va-

rianz. Etwa 50% der Betroffenen berichten retrospektiv über ein manifestes Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS) in der Kindheit; dies weist ebenfalls auf genetische Belastungsfaktoren hin.

An biographisch relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren lassen sich sexuelle Gewalterfahrung (ca. 65%), körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60%) und Vernachlässigung (ca. 40%) identifizieren. Bei der sexuellen Gewalt handelt es sich z. T. um sehr frühe Erfahrungen, und es scheint sich anzudeuten, dass Borderlinepatienten diese Erfahrungen eher im Binnenraum der Familie machen (Zanarini et al. 1997). Dennoch ist wichtig darauf hinzuweisen, dass sexuelle Traumatisierung weder eine notwendige noch hinreichende Voraussetzung für die Entwick-

lung einer BPS darstellt. Die stark verbreitete Annahme, dass es sich bei der BPS um ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom handelt, findet auf wissenschaftlicher Ebene keine Evidenz.

Das pathogenetische Modell würde sicherlich zu kurz greifen, wenn die destabilisierende Wirkung dysfunktionaler Verhaltensmuster nicht berücksichtigt würde.

Auf der phänomenologischen Ebene sticht das selbstschädigende Verhalten (Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen u. a.) ins Auge. Bei ca. 85% der Borderlinepatienten ist dieses Symptom zu eruieren. Retrospektiv berichten 40% über dieses Verhalten bereits im Grundschulalter. Etwa 80% der Betroffenen schneiden sich in dissoziativen Zuständen meist mit der Absicht, aversive Anspannung zu reduzieren. Die meisten Betroffenen sind während dieser Phasen analgetisch. Etwa 20% hingegen schneiden sich trotz oder wegen intensiver Schmerzempfindung. Die letzte Gruppe erfährt durch die Selbstverletzungen „Kicks“, also Euphorisierung, Verbesserung der Kognition und der Leistungsfähigkeit. Häufig wird der prägende Einfluss von Drogen- und Alkoholmissbrauch auf die Affektregulation während der Adoleszenz unterschätzt. Das Gleiche gilt für Ess- und Trinkstörungen, die sich in fast jeder Borderlineanamnese nachweisen lassen.

Diagnostik

Für die operationalisierte Diagnostik der BPS ist derzeit die IPDE („international personality disorder examination“, Loranget 1999) das Instrument der Wahl. Die IPDE integriert die Kriterien des DSM-IV und der „international classification of diseases- (ICD-)10“. Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität ist gut und deutlich höher als für unstrukturierte klinische Interviews (z. B. $k=0,68-0,96$ für Interraterreliabilität). Eine Alternative ist das von Zanarini et al. (1996) entwickelte „diagnostic interview for DSM-IV personality disorders“ (DIPD-IV) oder das „SKID-II-structured interview for DSM-VI personality“ (SIDP; Pfohl et al. 1997).

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Instrumenten wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Verfahren spezifisch zur

Diagnostik und zur Schweregraderfassung der BPS entwickelt. Lange Zeit galt das „diagnostic interview for BPD-revised version“ (DIB-R; Gunderson u. Zanarini 1992) als Standardinstrument. Da es nicht DSM-basiert ist, verliert es jedoch zunehmend an Bedeutung. Dies gilt auch für Instrumente wie das „schedule for interviewing borderlines“ (SIB; Baron 1981), die „borderline personality disorder scale“ (BPDS; Perry 1982) und das „structural interview“ von Kernberg (1977).

Diese Instrumente wurden primär zur kategorialen Diagnostik der BPD entwickelt. Instrumente zur Quantifizierung der Symptomatik, d. h. zur Schweregradbestimmung kamen erst in jüngster Zeit auf den Markt: Zanarini (2003) publizierte eine DSM-basierte Fremdratingskala („ZAN-scale“), die ausreichende psychometrische Kennwerte aufweist. Arntz et al. (2003) entwickelten den „borderline personality disorder severity index“ (BPD-SI) und veröffentlichten erste Prä-post-Messungen. Bohus et al. (2001, 2006) entwickelten die Borderline-Symptom-Liste (BSL) als 90-Item-Selbstrating-Instrument. Die psychometrischen Kennwerte sind sehr gut; dies betrifft auch die Veränderungssensitivität. Das Instrument liegt mittlerweile auch als 17-Item-Kurzfassung vor. Ein Algorithmus zur klinischen Diagnostik ist in **Tab. 2** aufgeführt.

Als *pathognomonisch* für eine BPS gilt die Erfahrung von rasch einschließenden, manchmal lange anhaltenden Zuständen äußerst unangenehmer innerer Anspannung. Da diese Symptomatik auch relativ trennscharf von anderen psychiatrischen Störungen diskriminiert, wird dieses Phänomen als *Indikator* für affektive Instabilität und Irritabilität im Sinne eines Leitsymptoms herangezogen.

Da die *Komorbidität* bei der BPS Verlauf und Prognose, damit aber auch die Therapieplanung erheblich beeinflusst, ist deren vollständige Erfassung mithilfe eines operationalisierenden Instruments dringend anzuraten.

Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Sowohl auf wissenschaftlicher Ebene als auch im klinischen Alltag gilt Psychotherapie als Mittel der Wahl in der Behand-

Zusammenfassung · Abstract

Psychotherapeut 2006 · 51:261–270 DOI 10.1007/s00278-006-0497-7
© Springer Medizin Verlag 2006

Martin Bohus · Klaus Höschel

Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassung

Das Wissen über Psychopathologie, Ätiopathogenese und Behandlungsmöglichkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Heute sehen die meisten Wissenschaftler eine generalisierte Störung der Affektregulation im Zentrum der BPS, deren Ursachen in Wechselwirkungen zwischen genetischen Faktoren, traumatischen biographischen Erfahrungen und dysfunktionalen Verhaltensmustern liegen. Störungsspezifische Therapieverfahren, insbesondere die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan, flankiert von psychopharmakolo-

gischer Behandlung, zeigen gute Behandlungsergebnisse sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. In jüngster Zeit wurden viel versprechende Konzepte zur Behandlung schwerer komorbider Störungen [Alkohol und Drogenabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)] entwickelt.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung · Dialektisch Behaviorale Therapie · Psychopharmakologie

Psychopathology and treatment of borderline personality disorder

Abstract

During the last years, empirically based knowledge concerning psychopathology, etiopathogenesis and treatment of borderline personality disorder (BPD) has significantly improved. Today, most researchers postulate a pervasive affective dysregulation at the core of borderline symptomatology. Affective dysregulation in BPD is seen as a consequence of an interplay between genetic vulnerability, sociobiographic experience and dysfunctional behaviour. Disorder-specific psychotherapeutic treatments, especially the dialectical behaviour therapy (DBT) de-

veloped by Linehan reach significant treatment effects under both outpatient and inpatient conditions. In addition, recent studies on psychopharmacological treatment with promising results have been published. Most recently, DBT has been expanded to treat severe BPD comorbidity like substance abuse and post-traumatic stress disorder (PTSD).

Keywords

Borderline personality disorder · Dialectical behavior therapy · Psychopharmacology

Tab. 3 Randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudien

Behandlung	Einschlusskriterien	Patienten- zahl	Dauer	Haupteffekte	Literatur
DBT vs. TAU	BPS + Suizidversuch in den letzten 8 Wochen und einem weiteren in 5 Jahren; nur Patientinnen	24 vs. 22	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen Weniger Therapieabbrüche und weniger stationäre Kriseninterventionen Reduktion von Wut und Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan 1993, Linehan et al. 1991
DBT vs. TAU	BPS + Drogenabhängigkeit; nur Patientinnen	12 vs. 16	1 Jahr	Senkung des Gebrauchs illegaler Drogen Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al. 1999
DBT + LAAM vs. TAU + LAAM	BPS + Opiatabhängigkeit; nur Patientinnen	11 vs. 12	1 Jahr	Senkung des Gebrauchs von Opiaten	Linehan et al., 2002
DBT vs. Gesprächstherapie	BPS + Überweisung nach akutem Suizidversuch	12 vs. 12	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen Reduktion von Impulsivität, Wut, Depressivität Weniger stationäre Kriseninterventionen Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Turner 2000
DBT vs. TAU	BPS; nur Patientinnen	10 vs. 10	6 Monate	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen Reduktion von Hoffnungslosigkeit, Depressivität, Wut	Koons et al. 2001
DBT vs. TAU	BPS; nur Patientinnen	31 vs. 33	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen Weniger Therapieabbrüche und Impulsivität	Verheul et al. 2003
Stationäre DBT vs. Warteliste	BPS; nur Patientinnen	31 vs. 19	3 Monate	Signifikante Verbesserung der Selbstverletzungen und aller psychopathologischen Variablen	Bohus et al. 2004
DBT vs. Therapie von spezialisierten Psychotherapeuten für Suizidalität und BPS	BPS + parasuizidale Handlung in den letzten 8 Wochen und eine weitere in 5 Jahren; nur Patientinnen	52 vs. 51	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen Weniger Therapieabbrüche und weniger stationäre Kriseninterventionen	Linehan et al. 2006
Tiefenpsychologische Tagesklinikbehandlung vs. TAU (keine Psychotherapie)	BPS	19 vs. 19	1,5 Jahre	Weniger Selbstverletzungen und Suizidversuche Weniger stationäre Kriseninterventionen Reduktion von Angst, Depression Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Bateman u. Fonagy 1999, 2001

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung, DBT dialektisch behaviorale Therapie, LAAM Levo-Alpha-Acetyl-Methadol, TAU „treatment as usual“.

lung der BPS. Die größte Evidenz für Effektivität und Effizienz liegt derzeit für die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) vor, wie sie von Linehan in den USA entwickelt und in Europa adaptiert wurde (Linehan 1993). Das Rationale für psychopharmakologische Behandlung hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt, seit eine Reihe von kontrolliert randomisierten Studien publiziert wurde. Damit hinkt die pharmakologische Forschung weit hinter der klinischen Praxis her. In den USA sind etwa 80% der Borderlinepatienten psychopharmakologisch behandelt; etwa 70% nehmen zeitgleich mehr als 3 unterschiedliche Substanzklassen (Za-

narini et al. 2003). Auch eigene klinische Beobachtungen der Autoren in der BRD weisen darauf hin, dass etwa 75% der behandelten Borderlinepatienten mindestens ein Psychopharmakon einnehmen; hierbei dürfte die Beschränkung auf ein Medikament eher die verschwindende Minderheit ausmachen.

Das Bestreben, störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte für psychische Störungen zu entwickeln, hat sich auch im Bereich der BPS durchgesetzt. Neben der DBT, einem kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept, liegen mittlerweile auch manualisierte Behandlungskonzepte aus

anderen therapeutischen Schulen vor: Kernberg entwickelte die „transference focussed therapy“ (TFT; Clarkin et al. 2001), Bateman und Fonagy (1999) die „mentalization based therapy“ (MBT) und Young (1999) die „cognitive therapy for BPD“. Bevor auf die jeweilige Studienlage eingegangen wird, sollen zunächst die Gemeinsamkeiten dieser störungsspezifischen Behandlungsformen skizziert werden:

- Diagnostik,
- zeitlicher Rahmen,
- Therapievereinbarungen,
- Hierarchisierung der therapeutischen Fokusse und
- multimodaler Ansatz.

