

Kapitel 7

Aktualisierung und Überblick über die empirischen Belege der übertragungsfokussierten Psychotherapie und anderer Psychotherapien zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung¹

Kenneth N. Levy, Kevin B. Meehan, and Frank E. Yeomans

Abstract

Es hat den Anschein als würde seitens psychoanalytisch oder psychodynamisch orientierter Kliniker kein Interesse an empirischer Forschung bestehen. Die Gründe hierfür reichen von der Herausforderungen der Durchführung einer randomisierten kontrollierten Studie, welche die Wirksamkeit einer psychoanalytischen Herangehensweise demonstriert, bis hin zu epistemologischen und philosophischen Meinungsverschiedenheiten über die Natur der Wissenschaft (siehe Parron, 2006; Kernberg, 2006a zur Veranschaulichung dieser Debatte). Obwohl viele Mitglieder der psychoanalytischen Gemeinschaft zurückhaltend bezüglich des Wertes von Psychotherapieforschung sind, wurden doch einige der neuesten Untersuchungen von Psychoanalytikern durchgeführt (Parron, 2006; Alexander, 1932-1937). Hinzukommt, dass sich psychoanalytische und psychodynamische Kliniker immer mehr dafür interessieren, ihre psychodynamischen Hypothesen empirisch zu testen und eine belastbare Evidenzgrundlage für psychodynamische Psychotherapie zu schaffen (Kernberg, 2006; Kernberg, 2006a; Blatt, 2001; Bornstein, 2001; Fonagy, 2000; Gerber, 2001; Levy et al., 2009; Westen & Morrison, 2001; Yeomans, 2001). Besonders erfolgreich zeigt sich das gestiegene Interesse in der Untersuchung von Borderline Persönlichkeitsstörungen. Dabei werden schwere Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline Persönlichkeitsstörung zunehmend als der Kernbereich der psychoanalytischen klinischen Arbeit gesehen.

Keywords: Borderline Persönlichkeitsstörung; Dialektisch-Behaviorale Therapie; empirisch gestützte Behandlung; evidenzbasierte Behandlung; Persönlichkeitsstörung; Psychoanalyse; Psychodynamische Psychotherapie; Wirkung von Psychotherapie; Schematherapie; Übertragungsfokussierte Psychotherapie

¹ Levy, K., Meehan, K., & Yeoman, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapy for borderline personality disorders. In R.A Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 139-167). Übersetzt durch: Gretje Berg (International Psychoanalytic University, Berlin)

Psychodynamische Psychotherapie für Borderline Persönlichkeitsstörung

Es hat den Anschein als würde seitens psychoanalytisch oder psychodynamisch orientierten Kliniker kein Interesse an empirischer Forschung bestehen. Die Gründe hierfür reichen von der Herausforderungen der Durchführung einer randomisierten kontrollierten Studie, welche die Wirksamkeit einer psychoanalytischen Herangehensweise demonstriert, bis hin zu epistemologischen und philosophischen Meinungsverschiedenheiten über die Natur der Wissenschaft (siehe Parron, 2006; Kernberg, 2006a zur Veranschaulichung dieser Debatte). Obwohl viele Mitglieder der psychoanalytischen Gemeinschaft zurückhaltend bezüglich des Wertes von Psychotherapieforschung sind, wurden doch einige der neuesten Untersuchungen von Psychoanalytikern durchgeführt (Parron, 2006; Alexander, 1932-1937). Hinzukommt, dass sich psychoanalytische und psychodynamische Kliniker immer mehr dafür interessieren, ihre psychodynamischen Hypothesen empirisch zu testen und eine belastbare Evidenzgrundlage für psychodynamische Psychotherapie zu schaffen (Kernberg, 2006; Kernberg, 2006a; Blatt, 2001; Bornstein, 2001; Fonagy, 2000; Gerber, 2001; Levy et al., 2009; Westen & Morrison, 2001; Yeomans, 2001). Besonders erfolgreich zeigt sich das gestiegene Interesse in der Untersuchung von Borderline Persönlichkeitsstörungen. Dabei werden schwere Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline Persönlichkeitsstörung zunehmend als der Kernbereich der psychoanalytischen klinischen Arbeit gesehen.

Mehrere psychodynamische Therapien beweisen sich in der Behandlung von Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung als effektiv. Dieses Kapitel beschäftigt sich jedoch, neben anderen evidenzbasierten Behandlungen, hauptsächlich mit Otto Kernbergs (Clarkin et al., 1999; Clarkin et al., 2006) übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP). Bevor wir die empirischen Beweise für die Wirksamkeit und Effektivität der TFP untersuchen, diskutieren wir drei weitere bedeutende Behandlungsmethoden der Borderline Persönlichkeitsstörung, die ihre Wirksamkeit in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) unter Beweis stellen konnten: die dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan, 1993), die mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman & Fonagy, 2004) und die Schematherapie (Young et al., 2003). Anschließend werden wir das empirische Datenmaterial zur TFP prüfen, um der Empfehlung der American Psychological Association Division 12 gerecht zu werden, die zu dem Schluss kommt, dass die "TFP aufgrund der unterschiedlichen Forschungsergebnisse eine eher kontroverse empirische Unterstützung aufweist. Während die TFP in einer randomisierten kontrollierten Studie (Clarkin et al., 2007) sehr gute Ergebnisse brachte, schnitt sie in einer anderen Studie eher nicht so gut ab (Giesen-Bloo, et al., 2007). Deswegen werden weitere Untersuchungen benötigt, damit die TFP als Behandlungsmethode betrachtet werden kann, die eine mittlere bis starke Forschungsgrundlage aufweist." Wir werden die Ergebnisse einer kürzlich erschienenen RCT der TFP von Doering et al. (2010) betrachten, die genau diesem Bedarf nachkommt und die TFP darüberhinaus als eine wirksame Behandlungsweise bestätigt. Zudem werden wir eine klinische Fall-Vignette nutzen, um die Kernprinzipien der klinischen Arbeit aus der TFP-Perspektive zu veranschaulichen und diese dahingehend zu kontrastieren, wie ein Therapeut mit einer mentalisierungsbasierten Ausrichtung möglicherweise an die gleichen klinischen Probleme herantreten würde. Wir schließen mit einer Zusammenfassung der Schlussfolgerungen sowie den Literaturangaben ab.