Diagnostik. Grundvoraussetzung für die Durchführung einer störungsspezifischen Psychotherapie ist eine operationalisierte Eingangsdiagnostik, die dem Patienten offen gelegt wird. Therapieformen, deren Diagnostik sich im interaktionellen klinischen Prozess durch Beobachtung der Gegenübertragungen entwickelt, gelten heute als überholt.

Zeitlicher Rahmen. Die Dauer der jeweiligen Therapieformen ist unterschiedlich und meist auch durch Forschungsdesigns bedingt. Dennoch hat es sich durchgesetzt, bereits zu Beginn der Therapie zeitlich klare Limitationen zu vereinbaren und diese auch einzuhalten.

Therapievereinbarungen. Allen Therapieformen gemeinsam sind klare Regeln und Vereinbarungen bezüglich Umgang mit Suizidalität, Kriseninterventionen und Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen. Diese werden zu Beginn der Therapie in sog. Therapieverträgen vereinbart.

Hierarchisierung der therapeutischen Foki. Sei es explizit vereinbart oder implizit im therapeutischen Kodex verankert, verfügen alle störungsspezifischen Verfahren zur Behandlung der BPS über eine Hierarchisierung der Behandlungsfoki. Suizidales Verhalten oder drängende Suizidideen werden stets vorrangig behandelt, Verhaltensmuster oder -ideen, die die Aufrechterhaltung der Therapie gefährden oder den Therapeuten oder Mitpatienten stark belasten, gelten ebenfalls als vorrangig. Das Prinzip der „dynamischen Hierarchisierung“, erstmals von Linehan formuliert, hat sich heute generell durchgesetzt: Die Wahl der Behandlungsfoki orientiert sich an den jeweiligen momentanen Gegebenheiten, die der Patient mitbringt. Diese werden im Rahmen vorgegebener Heuristiken organisiert und strukturiert. Damit unterscheiden sich die Strategien zur Behandlung komplexer Störungsbilder (wie der BPS) von Therapiekonzepten zur Behandlung monosymptomatischer Störungsbilder (wie z. B. Zwangs- oder Angststörungen), deren Ablauf zeitlich klar definiert ist.

Multimodaler Ansatz. Die meisten Verfahren kombinieren verschiedene therapeutische Module, wie Einzel-, Gruppen-, Pharmakotherapie und insbesondere Telefonberatung zur Krisenintervention.

Die Unterschiede der 4 Verfahren liegen in den ätiologischen Konzepten, in der Schwerpunktsetzung der Behandlung und insbesondere in der Auswahl der Behandlungsmethodik.

Die TFT und die MBT legen nach wie vor ein analytisches Entwicklungsmodell zugrunde und hypothesieren mangelhafte Ausprägung der Subjekt-Objekt-Differenzierung als pathogenetisch relevantes Problem. Die kognitive Schule sieht dysfunktionale Grundannahmen und daraus abgeleitete dysfunktionale Bewertungs- und Interpretationsprozesse als zentrales Problem. Die DBT postuliert eine biosozial bedingte Störung der Affektregulation im Zentrum, die durch dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster aufrechterhalten und aggraviert wird. Die Schwerpunktsetzung liegt daher bei der TFT in der dyadischen Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Die MBT wirkt als multimodales Therapiekonzept primär im gruppentherapeutischen Rahmen und konzentriert sich auf die Verbesserung des Verständnisses emotionaler Prozesse; hierbei erfolgt sehr viel Kompetenzerwerb psychosozialer Basisfertigkeiten. Bei der kognitiven Therapie steht die Revision kognitiver Grundannahmen, bei der DBT das Erlernen von funktionalen Konzepten und Fähigkeiten zur Emotionsregulation im Vordergrund. Methodisch beschränkt sich die TFT auf Interpretationen und Deutungen. Die MBT verfolgt, wie erwähnt, einen multimodalen Therapieansatz. Die kognitive Therapie integriert neben kognitiven Aspekten auch Verhaltensexperimente und Kompetenzerweiterung durch Fertigkeitentraining, die DBT integriert ein breites Spektrum an therapeutischer Methodik über Verhaltensmodifikation, Selbstmanagement, kognitive Umstrukturierung bis hin zu meditativen Methoden aus dem ZEN.

Evidenz-basierte Psychotherapie

Wie in ■ Tab. 3 zusammengefasst, wurde bisher für 2 Psychotherapieformen ein

Wirksamkeitsnachweis erbracht: zum einen für die DBT nach Linehan im ambulanten und stationären Bereich, zum anderen für die MBT nach Bateman und Fonagy als teilstationäre Langzeittherapie. Wie ■ Tab. 3 zeigt, konnte die Wirksamkeit der DBT von 4 unabhängigen Arbeitsgruppen in 7 randomisierten kontrollierten Therapiestudien gezeigt werden (Lieb et al. 2004). Zudem liegt eine kontrollierte, nichtrandomisierte Studie aus Deutschland vor, die den Wirksamkeitsnachweis eines dreimonatigen stationären DBT-Behandlungskonzeptes erbringt (Bohus et al. 2004). Der Wirksamkeitsnachweis für MBT erstreckt sich bislang auf teilstationäre Behandlung (Bateman u. Fonagy 1999, 2001). Bei äußerst geringen Abbruchquoten finden sich signifikante Verbesserungen allerdings erst nach 1,5-jähriger Behandlung. Deutliche Effekte hingegen zeigen sich nach 3-jähriger Behandlung; die Therapie während dieses Zeitrahmens wurde als kontinuierliche Gruppentherapie fortgesetzt. Publierte Wirksamkeitsnachweise der TFT liegen noch nicht vor. Derzeit werden 2 Studien zur vergleichenden Wirksamkeit von DBT und TFT durchgeführt (New York und Stockholm). Die New Yorker Studie ist abgeschlossen, weist jedoch aufgrund der zu geringen n-Zahl methodische Mängel auf; die Publikation steht noch aus. Die deutlich besser konzeptionalisierte Studie in Stockholm ist noch nicht abgeschlossen. Eine Studie zur Wirksamkeit der kognitiven Therapie nach Young (im Vergleich mit TFT) ist abgeschlossen, aber noch nicht publiziert. Erste vorgetragene Daten weisen auf eine signifikante Überlegenheit der kognitiven Therapie gegenüber TFT hin.