Wodurch zeichnet sich Empirische Evidenz aus?

Auch wenn randomisierte kontrollierte Studien generell als Goldstandard angesehen werden und eine bedeutende methodologische Stärke aufweisen (Borkovec & Castonguay, 1998), sind sie dennoch durch einige wichtige Faktoren limitiert (Westen & Morrison, 2001; Borkovec & Castonguay, 1998; Ablon & Jones, 2002; Blatt & Zuroff, 2005; Goldfried & Wolfe, 1998; Howard et al., 1986; Levy & Scott, 2007). Der Fokus auf RCTs hatte die unbeabsichtigte Konsequenz der Vernachlässigung anderer Faktoren, die für die Bewertung von Behandlungen auf Grundlage empirischer Evidenzen wichtig waren. Die Vielzahl der Einschränkungen von Wirksamkeitsstudien brachten einige Forscher dazu, eher nach empirisch belegbaren Behandlungsprinzipien (ESP), oder evidenzbasierten Erklärungen von Behandlungen, statt nach anerkannten, gesicherten, namhaften oder evidenzbasierten Behandlungen zu suchen (Ablon & Jones, 2002; Castonguay & Beutler, 2000; National Institute of Mental Health, 2002; Rosen & Davison, 2003).

Gabbard et al. (Levy & Scott, 2007; Gabbard et al., 2002; Clarke & Oxman, 1999; Chambless & Hollon, 1998) haben ein Phasenmodell beziehungsweise eine Hierarchie von Behandlungsevidenzen eingeführt, um dadurch gleichzeitig die interne sowie die externe Validität untersuchen zu können. Sie gehen davon aus, dass Belege aus mehreren Quellen dieses Modells notwendig sind, um eine empirische Grundlage für die spezifischen Formen der Psychotherapie zu schaffen. In ansteigender interner Validität und absteigender externer Validität beginnt die Hierarchie der Behandlungsevidenz mit dem Aufstellen einer Behauptung oder der Darstellung einer klinischen Innovation und führt dann über klinische Fallstudien, klinischen Fallserien, Prä-Post-Designs ohne Kontrollgruppen, Quasi-experimentelle Forschungsdesigns, die zwar Vergleiche anführen, jedoch nicht randomisiert durchgeführt werden, hin zu RCTs. Innerhalb der RCT-Kategorie gibt es darüberhinaus ebenso eine Hierarchie hinsichtlich der eingesetzten Kontrollgruppe, die von dem Benutzen von Wartelistenkontrollgruppen über Gruppen mit Standardbehandlung, Placebo-Gruppen bis zum Vergleich mit einer etablierten, weit verbreiteten alternativen Behandlungsmethode, reicht. Levy und Scott (2007) gehen davon aus, dass durch die Beachtung dieses Phasenmodells in Kombination mit der Untersuchung von Belegen für spezifische Techniken und Wirkmechanismen (Clarkin & Levy, 2006; Levy et al., 2006), ein größeres Spektrum an Evidenzen und eine höhere Validität erreicht werden kann als durch den bloßen Fokus auf RCTs. Andere Forscher postulieren, dass eventuell naturalistische Studien notwendig sind, um die Lücke zwischen Praxis und Forschung zu schließen (Morrison et al., 2003; Seligman, 1995). Beschränkt man Forschung, Praxis und Ausbildung ausschließlich auf Behandlungen, welche durch RCTs validiert wurden, könnte die Erforschung der Borderline Persönlichkeitsstörung behindert und der Zugang zu Behandlungen, die eventuell besser zu bestimmten Patientensubgruppen passen, blockiert werden (Abbildung 7.1).

Zudem haben die Vielzahl der Limitationen von Wirksamkeitsstudien einige Forscher dazu veranlasst, sich eher auf die Untersuchung der Mechanismen innerhalb des Behandlungsprozesses zu fokussieren, die zu nachhaltigen Veränderungen führen (Ablon & Jones, 2002; Blatt & Zuroff, 2005; National Institute of Mental Health, 2002; Rosen & Davison, 2003; Clarkin & Levy, 2006; Levy et al., 2006; Kazdin, 2001; Levy, 2008). Dementsprechend empfehlen Borkovec und Castonguay (1998) und Connor-Smith und Weisz (Connor-Smith & Weisz, 2003) kontrollierte Therapiestudien mit einem weitestgehend naturalistischen Aufbau. Die Kombination von Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien

könnten ebenso dazu beitragen, die Lücke zwischen Praxis und Wissenschaft zu überbrücken (Carroll & Rounsaville, 2003). Gleichzeitig scheint bereits beachtliches Datenmaterial zu Multilevelevvidenzen vorzuliegen, die kombiniert werden könnten, um umfassendere Inferenzen über die Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen zu erhalten. Es scheint also notwendig, einen weitgefassteren Begriff der Evidenz einzuführen, um die Effekte der Psychotherapie bei der komplexen Störung der Borderline Persönlichkeit zu evaluieren.