Die Dialektisch Behaviorale Therapie als komplementäres, komplexes, moduläres Behandlungskonzept

Da die wissenschaftliche Datenlage für die DBT am besten ist, soll im Folgenden genauer auf die Grundlagen dieses Behandlungskonzeptes eingegangen werden.

Die DBT wurde in den 1980er-Jahren von Linehan (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale

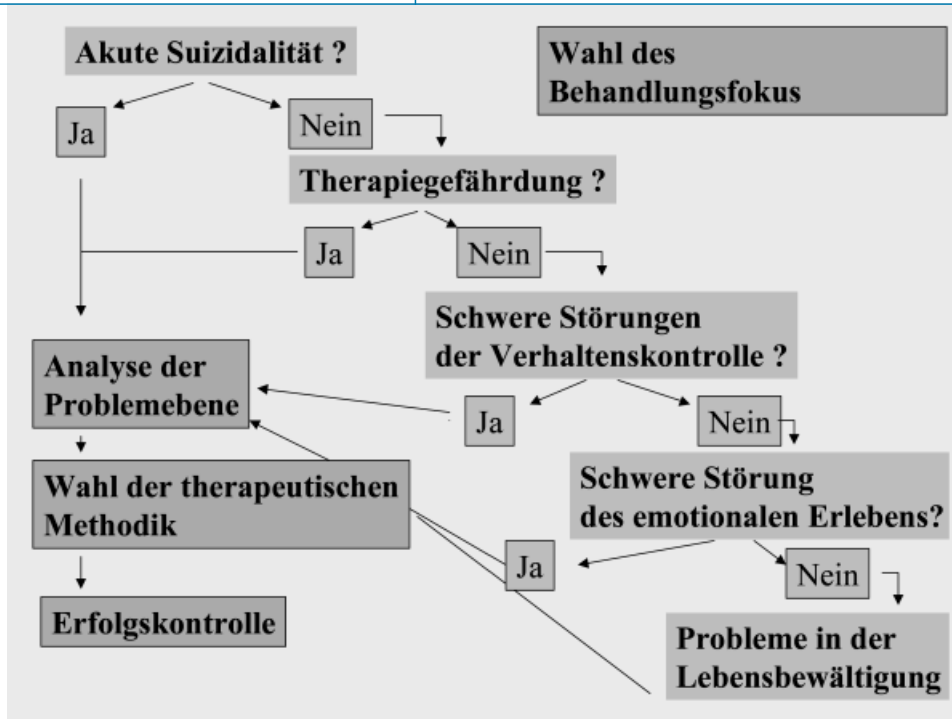


Abb. 1 ◀ Algorithmus der Behandlungsfoki

Vorbereitungsphase

- Aufklärung über das Störungsbild
- Klärung der gemeinsamen Behandlungsziele
- Klärung der Behandlungsfokuse und Methodik der DBT
- Behandlungsvertrag, Nonsuizidvertrag
- Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuches
- Verhaltensanalyse des letzten Therapieabbruchs

Kriterien für Stadium I

- Suizidversuche oder Androhungen
- Bedrohung oder Angriffe auf andere
- Selbstverletzungen
- Akute Schwierigkeiten mit der Justiz (z. B. Verhaftungen)
- Inanspruchnahme von psychiatrischen Ambulanzen oder Intensivstationen wegen psychischer Probleme
- Ungeplante stationäre Aufnahme
- Substanzabhängigkeit oder schwer wiegender Missbrauch
- Hochrisikoverhalten
- Störungsbedingte Arbeits- oder Wohnungslosigkeit
- Unfähigkeit, Psychotherapie aufrechtzuerhalten
- Aktuell anhaltende Traumatisierung

Patientinnen mit BPS entwickelt (Linehan 1993; Bohus 2002).

Damit versuchte Linehan eine therapeutische Antwort auf die spezifischen Anforderungen dieser Störung zu geben. Vor dem Hintergrund der aktuellen neurobiologischen und psychopathologischen Forschungsergebnisse wurden die therapeutischen Methoden überprüft, entwickelt und darauf abgestimmt. Somit basiert die DBT auf einem neurobehavioralen Konzept. Sie ist keine eigenständige Schule, sondern eine Art Matrix, in der sich heuristisch die jeweiligen Behandlungsmethoden nach unterschiedlichen Anforderungen organisieren. Die DBT kann somit als Prototyp einer methodenintegrativen störungsspezifischen Therapie bezeichnet werden.

Die Entscheidungsheuristiken sind im Sinne von „Wenn-dann-Konstruktionen“ organisiert: Wenn z. B. selbstschädigendes Verhalten auftritt, dann erfolgt die Durchführung einer Verhaltensanalyse. Wenn die Verhaltensanalyse zeigt, dass das Verhalten durch positive Konsequenzen gesteuert wird, erfolgen Veränderungen der Kontingenzen. Zeigt sich aber, dass mangelhafte Problembewältigungskompetenz als Auslöser zu sehen ist, so arbeitet der Therapeut an deren Verbesserung. Diese Behandlungsleitlinien sind für Patient,

Therapeut und Supervisor gleichermaßen transparent.

Die DBT integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus den Bereichen der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und dem ZEN. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbare Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, musste eine Vielzahl von strukturbildenden Richtlinien entwickelt werden. Die Komplexität der Störung spiegelt sich nicht zuletzt im strukturellen Konzept der DBT wider. Es handelt sich um ein Modulkonzept, das eine Kombination zwischen Einzel-, Gruppentherapie und Supervision vorschlägt. Neben diesen integralen Bestandteilen ist es hilfreich, mit einer stationären Einrichtung zu kooperieren. Sozialarbeiter, Pharmakotherapeuten, Körper- und Traumatherapie vervollständigen fakultativ ein komplexes therapeutisches Netzwerk. Im Folgenden wird zunächst die Aufgabenzuschreibung zu den 4 Behandlungsmodulen vorgestellt.

Die ambulante *Einzeltherapie* erstreckt sich auf einen Zeitraum von 2 Jahren mit 1–2 Behandlungsstunden/Woche. Im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten sollte der Einzeltherapeut zur Lösung akuter, evtl. lebensbedrohlicher Krisen telefonisch erreichbar sein. Zeitgleich

zur Einzeltherapie besucht der Patient wöchentlich einmal für 2–3 Stunden eine *Fertigkeitentrainingsgruppe*. Diese Gruppe orientiert sich an einem Manual und arbeitet über einen Zeitraum von 6 Monaten. Es hat sich als hilfreich erwiesen, ggf. einen zweiten Turnus anzuschließen. Die Kommunikation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten erfolgt im Rahmen der *Supervisionsgruppe*, die ebenfalls wöchentlich stattfinden sollte. Der Einzeltherapeut ist gehalten, die in der Fertigkeitengruppe erlernten Fähigkeiten fortwährend in seine Therapieplanung zu integrieren, um so die Generalisierung des Erlernten zu gewährleisten. Den Strukturen, Regeln und der inhaltlichen Gestaltung der Supervisionsgruppe widmet Linehan ein breites Kapitel in ihrem Handbuch; dies verdeutlicht deren Bedeutung für das Gesamtkonzept der DBT. Der Einsatz von Video- oder zumindest Tonträgeraufzeichnungen der Therapiestunden gilt für eine adäquate Supervision als unabdingbar.

Der *motivationale Aspekt* erscheint vor dem Hintergrund der bereits erwähnten häufigen Therapieabbrüche von besonderer Bedeutung. Übereinstimmend zeigen alle bislang publizierten Studien zur Wirksamkeit der DBT eine hochsignifikant verbesserte Therapiecompliance im Vergleich mit unspezifischen Behandlungen (Lieb et al. 2004).

Die gesamte Therapie im ambulanten Setting erstreckt sich über einen Zeitraum von 2 Jahren. Sie untergliedert sich in die *Vorbereitungsphase* und 3 *Behandlungsphasen* mit *unterschiedlichen Behandlungszielen*, die in der folgenden Übersicht erläutert werden.

Erste Therapiephase: Schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle

- Verbesserung der Überlebensstrategien (Umgang mit suizidalen Krisen)
- Verbesserung der Therapiecompliance (Umgang mit Verhaltensmustern, die die Fortsetzung oder den Fortschritt der Therapie verhindern)
- Verbesserung der Lebensqualität (Umgang mit Verhaltensmustern, durch die die emotionale Balance schwer gestört wird)

- Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten („skills“)

Zweite Therapiephase: Schwerwiegende Störungen des emotionalen Erlebens

Verbesserung der emotionalen Regulation und Annäherung an normatives emotionales Erleben und Verhalten

Dritte Therapiephase: Probleme der Lebensführung

Integration des Gelernten und Neuorientierung

Die *Vorbereitungsphase* dient der Diagnostik und Informationsvermittlung über das Krankheitsbild, der Grundzüge der DBT sowie der Zielanalyse und Motivationsklärung. Anschließend folgt die *erste Therapiephase*, in der diejenigen Problembereiche bearbeitet werden, die in direktem Zusammenhang mit Schwierigkeiten der Verhaltenskontrolle stehen. Die folgende Übersicht listet Parameter auf, die als Hinweise gelten, dass der Patient sich im „akuten Stadium“ der Störung („Stage I“ nach Linehan) befindet:

Die DBT geht davon aus, dass diese Verhaltensmuster vorrangig, also in der ersten Therapiephase, behandelt werden müssen. Denn sie stellen, jede für sich, erhebliche Risikofaktoren für die Behandlungsprozesse während der zweiten Therapiephase dar. Metaanalysen von DBT-Psychotherapiestudien weisen darauf hin, dass ein Intervall von 4 Monaten ohne Verhaltensmuster aus Stadium I als „recovery“ bezeichnet werden kann, die jedoch erhebliche Rückfallwahrscheinlichkeit in sich birgt. Ein 8-monatiges symptomfreies Intervall wird als „Remission“ bezeichnet und erscheint ausreichend stabil.

Während der ersten Therapiephase sollte also vor allem die emotionale Belastbarkeit erhöht und damit die Voraussetzung für die zweite Therapiephase geschaffen werden.

In dieser zweiten Phase geht es um die Bearbeitung dysfunktionalen emotionalen Erlebens. Man orientiert sich in dieser Phase an den emotionalen Schlüsselproblemen („core emotional themes“) des jeweiligen Patienten.

Suizidales und parasuizidales Verhalten

1. Suizidales Krisenverhalten
2. Parasuizidales Verhalten
3. Massive Suizidimpulse, Suizidvorstellungen und Suiziddrohungen
4. Suizidgedanken, Erwartungen und Phantasien

Module des Fertigkeitentrainings

1. Stresstoleranz
2. Emotionsmodulation
3. Zwischenmenschliche Fertigkeiten
4. Achtsamkeit
5. Selbstwertsteigerung
6. Körperwahrnehmung

Die Reihenfolge der Therapiephasen sollte unbedingt berücksichtigt werden. Innerhalb der Therapiephasen sind die zu bearbeitenden Problembereiche bzw. Therapieziele hierarchisch geordnet: Wann immer ein höher geordneter Problembereich auftritt, z. B. Suizidalität oder Parasuizidalität, muss dieser bearbeitet werden. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung in der ersten Phase beläuft sich je nach Schweregrad der Störung auf ca. 1 Jahr, die Behandlungserfolge in dieser ersten Phase belaufen sich auf Remissionsraten von etwa 60%.