Abbildung 8.1 Hierarchie oder Phasenmodell von Behandlungsevidenzen (als Funktion der Kontrolle und Generalisierbarkeit)

-
- Randomisierte Kontrollierte Studien
 - gut etablierte, weit verbreitete, alternative Behandlungsmethoden
 - Placebo
 - gewohnte Behandlung (TAU)
 - Warteliste
 - quasi-experimentelle Design
 - Prä-Post-Designs
 - Fallserien
 - Klinische Fallstudie

Aufstellen einer Behauptung oder der Darstellung einer klinischen Innovation

Basierend auf Datenmaterial von Gabbard et al. (2002) und Clarke und Oxman (1999)

Der Aufstieg der dialektisch-behavioralen Therapie: Vorteile und Risiken

Psychotherapieforschung von Langzeitbehandlungen ist in der Durchführung so schwierig, dass sie von einigen Vertretern als unmöglich abgetan wurde. Als Resultat dessen, wurden psychologische Behandlungen entwickelt, die sich in kurzer Zeit durchführen ließen, um sie dann in Medikationsstudien integrieren zu können. Nicht so Linehan (1991), der in seiner einjährigen RCT zu Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) eine integrative Verhaltenstherapie (dialektisch-behavioraler Therapie; DBT) mit einer Standardbehandlung (engl.: treatment as usual; TAU) verglich. Diese wegweisende Studie hatte einen enormen Einfluss auf Ausbildung und aktuelle Behandlungstrends. Die Studie veranlasste ein Wiederaufleben von Studien zu langfristigen psychodynamischen Behandlungen, weil sie zeigte, dass randomisierte kontrollierte Studien einer Langzeitbehandlung möglich waren. Das Menninger Foundation Psychotherapy Research Project initiierte schon in den 1950ern solche Langzeitstudien (Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986).

In der bahnbrechenden Studie konnten Linehan et al. (1991) zeigen, dass Patienten, die mit der DBT behandelt wurden im Vergleich zur herkömmlichen Therapie, die Behandlung weniger häufig abbrachen und eine signifikante Reduktionen der Anzahl und des Schweregrads der Suizidversuche sowie der Länge von stationären Aufenthalten zeigten. Außerdem zeigten Linehan et al. (1999), dass die DBT für drogenabhängige Frauen mit BPS, im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung, zu einer signifikanten Reduktion des Drogenmissbrauchs führte. Neben diesen beeindruckenden Ergebnissen, gibt es wesentliche Limitationen dieser und anderer Studien der DBT (Linehan et al., 1999; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003): Es wurden Vergleiche mit Kontrollgruppen angestellt, die weniger Behandlungseinheiten erhielten, als die Patienten in der DBT-Gruppe. Zum Beispiel erhielten in Linehans ursprünglicher Studie die Hälfte der Patienten in der Kontrollgruppe zu keiner

Zeit irgendeine Behandlung. In Verheuls Studie brachen 73% der Patienten der TAU-Gruppe die Behandlung ab. Westen et al. (Westen et al., 2004; Westen & Bradley, 2005) beanstanden die Interpretierbarkeit von Datenmaterial, welches die Wirksamkeit von Behandlungen untersucht, wenn diese mit, wie sie es nennen, "beabsichtigt-versagenden" Kontrollgruppen arbeiten. Aufgrund der fehlenden Behandlungen in der TAU-Gruppe, schlugen Levy et al. (Levy & Scott, 2007; Levy et al., 2006) Kontrollgruppen vor, die als Nicht-Behandlungsgruppen konzeptualisiert werden und nicht als Standardbehandlungsgruppe. Hinzukommt, dass die TAU-Gruppen nicht nur hinsichtlich der Kontrolle der Aufmerksamkeit versagt, sondern auch im Sinne der Glaubwürdigkeit (ein häufig vernachlässigter Aspekt von Kontrollgruppen; siehe Borkovec & Nau, 1972; Rokke et al., 1990).

Unabhängig von den Limitationen der Ursprungsstudie von Linehan und der geringen Anzahl von Probanden (41 Patienten in drei Studien), hatte die DBT bis zum Jahr 2000 schnell eine allgemeine Akzeptanz erlangt. Viele Pflege- und Therapieeinrichtungen stellten die besonderen Vorteile der DBT hervor. Diverse Gesundheitsministerien (Illinois, Connecticut, Massachusetts, New Hampshire, North Carolina and Maine) unterstützten begeistert die DBT und subventionierten sie als die Behandlung der Wahl für Patienten mit BPS. Darüberhinaus schrieben sie einen DBT-Lehrgang für staatlich Angestellte vor, die mit stark belasteten Menschen arbeiteten. In West Massachusetts konnten ehemalige DBT-Patienten ihre Behandlungskosten zurückerstattet bekommen, wenn sie aktuelle DBT-Patienten berieten. Unzählige Marketinginitiativen, Seminare und DBT-Lehrgänge wurden in stationären und ambulanten klinischen Einrichtungen, Strafanstalten und Gemeinschaftsbehandlungszentren angeboten, wobei die Mehrheit von *Behavioral Tech*, einer Kapitalgesellschaft, die die DBT verbreitet, zur Verfügung gestellt wurden. Mit Sicherheit sind Linehans Anstrengungen die DBT zu entwickeln, zu untersuchen und deren Verbreitung, angesichts der schwerwiegenden Störung der BPS, beachtlich. Im Vereinigten Königreich, erwähnen die *NICE*-Richtlinien die DBT als einzige namentlich und als die Behandlung der Wahl bei parasuizidalen Frauen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Dennoch wurden Bedenken laut, dass die Verbreitung der DBT vor allem aufgrund der staatlichen Subvention und der Rückerstattungen durch die Versicherungen, über die Grenzen der Evidenzbasis hinausging (Levy, 2008; Corrigan, 2001; Scheel, 2000; Smith & Peck, 2004; Westen, 2000).

Um die DBT mithilfe von strengeren Kontrollgruppen zu testen, haben Linehan et al. (2006) Patienten, die mit DBT behandelt wurden mit Patienten, die bei Experten der psychologischen Gemeinschaft in Behandlung waren, verglichen (CTBE). In dieser Studie wurden 101 Patienten randomisiert einer der Gruppen, entweder DBT oder CTBE, zugeordnet. Dabei wurden die CTBE-Therapeuten von leitenden Personen des Gesundheitswesens als Experten für "schwierige Patienten" ausgewählt. Aus den 100 nominierten Therapeuten wurden 94 ausgesucht, von denen nur 25 zustimmten, teilzunehmen. Diese Therapeuten entstammten unterschiedlichen theroretischen Richtungen, wobei ungefähr die Hälfte als psychodynamisch orientiert bezeichnet werden konnten. Beide Gruppen erhielten Supervision, welche an angesehenen Institutionen durchgeführt wurden: für DBT war das der psychologische Fachbereich der Universität von Washington und für CTBE das Psychoanalytische Institut in Seattle. Während 100% der DBT-Therapeuten die Supervision in Anspruch nahmen, beteiligten sich nur 50% der CTBE-Therapeuten. 27% der DBT-Therapeuten konnten einen Dokortitel der Philosophie oder Medizin vorweisen, jedoch