Wahl des Behandlungsfokus in Phase I

In Phase I strukturiert sich die DBT in *Entscheidungsalgorithmen*. Das heißt, der Therapeut ordnet die jeweiligen Verhaltensmuster des Patienten nach vorgegebenen hierarchischen Prinzipien und orientiert sich in der Wahl der Behandlungsmethodik an Verhaltens- und Bedingungsanalysen (■ **Abb. 1**). Die einzelnen Problembereiche und Unterbereiche sind ebenfalls, wie in der folgenden Übersicht dargestellt, hierarchisch gegliedert.

Therapiegefährdende Verhaltensweisen

1. Verhaltensweisen, die den Fortbestand der Therapie stark gefährden
2. Verhaltensweisen, die den Fortschritt stören oder zum „burn out“ führen
3. Verhaltensweisen, die in direktem Zusammenhang mit suizidalem Verhalten stehen

- Verhaltensweisen, die Ähnlichkeiten mit problematischen Verhaltensweisen außerhalb des therapeutischen Settings aufweisen

Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken (z. B. Drogen, Essstörungen etc.)

- Verhaltensweisen, die unmittelbar zu Krisensituationen führen
- Leicht zu verändernde Verhaltensweisen
- Verhaltensweisen, die in direktem Zusammenhang mit übergeordneten Zielen und allgemeinen Lebensprinzipien der Patienten stehen
- Verhaltensweisen, die die Durchführung von Phase 2 behindern

Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten

- Fertigkeiten, die gerade in der Gruppe vermittelt werden
- Fertigkeiten, die in direktem Zusammenhang mit primären Behandlungsfoki stehen
- Fertigkeiten, die noch nicht gelernt wurden

Die Frage nach der Behandlungsebene resultiert aus hochauflösenden Verhaltensanalysen, die klären, inwiefern das jeweils dominierende, priorisierte Verhaltensmuster durch labilisierende Umstände (Schlafstörungen, Essstörungen, soziale Probleme etc.) bedingt ist, ob spezifische, eindeutig identifizierbare Stimuli eine wesentliche Rolle spielen (Gewalterfahrung, Kontakte mit ehemaligen Tätern etc.), ob dysfunktionale Schemata oder Pläne im Vordergrund stehen („Ich habe kein Recht, Wut und Ärger zu äußern, wenn ich verlassen werde, löse ich mich auf...“), oder ob mangelhafte Problemlösekompetenz ausschlaggebend ist. Schließlich wird geprüft, inwiefern die jeweiligen Verhaltensmuster durch interne oder externe Konsequenzen aufrechterhalten werden. Diese Analyse wiederum eröffnet die Wahl der jeweiligen Behandlungsmethodik: Labilisierende Bedingungen erfordern in aller Regel konkretes Problemlösen. Identifizierbare Stimuli sollten, wenn möglich, beseitigt werden oder mithilfe der Exposition desensibilisiert werden. Dysfunktionale Sche-

mata erfordern eine sorgfältige Analyse auf der Ebene der angewandten und geplanten Strategien sowie eine sorgsame Korrektur. Mangelhafte Problemlösekompetenz kann durch Vermittlung oder Aktivierung von Fertigkeiten verbessert werden, und schließlich erfordern aufrechterhaltende Konsequenzen eine aktive Veränderung auf der Ebene der Verstärker (Kontingenzmanagement).

Fertigkeitentraining

Linehan definiert Fertigkeiten („skills“) als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Der Begriff „Fertigkeiten“ wird in der DBT synonym mit „Fähigkeiten“ gebraucht. Die zu erlernenden Verhaltensfertigkeiten gliedern sich bei Linehan in 4 Module. Bohus et al. haben in den letzten Jahren 2 weitere Module (Selbstwert und Körperwahrnehmung; s. folgende Übersicht) entwickelt. Die DBT bietet ein gut durchstrukturiertes Manual mit zahlreichen Übungsbeispielen und borderlinespezifischen Instruktionen. Zu jedem Modul existieren spezifische Arbeits- und Übungsblätter. Zudem entwickelte die Arbeitsgruppe der Autoren eine computerbasierte interaktive CD-ROM, die im Selbstmanagement oder in Verbindung mit einer Skillsgruppe eingesetzt werden kann (Bohus u. Wolf 2007). Die Inhalte der Module gliedern sich, wie im Folgenden beschrieben.

Fertigkeiten zur Stresstoleranz. Diese Fertigkeiten fördern die Fähigkeit, Hochstressphasen und Zustände von intensiver Anspannung sowie Ohnmacht zu bewältigen, ohne auf dysfunktionale Verhaltensmuster, wie Selbstverletzungen, zurückzugreifen. Die Autoren gehen davon aus, dass unter diesen Bedingungen die kognitiven Funktionen stark eingeengt bzw. eingeschränkt sind und daher rational gesteuerte Problembewältigung kaum möglich ist. Starke sensorische Reize, Aktivierung motorischer Muster oder „information overload“ sind hilfreich, um die aversive Anspannung oder dissoziative Phänomene zu reduzieren. Diese Fertigkeiten sollten nur so lange praktiziert werden,

bis eine ausreichende Spannungsreduktion eingetreten ist. Dann sollte sich der Patient den Ursachen seines Spannungsanstiegs zuwenden, um daraus zukünftig präventive Techniken abzuleiten. Die Patienten werden dazu angehalten, die 2 bis 3 der wirksamsten Stresstoleranzfertigkeiten in einem Notfallkoffer permanent bei sich zu führen.