hatten weniger als 50% der CTBE-Therapeuten diesen akademischen Grad erreicht. Die Studie wurde durch die DBT-Gemeinschaft publik gemacht und auf der Website des National Institute of Mental Health veröffentlicht. Die veröffentlichten Hauptergebnisse zeigen, dass die DBT-Gruppe eine signifikant geringere Abbruchrate aufweist (mit 19,2% in DBT und 46,9% in CTBE). In der Intent-to-Treat Analyse (ITT) weist die DBT hinsichtlich der Verringerung des parasuizidalen Verhaltens bessere Ergebnisse als die CTBE auf. Ein weiteres Ergebnis war, die signifikant geringere Suizidrate in der DBT-Gruppe beim Vergleich des Datenmaterials aus dem Behandlungsjahr mit dem Folgejahr. Was jedoch nicht allgemein bekannt wurde, sind die nicht vorhandenen Unterschiede in dem Aufsuchen von Notaufnahmen, den stationären Aufnahmen, der Medikation, dem allgemeinen Funktionsniveau, der sozialen Anpassung oder dem parasuizidalen sowie suizidalen Verhalten in der ITT-Analyse. Zusätzliche Completer-Analysen ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in keiner dieser Variablen (Lynch, 2004). Im ersten Folgejahr wurden ebenso keine Unterschiede zwischen der DBT und der CTBE-Gruppe hinsichtlich einer dieser Variablen gefunden. Die DBT-Patienten nahmen eher weniger Suizidversuche vor als die Patienten in der CTBE-Gruppe, wenn das Datenmaterial des Behandlungsjahr und das Folgejahr kombiniert wurden. Dieser Effekt verschwand jedoch, wenn die jeweiligen Zeiträume einzeln betrachtet wurden (Levy, 2008). Zusammengefasst spricht dies eher für geringe Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen, abgesehen von den relativen Vorteilen in der DBT-Gruppe (erfahrene und supervidierte Therapeuten, die ein Behandlungsmanual an einer speziellen und relevanten Patientengruppe durchführten) und den relativen Nachteilen in der CTBE-Gruppe (weniger supervidierte Therapeuten mit weniger Berechtigungsnachweisen, die weniger Erfahrung in der Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen hatten und bei denen nur die Hälfte der Patienten tatsächlich an der Behandlung teilgenommen haben). Außerdem verschwinden die Unterschiede zwischen den Gruppen, wenn die Dosis oder die tatsächliche Teilnahme kontrolliert wird, genauso wie bei einer einjährigen Nachuntersuchung.

Andere Ergebnisse stellen die Belastbarkeit der Vorteile der DBT in Frage. So fand zum Beispiel Linehan (Linehan et al., 1993) keine Unterschiede zwischen den Gruppen in der Dauer der Krankenhausaufenthalte in einer Folgeuntersuchung nach sechs Monaten oder im selbstzerstörerischen Verhalten in einer Folgeuntersuchung nach einem Jahr (abgesehen davon, dass die DBT-Patienten noch immer DBT erhielten, wobei die Hälfte der TAU Gruppe nicht mehr in Behandlung war). Darüberhinaus konnte eine Folgestudie von Verheul et al. (2001) nach sechs Monaten keine Unterschiede in dem impulsiven Verhalten, der Parasuizidalität, dem Alkoholmissbrauch oder dem Missbrauch weicher sowie harter Drogen zwischen der DBT und der TAU-Kontrollgruppe finden (van den Bosch et al., 2005; van den Bosch et al., 2003). Auch wenn die Ergebnisse von Linehans DBT-Studien insgesamt eine Aussagekraft der Effekte andeuten, zeigen naturalistische Folgestudien der DBT-Patienten widersprüchliche Nachhaltigkeit von Behandlungseffekten und die fortwährende Beeinträchtigung in der Funktionsweise bleibt bei Patienten bestehen auch wenn sie zunächst eine Verbesserung der Symptome berichteten.

Von größter Bedeutung in der Beziehung der DBT zur psychodynamischen Psychotherapie ist die neueste randomisierte kontrollierte Studie von MacCain et al. (2009), die herausstellt, dass das allgemeine psychiatrische Management (General Psychiatric Management) auf Grundlage der *American Psychiatric Treatment Guidelines*, die individuelle

psychodynamische Psychotherapie (basierend auf Gundersons Behandlungsmodell, 2001) in Kombination mit pharmazeutischer Behandlung sowie Fall-Management, ähnlich gute Ergebnisse wie die DBT bringt. Suizidalität, Selbstverletzung, die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste, Symptome der Borderline Persönlichkeitsstörung, Depression, Wut und soziale Anpassung unterschieden sich nicht bei Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung zwischen den Bedingungen über ein Behandlungsjahr.

Seit Linehans wegweisender Studie haben viele unterschiedliche Behandlungsformen ihre Wirksamkeit im Vergleich zu einer TAU-Gruppe oder einer strengeren Kontrollgruppe gezeigt und auch wenn für die DBT bisher die meisten Belege aufgestellt wurden, so kann das Sammeln von Datenmaterial nicht vollständig abgeschlossen sein. Studien, die die DBT mit anderen gut durchgeführten Behandlungen vergleichen, finden generell einige Unterschiede zwischen den Behandlungsformen. Es gibt jedoch keine Studie, welche die DBT mit einer aktiven Behandlungsmethode vergleicht und dabei die klare Überlegenheit beweisen kann. Offensichtlich ist die DBT eine wirksame Behandlungsmethode, wenn sie mit einer TAU-Gruppe verglichen wird. Betrachtet man jedoch die Heterogenität der Borderline Persönlichkeitsstörung ist unwahrscheinlich, dass es überhaupt eine Behandlungsform geben kann, die für alle Patienten hilfreich ist (Gunderson & Levy, 2001). Deswegen sind weitere Untersuchungen notwendig, um die Interaktion zwischen der Behandlungsmethode und den Patienteneigenschaften zu untersuchen und damit Aussagen treffen zu können, "welche Behandlung, durch wen [...] bei welchem Patienten, mit welchem spezifischen Problem und unter welchen Umständen" am wirksamsten ist."

Mentalisierungsbasierte Therapie

Bateman und Fonagy (2006) entwickelten die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) auf Grundlage der entwicklungstheoretischen Mentalisierungsfähigkeit, welche die Philosophie (theory of mind), die Ich-Psychologie, die Kleinianische Theorie und die Bindungstheorie miteinander verbindet. Fonagy und Bateman (2006) postulieren, dass in jeden Veränderungsprozess von wirksamen Behandlungsformen der Borderline Persönlichkeitsstörung, die Fähigkeit der Mentalisierung involviert sei - die Fähigkeit, über eigene mentale Zustände und die von anderen Personen im Sinne von Wünschen, Verlangen und Intentionen, nachdenken zu können. Dafür werden die Patienten dazu eingeladen, hinsichtlich ihrer eigenen Gedanken, Einstellungen neugierig zu werden und vor allen Dingen ein Bewusstsein über manifeste Affekte in sich selbst und bei anderen zu entwickeln. Es wird davon ausgegangen, dass diese Fähigkeit durch die Aktivierung des Bindungssystems in affektgeladenen, interpersonellen Situationen geformt wird. Das Konzept der Mentalisierung wurde mithilfe der Reflective-Functioning-Scale operationalisiert (RF, Fonagy, 1997).

In einer randomisierten klinischen Studie verglichen Bateman und Fonagy (1999) die Wirksamkeit von einem 18-monatigen psychoanalytisch orientierten teilstationären Behandlungsprogramm mit einer standardisierten klinischen Vorgehensweise bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Die Patienten, die dem psychoanalytischen ambulanten Behandlungsprogramm, von nun an als mentalisierungsbasierte Therapie bezeichnet (MBT; Bateman & Fonagy, 2004), randomisiert zugeteilt wurden, zeigten eine statistisch signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik und ein erhöhtes soziales und interpersonelles Funktionsniveau, sowie eine signifikante Verringerung sowohl des

suizidalen als auch parasuizidalen Verhaltens und der Anzahl der stationären Behandlungstage.

Die Patienten wurden bis zu 18 Monate nach ihrer Entlassung alle drei Monate erneut untersucht (Bateman & Fonagy, 2001). Die Folgeergebnisse zeigten, dass die Patienten, welche die MBT abgeschlossen hatten, nicht nur die wesentlichen Behandlungserfolge beibehielten, sondern eine kontinuierliche, stetige und statistisch signifikante Verbesserung der meisten Messwerte zeigten. Dies weist darauf hin, dass Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung einen kontinuierlichen Anstieg ihres Funktionsniveaus erreichen können, auch lange nachdem die eigentliche Behandlung beendet wurde. Zur Wiederholung der Untersuchung, 18 Monate nach der Entlassung, waren 59.1% der Patienten, die mit MBT behandelt wurden, unterhalb der diagnostischen Grenze für die Borderline Persönlichkeitsstörung, verglichen mit 12.5% der Patienten, die mit einer standardisierten allgemeinen psychiatrischen Pflege (routine general psychiatric care) behandelt wurden.

Eine Folgeuntersuchung mit nachträglicher Randomisierung der MBT nach 8 Jahren wurde kürzlich abgeschlossen und die Ergebnisse zeigen einen beeindruckenden Langzeiteffekt in den Behandlungserfolgen (Bateman & Fonagy, 2008). In der Folgestudie erfüllten 87% der Patienten, die mit der MBT behandelt wurden die Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung nicht mehr, verglichen mit 13% der Patienten, die eine standardisierte allgemeine psychiatrische Pflege durchliefen. Darüberhinaus zeigten Patienten, die mit der MBT behandelt wurden, eine Aufrechterhaltung der erreichten Therapieziele im Sinne einer geringeren Suizidalität, der Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten, Medikamenteneinnahme und verbessertem beruflichen Funktionsniveau, wobei das soziale Funktionsniveau beeinträchtigt blieb. Diese Ergebnisse zeigen die langfristige Aufrechterhaltung der Behandlungsziele für BPS-Patienten und sind deswegen so bedeutend, weil sie nicht nur eine kontinuierliche Verbesserung durch die MBT-Behandlung beweisen, sondern auch auf eine unterschwellige Wirkung hinweisen, die mit längerer Zeit zu einer Verbesserung führt. Da die langfristigen Folgestudien jedoch auf einem Vergleich zu einer standardmäßigen Behandlungsgruppe (TAU) basieren, sind weitere Untersuchungen notwendig, um die langfristige Wirksamkeit der MBT umfassender bewerten zu können.

Während die MBT ihre Wirksamkeit innerhalb eines teilstationären Settings demonstriert hat, vergleicht eine neue Studie von Bateman und Fonagy (2009) die Wirksamkeit einer 18-monatigen ambulanten MBT-Behandlung mit Strukturiertem Klinischen Management (SCM) für Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung. Da die SCM aufgrund ihrer strukturierten Behandlungsweise sowie der ähnlichen Anzahl von Behandlungseinheiten eine strengere Kontrolluppe darstellt, können hier die Vorteile der MBT besonders betont werden. Außerdem erhalten die Therapeuten vergleichbare Supervisionen und können ähnliche professionelle Erfahrungen wie die MBT-Therapeuten nachweisen. Ein herausragendes Merkmal dieser Studie ist die randomisierte Zuordnung der Therapeuten zur Kontrolle eines Therapeuteneffekts. Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten in Bezug der Suizidalität und dem selbstverletzenden Verhalten, der Anzahl und Länge der stationären Behandlungen sowie der statistisch signifikanten Reduktion von depressiven Symptomen und einem besseren sozialem und interpersonellem Funktionsniveau von beiden Behandlungsarten profitieren. Hierbei können in der MBT-Gruppe größere Effektstärken berichtet werden, als in der SCM-Gruppe. Eine weitere Stärke dieser Studie ist die Durchführung der sowohl MBT als auch SCM durch nicht-spezialisierte Fachkräfte für

psychische Gesundheit, was zeigt, dass die MBT auch mit minimalem Training und Supervision durchgeführt werden kann und keiner erweiterten psychoanalytischen Fortbildung bedarf.