Fertigkeiten zur Emotionsmodulation.

Schwierigkeiten, mit schmerzhaften Gefühlen umzugehen, gelten aus der Sicht der DBT als zentral für die Genese der BPS. Die Patienten sollen lernen, welche Grundgefühle es gibt, woran man diese identifizieren kann, und wie sich Gefühle regulieren lassen. Die Identifikation wird über eine Schulung der Achtsamkeit für emotionsspezifische Prozesse trainiert. Durch diese gelenkte Wahrnehmung wird Distanz zur Emotion erzeugt. Darüber werden bislang als unbeherrschbar empfundene Emotionen für die Patientinnen regulierbarer. Auch lernen die Patienten ihre Emotionen abzuschwächen, indem sie kognitive Manöver einsetzen, Körperhaltungen modulieren oder ihren physiologischen Erregungszustand etwa durch Atemübungen herunterregeln.

Zwischenmenschliche Fertigkeiten.

Dieses Modul hat große Ähnlichkeit mit anderen Trainingsmanualen zum Erlernen von sozialer Kompetenz. Borderlinepatienten mangelt es jedoch meist nicht an sozialer Kompetenz im engeren Sinne, sondern an Umgangsformen mit störenden Gedanken und Gefühlen während sozialer Interaktionen. Es werden wirkungsvolle Strategien zur Zielerreichung in zwischenmenschlichen Situationen sowie zum Umgang mit Beziehungen vermittelt. Großer Wert wird auch auf Aspekte der Selbstachtung beim Umgang mit anderen Menschen gelegt.

Fertigkeiten zur Verbesserung der inneren Achtsamkeit.

„Mindfulness-basierte“ Therapien stammen ursprünglich aus dem ZEN, haben aber als Therapiekomponenten mittlerweile einen festen Platz im Repertoire der Verhaltenstherapie erobert. Das Grundprinzip besteht darin, unter Ausschaltung von Bewertungsprozessen die gesamte Aufmerksamkeit auf ei-

nen einzigen Fokus zu konzentrieren. Im täglichen Üben entwickelt sich dadurch Kompetenz, von aktivierten emotionalen oder kognitiven Prozessen zu abstrahieren und diese als kreative Leistungen des Gehirns mit wenig Aussagekraft über reale Bedingungen zu erkennen. Die Relativierung von aktivierten affektiven Schemata ist eine Grundvoraussetzung jeder verhaltenstherapeutischen Intervention. Die meisten Patienten berichten, dass sich nach etwa 3–4 Wochen des Übens eine neue Balance zwischen „Gefühl und Verstand“ zu entwickeln beginnt, die „intuitives Wissen“ über sich selbst und die Welt verstärkt.

Verbesserung des Selbstwerts. Da Borderlinepatienten fast immer unter ausgeprägten Selbstzweifeln und einem sehr niedrigen Selbstwertgefühl leiden, hat es sich als hilfreich erwiesen, spezifische Fertigkeiten zum Aufbau von Selbstwert in die DBT zu integrieren, die auf eine sorgfältige Balance zwischen Validierung der etablierten, auch negativen Grundannahmen, und der Aneignung neuer Sichtweisen zielt.

Körperwahrnehmung. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von empirischen Hinweisen, dass Borderlinepatienten sehr häufig unter ausgeprägten Störungen der Körperwahrnehmung, der Körperrepräsentanz und -bewertung leiden. Es hat sich daher als sehr hilfreich erwiesen, zu deren Verbesserung gezielt Körpertherapie einzusetzen (Bohus u. Brokuslaus 2006).

Das Fertigkeitentraining ist als kognitiv verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zu verstehen und vorrangig als psychoedukatives Sozialtraining konzipiert. Damit wird explizit kein gruppendynamischer bzw. interpersoneller Ansatz verfolgt. Entwicklung, Reflexion und Analyse einer Gruppendynamik werden stattdessen aktiv unterbunden. Dies hat ein im Vergleich zu psychodynamischen Gruppentherapien deutlich entspannteres Gruppenklima zur Folge. Gerade bei der Arbeit mit emotional schwerst gestörten Patienten gewinnt diese Rahmenbedingung besondere Bedeutung. Die darüber von den Patienten empfundene Entlastung führt in der Regel nach bereits wenigen Gruppenstunden zu einer deutlichen

Reduktion möglicher, im Vorfeld auftretender sozialphobischer Befürchtungen. Das Fertigkeitentraining nutzt gezielt gruppentherapeutische Wirkfaktoren, allen voran Anregungs- und Feedbackfunktionen, Problemlösefunktionen sowie Sozialisierungs- und Stützungsfunktionen.

Ausblick

Trotz der erfreulichen Datenlage bleibt zu berücksichtigen, dass unter den derzeitigen Behandlungsbedingungen eine klinisch relevante Verbesserung lediglich bei ca. 60% der Betroffenen während der ersten Behandlungsphase erreicht werden kann. Unklar ist bislang, welche Parameter Therapieresponse vorhersagen. Diese Daten wären jedoch dringend nötig, um individualisierte Adaptationen der DBT weiter zu entwickeln. Bleibt schließlich noch ein Hinweis auf die zahlreichen Neuentwicklungen der DBT. Hervorzuheben sind Anpassungen an die Bedingungen in der Forensik (DBT für antisoziale Persönlichkeitsstörungen), die Entwicklung von DBT-Zusatzmodulen für Drogenabhängige, Adoleszente und Familienangehörige. Auch die Ausweitung der DBT auf neue Störungsbilder (Essstörungen, ältere Depressive und „stalker“) zeigt viel versprechende erste Daten.