Diese Studien weisen auf die Wirksamkeit der MBT im Vergleich mit einer Standardbehandlung oder einer strengeren Kontrollgruppe hin. Wie bereits erwähnt, sollte für eine ausreichende empirische Grundlage für eine Psychotherapie der nächste Schritt in dem Phasenmodell der Behandlungsevidenz der Vergleich der MBT mit einer etablierten, verbreiteten Alternativbehandlung (wie zum Beispiel DBT, TFP oder SFT) sein, selbst wenn die Belege für die Wirksamkeit bis jetzt sehr beeindruckend sind. Davon abgesehen sollte nicht vergessen werden, dass die Ziele der MBT zugegebenermaßen eher bescheiden sind, insofern als dass sie "keine Veränderungen auf dem Strukturniveau beziehungsweise in der Persönlichkeit erreichen will oder Kognitionen und Schemata verändern möchte, sondern vielmehr die noch nicht entwickelten Fähigkeiten eines Individuums der Mentalisierung fördern will, sodass diese Person eher in der Lage ist Probleme zu bewältigen und besser mit emotionalen Zuständen, vor allem hinsichtlich interpersoneller Beziehungen, umzugehen oder sich zumindest in der Fähigkeit, dies zu können, sicherer zu fühlen" (Clarkin et al., 2010, p.200).

Darüberhinaus sollte, wie bereits erwähnt, die Wirksamkeit einer Behandlung stets in Kombination mit der Untersuchung der Evidenzen bezüglich spezifischer Techniken und Wirkmechanismen betrachtet werden (Levy & Scott, 2007; Clarkin & Levy, 2006; Levy et al., 2006). Zum jetzigen Zeitpunkt muss die MBT beweisen, dass die Veränderungen durch den ihr vermeintlich eigenen Wirkmechanismus, der Reflexionsfähigkeit, hervorgebracht werden. Auch wenn andere Behandlungen aufgrund ihrer theoriebasierten Wirkungsweise keine spezifischen Effekte zeigen, ist es für die MBT von besonderer Bedeutung zu beweisen, dass sie in theoretisch vorhersagbarer Art und Weise funktioniert.

Schematherapie

Die Schematherapie (SFT; Young et al., 2003) ist ein integrativer Ansatz, der "Erkenntnisse und Techniken der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie, Bindungstheorie, psychodynamischen und emotionsfokussierten Traditionen bedient..." (Kellogg & Young, 2006). Diese Herangehensweise bezieht sich im weitesten Sinne auf die Konzepte der Objektbeziehungstheorie insofern, als dass Schemata in ihrem Kern stehen und damit die internalisierten Repräsentanzen des Selbst in Beziehung zu anderen. Jedoch teilt die Schematherapie nicht die Auffassung des dynamischen Unbewussten. Bei diesem Zugang zu internalen Schemata geht es eher darum, dem Patienten zu helfen, indem er diese kennenlernt, ohne sich darauf zu fokussieren, warum diese außerhalb seines Bewusstseins existieren. Die vier Kernmechanismen, die in der SFT genutzt werden sind (1) "bedingtes Reparenting", (2) erlebnisbezogene Imaginationen und Dialogarbeit, (3) kognitive Umstrukturierung und Edukation sowie (4) die Unterbrechung von maladaptiven Verhaltensmustern. Das Reparenting wird hierbei als Herzstück der SFT beschrieben. Es basiert auf der Annahme, dass die Urbedürfnisse der Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung von ihren Eltern nicht befriedigt wurden und dass der Therapeut die Erfahrung dieser Bedürfnisbefriedigung nachträglich erfüllen kann. Bedingtes Reparenting befürwortet und fördert dabei die Abhängigkeit vom Therapeuten, dies bezieht das Geben von Wärme und Pflege, welches zB.: das Umarmen eines Patienten einschließen kann, die Selbstauskunft

sowie Grenzsetzung ein. Aus einer psychodynamischen Perspektive scheint diese Technik dem Patienten möglicherweise dabei zu helfen, negative Eigenschaften und die Identifikation mit dem bestraften Selbst zu externalisieren, indem die Patienten ermutigt werden die Misshandlungen der Eltern gegenüber dem Individuum hervorzuheben. Dadurch erlangt der Patient ein integriertes Verständnis von positiven und negativen Aspekten von sich selbst.

Eine niederländische Studie von Arntz et al. (2007) vergleicht die SFT mit der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). Diese Studie ist einzigartig, weil sie zwei aktive Behandlungsmethoden über drei Jahre miteinander vergleicht. Die Patienten profitierten in der Reduktion von BPS-Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität, sowie der Verbesserung der allgemeinen Psychopathologie und persönlicher Faktoren von beiden Behandlungsformen, wobei in der SFT-Gruppe größere Effektstärken berichtet wurden als in der TFP Gruppe. Darüberhinaus zeigte die TFP-Gruppe eine signifikant höhere Abbruchrate (51.2% gegenüber 26.7%) innerhalb der dreijährigen Behandlungsdauer.

Bei der ersten Betrachtung scheinen die Ergebnisse darauf hinzuweisen, dass die SFT wirksamer ist als die TFP, jedoch sprechen viele Limitationen der Studie gegen diese Schlussfolgerung. Erstens beinhaltet die TFP-Bedingung trotz der Randomisierung doppelt so viele akut suizidale Patienten (76% gegenüber 38%, außerdem lag die Tendenz ($p=.09$) vor, dass die TFP-Bedingung mehr Patienten beinhaltete, die kürzlich selbstverletzendes Verhalten zeigten). Vorangegangene Untersuchungen zeigen, dass Suizidalität die Behandlungsergebnisse signifikant beeinflusst (Oldham, 2006).

Zweitens traten die Unterschiede zwischen den zwei Gruppen nur in der Intent-to-Treat (ITT) Analyse auf, jedoch nicht in der Completer-Analyse. Ein Hauptgrund für diesen Unterschied scheint ein statistisch signifikanter vermehrter Behandlungsabbruch der TFP-Patienten zu sein. Während die Intent-to-Treat Analyse eine Aussage über die externe Validität treffen kann (z.B.: Generalisierbarkeit), beantwortet die Completer-Analyse Fragen zu einer ausreichenden Dosierung und gibt damit die interne Validität oder Integrität der Studie an. Unterschiedliche Ergebnisse in der Completer-Analyse und der ITT weisen auf eine Einschränkung der Validität aufgrund von nicht-zufälligem Abbruch der Behandlung hin. Dies kann die Kontrolle durch die Randomisierung einschränken (Howard et al., 1986). Die Completer-Analysen zeigen keine statistisch signifikanten Vorteile der SFT (Kellogg & Young, 2006; Arntz, 2004).

Drittens zeigen die Ergebnisse eine inadäquate Implementierung der TFP, aufgrund einer mangelnden Adhärenz seitens des Therapeuten. Die Autoren berichten, dass der Median des Adhärenzniveaus für die TFP bei 65.6 lag. Vorausgesetzt, dass eine Punktzahl von 60 als adhärent gilt, waren ungefähr 50% der Therapeuten nicht adhärent. Dem entgegengesetzt betrug der Median in der SFT-Gruppe 85.6 (wieder vorausgesetzt 60 ist adhärent), womit 50% der SFT-Therapeuten außergewöhnlich stark adhärent waren. Die Adhärenzwerte waren nicht nur relativ gering in der TFP-Gruppe, sondern scheinen auch signifikant geringer als in der SFT-Gruppe. Man kann also annehmen, dass die Autoren eine außerordentlich gut durchgeführte Behandlung mit einer inadäquat durchgeführten Behandlung verglichen haben. Daher ist es keine Überraschung, dass die gut durchgeführte Behandlung deutlich bessere Ergebnisse zeigt, als die inadäquat durchgeführte Behandlung, wobei dies kein fairer Vergleich ist und allein dieser Fakt, die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den beiden Behandlungsmethoden erklären könnte. Eine der folgeschwersten methodischen Entscheidungen, die sich in Loyalitätseffekten zeigen, ist die Auswahl von Therapeuten, die

sich hinsichtlich ihrer Fähigkeiten insofern unterscheiden, als dass sie dem Untersucher der Studie zugute kommen (Luborsky et al., 1999).

Viertens beinhaltet eine vollständige Behandlung das Vorhandensein von erfahrenen Leitern, die die Behandlungseinheiten führen sowie das Aussuchen von erfahrenen und adhärenenten Therapeuten, die eine eindeutige Erfolgsbilanz nachweisen können, dem Bereitstellen von Supervision, laufender Überwachung der Adhärenz und Handlungsüberlegungen bei Nichtvorhandensein der Adhärenz (Clarkin et al., 2004). Jeder dieser Punkte war in der angeführten Studie problematisch. Supervision wurde in Form einer Gruppensupervision, auch bekannt als Intervision durchgeführt (Yeomans, 2006). Intervision funktioniert vermutlich sehr gut bei außerordentlich adhärenenten Therapeuten, was für SFT der Fall war. Jedoch würde solch ein Modell nicht gut mit nichtadhärenenten Therapeuten funktionieren und eher in die Richtung "die Blinden führen die Blinden" gehen. Die Autoren geben an, dass die Richtigkeit und Vollständigkeit der Behandlung durch die Supervision überwacht wurde, es ist aber nicht klar, wer diese Überwachung durchgeführt hat. Yeomans (2006) berichtet, dass die Hälfte der Therapeuten nicht adhärenent waren, was mit den eigenen, unabhängig gemessenen Adhärenzergebnissen übereinstimmt. Am beunruhigsten ist jedoch, dass laut Yeomans (2006), mehrfach versucht wurde die Verantwortlichen per Email und Fax zu erreichen, um sie über das Problem der Adhärenz in Kenntnis zu setzen, durch die Verantwortlichen wurde jedoch nichts unternommen.

Fünftens waren die Therapeuten und Beobachter nicht blind in Bezug auf die fortlaufenden Ergebnisse. Teilergebnisse wurden bereits vor dem Abschluss der Studie präsentiert (Young et al., 2003; Arntz, 2004; Giesen-Bloo et al., 2001; Giesen-Bloo et al., 2002). So könnte eine weitere weitere Verzerrung entstanden sein, die eine Entmutigung der TFP-Therapeuten hervorgerufen und die Motivation der SFT-Therapeuten gesteigert haben könnte (Chalmers et al., 1981). Hinsichtlich dieser Einschränkungen und Bedenken wäre es voreilig und unverantwortlich zu schlussfolgern, dass die TFP nicht so wirksam ist wie die SFT.

Abgesehen von den Bedenken angesichts der Angemessenheit des Trainings und der Supervision in der TFP-Gruppe sowie dem Randomisierungsvorgehen, hat die SFT beeindruckende Ergebnisse bezüglich der Patientenbeteiligung erzielt, so brachen nur 7% der Patienten im ersten Behandlungsjahr ab. Zukünftige Forschungen sollten sich näher mit den Mechanismen der Beibehaltung von Behandlungen befassen und deren Potential hinsichtlich einer Generalisierbarkeit auf andere Behandlungsformen untersuchen.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Seit den frühen 80er Jahren systematisiert und erforscht das Borderline Psychotherapie Forschungsprojekt des Presbyterianischen Krankenhauses in New York - *Weill Cornell Medical Center*, geführt von John Clarkin und Otto Kernberg eine Objektbeziehungstherapie für Patienten mit BPS. Diese Forschungsgruppe brachte ein Behandlungsmanual hervor (zB.: Clarkin et. al, 1999; Clarkin et al., 2006; Yeomans et al., 2002), welches die Strategien und Techniken einer hochstrukturierten, modifizierten dynamischen Behandlung für Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsorganisationen beschreib und als übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) bezeichnet wird.