Fazit für die Praxis

Die BPS ist eine schwer wiegende psychische Störung, deren Behandlung störungsspezifische Kompetenz erfordert. Im Zentrum der BPS steht eine tief greifende Störung der Affektregulation. Die Betroffenen charakterisieren sich durch ein Muster an emotionaler Instabilität, Störungen der Impulskontrolle, Problemen im zwischenmenschlichen Bereich und des Selbstbildes. Die meisten im DSM-IV definierten Erlebens- und Verhaltensmuster können somit entweder als direkte Folgen oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategien der Affektregulationsstörung interpretiert werden. Im Sinne eines Teufelskreises schwächen dysfunktionale Verhaltensmuster, wie Suizidversuche, Selbstverletzungen, Drogenintoxikation oder Hochrisikoverhalten, die zentralen, an der Affektregulation beteiligten neuropsychologischen Re-

gelkreise und führen daher zu einer Aggravierung der Problematik. Störungsspezifische Therapieansätze, wie die DBT oder die MBT im tiefenpsychologischen Bereich, berücksichtigen diese Besonderheiten, orientieren sich an definierten Behandlungsalgorithmen und erfordern relativ klar strukturierte Settings, deren Rahmenbedingungen zu Beginn der Behandlung abgesteckt werden müssen. Diese beinhalten dezidierte Nonsuizidverträge und „Notfallpläne“ im Fall einer akuten Krise. Der Therapeut sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten in der Lage sein, telefonisch auf akute Krisen zu reagieren. Die Behandlungsfoki sollten sich daran orientieren, dass zunächst Kontrolle über schwer wiegende Störungen des Verhaltens erarbeitet werden muss. In aller Regel ist die Vermittlung konkreter Fertigkeiten (Skills) zur Regulation von hohen Anspannungen, Dissoziation oder starken aversiven Affekten unumgänglich. Störungen des inneren Erlebens, Meidung von sozialer Herausforderung oder die Generalisierung traumatischer Erinnerungen sollten nachrangig behandelt werden.

Internetadresse

<http://www.dachverband-dbt.de>

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Martin Bohus

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5, 68117 Mannheim
martin_bohus@web.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Arntz A, Hoorn M van den, Cornelis J et al. (2003) Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Personal Disord* 17: 45–59
- Baron M (1981) Schedule for interviewing borderlines. New York State Psychiatric Institute, New York
- Bateman W, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563–1569

- Bateman A, Fonagy P (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36–42
- Bohus M (2002) Borderline-Störungen. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Bohus M, Broklaus I (2006) Körpertherapie im Rahmen der dialektisch behavioralen Therapie. In: Remmel A (Hrsg) *Handbuch Körper und Persönlichkeit*. Schattauer, Stuttgart, S 272–284
- Bohus M, Wolf M (2007) Training emotionaler Kompetenz – Ein computerbasiertes Selbsthilfeprogramm. Schattauer, Stuttgart
- Bohus M, Limberger M, Frank U et al. (2001) Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51: 201–211
- Bohus M, Schmahl CH, Lieb K (2004) New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 6: 43–50
- Bohus M, Haaf B, Simms T et al. (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42: 487–499
- Bohus M, Limberger M, Frank U et al. (2006) Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology* (im Druck)
- Clarkin J, Foelsch PA, Levy KN et al. (2001) The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 15: 487–495
- Gunderson J, Zanarini M (1992) Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R). Harvard Medical School, MA
- Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M (1998) Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 66: 545–552
- Kernberg O (1977) Borderline personality disorders. In: Hartcollis P (ed) *Borderline personality disorders*. International University Press, New York, pp 78–121 (1978)
- Koons CR, Robins C, Tweed J et al. (2001) Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 32: 371–390
- Lieb K, Linehan M, Schmahl C et al. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453–461
- Linehan M, Armstrong H, Suarez A et al. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060–1064
- Linehan M, Schmidt H, Dimeff L et al. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 8: 279–292
- Linehan M, Dimeff L, Reynolds S et al. (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: 13–26
- Linehan M, Comtois K, Murray A et al. (2006) Two years randomized trial + follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* (in press)
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline-personality disorder. Guilford, New York (dt.: *Dialektisch-behaviorale Psychotherapie der Borderline-Störung*. CIP-Medien, München, 1996)
- Loranger AW (1999) International personality disorder examination (IPDE): DSM IV and ICD 10 modules. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL
- Perry J (1982) The borderline personality disorder scale (BPD Scale). Cambridge Hospital, Cambridge, MA
- Pfohl B, Blum, N, Zimmerman M (1997) Structured interview for DSM-IV personality. American Psychiatric Press, Washington, DC
- Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al. (2000) A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41: 416–425
- Turner R (2000) Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract* 7: 413–419
- Verheul R, Bosch L van den, Koeter M et al. (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 182: 135–140
- Young JE (1999) Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach, 3rd edn. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Sarasota, FL
- Zanarini M (2003) Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Personal Disord* 17: 233–242
- Zanarini M, Gunderson J, Frankenburg F, Chauncey D (1989) The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personal Disord* 3: 10–18
- Zanarini M, Frankenburg F, Sickel A, Yong L (1996) The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders. McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development, Belmont, MA
- Zanarini 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
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 160: 274–283

Fragen aus der Praxis

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

eine Facharztzeitschrift ist ein lebendiges Medium und lebt auch vom Dialog zwischen Lesern und Herausgebern. Haben Sie Fragen aus der Praxis? Der Herausgeber dieser Rubrik wählt Fragen von allgemeinem Interesse aus und lässt sie von Experten kompetent und schnell beantworten.

Bitte schicken Sie Ihre Fragen an folgende Adresse:

Professor Dr. J. Eckert
Universität Hamburg
Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Oder schicken Sie einfach eine E-Mail an:
jeckert@uni-hamburg.de