Im Mittelpunkt der TFP stehen mentale Repräsentanzen, die durch die Internalisierung von Objektbeziehungen mit den primären Bezugspersonen gebildet wurden. Der Grad der

Differenzialisierung und der Integration dieser Selbst- und Objektrepräsentanzen, zusammen mit affektiver Valenz, bilden die Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1984). Laut Kernberg kann die Borderline-Persönlichkeit als eine schwer gestörte Persönlichkeitsorganisation verstanden werden, die sich durch nicht-integrierte und nicht-differenzierte Selbst- und Objektrepräsentanzen (Kernberg nennt dies Identitätsdiffusion, die sich in einer inkonsistenten Sicht auf sich und andere manifestiert), dem Benutzen von unreifen Abwehrmechanismen (z.B.: Spaltung, projektive Identifikation, omnipotente Kontrolle) und einer schwankender Realitätsprüfung (z.B.: mangelnder Vorstellung über den eigenen sozialen Reizwert), äußert.

Die Hauptziele der TFP sind die Reduktion der Suizidalität und des selbstverletzenden Verhaltens, das Ermöglichen einer besseren Verhaltenskontrolle, eine zunehmende Affektregulation, befriedigendere Beziehungen und die Fähigkeit Lebensziele zu erreichen. Es wird angenommen, dass dies durch das Entwickeln und die Integration von Selbst- und Objektrepräsentanzen geschehen kann. Dadurch verändern sich die primitiven Abwehrhandlungen und die Auflösung der Identitätsdiffusion bewirkt, welche die Fragmentierung der inneren Repräsentanzen des Patienten bisher aufrechterhielt. Innerhalb dieser Behandlung ist die Analyse der Übertragung das Hauptmittel zur Veränderungen von primitiven (z.B.: Spaltung, Polarisierung) zu fortgeschrittenen (z.B.: komplexen, differenzierten und integrierten) Objektbeziehungen. Im Gegensatz zu Therapien, die sich auf eine kurzfristige Behandlung der Symptome fokussieren, setzt sich die TFP zum Ziel nicht nur die Symptome, sondern die Persönlichkeitsorganisation als Rahmen für die Symptome, zu verändern. Im Gegensatz zu den meisten Manualen der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie oder Kurzzeittherapien, kann das TFP-Manual eher als grundlagenbasiert als sequenzbasiert beschrieben werden, dadurch muss der Kliniker flexibel bleiben und sein klinisches Urteilsvermögen nutzen. Mit Hilfe von Videoaufnahmen der Sitzungen und die Einschätzungen von Supervisoren, konnte es Kernberg und seinen Kollegen gelingen, erfahrene Kliniker sowie Auszubildende in den verschiedenen Bedingungen der Adhärenz und Kompetenz zur Anwendung der Prinzipien der TFP, auszubilden.

Die TFP beginnt mit einer klaren Vertragsschließung, welche die Bedingungen der Therapie, die Behandlungsmethode und die jeweilige Rolle des Patienten und Therapeuten, klarstellt. Der Hauptfokus der TFP liegt auf den vorherrschenden und affektbeladenen Themen, die in der Beziehung zwischen dem Borderline-Patienten und seinem Therapeuten in der Hier-Und-Jetzt Übertragung auftauchen. Dies wird durch die ständige Betrachtung des Lebens des Patienten außerhalb der Sitzungen unterstützt. Im ersten Jahr der Behandlung verfolgt die TFP folgende Zielhierarchie: das Aufheben von suizidalem und selbstzerstörerischem Verhalten, die Thematisierung der möglichen Versuche des Patienten, die Behandlung zu manipulieren, weil diese als Angriff auf die fragile und dysfunktionale Homöostase des Patienten empfunden wird, sowie das Identifizieren und Zusammenfassen von dominanten Objektbeziehungsmustern, die in der Hier-und-Jetzt Übertragung erfahrbar werden.

Innerhalb der Psychoanalyse ist die TFP der Kleinianischen Schule am Nächsten (Steiner, 1993), welche ebenso den Fokus auf die Analyse der Übertragung legt. Die TFP kann von insofern von der Kleinianischen Psychoanalyse unterschieden werden, als dass sie zweimal wöchentlich durchgeführt wird und die TFP einen engeren strukturierten Behandlungsplan umfasst, bei welchem großen Wert auf die Einhaltung des Behandlungsvertrages

und die vorher festgelegten Behandlungsfoki (z.B. Suizidalität, Verhalten, welches die Behandlung stört) gelegt wird. Die Rolle des Behandlungsvertrages und die Prioritäten der Behandlung führen weiter als die meisten typischen psychoanalytischen Psychotherapien oder Psychoanalyse, eingeschlossen der Kleinianischen Psychoanalyse. Hinzukommt, dass Übertragungsinterpretationen meist mit zusätzlichen Übertragung und ebenso wichtigen langfristigen Behandlungszielen (z.B.: bessere Verhaltenskontrolle) verbunden sind. Im Gegensatz zu Kleinianischen Ansätzen ist die Herangehensweise der TFP wesentlich involvierter, redsamer und interaktiver. Zusätzlich wird die technische Neutralität soweit wie nötig angepasst, um die Struktur beizubehalten. Die TFP unterscheidet sich weiter von anderen expressiven psychodynamischen Ansätzen durch den unentwegten Fokus auf das Hier-und-Jetzt und die Empathie für alle inneren Erfahrungen des Patienten. Letzteres meint die Identifikation des Patienten mit einerseits dem verfolgendem und andererseits dem verfolgten Objekt sowie den idealisierten und idealisierenden Objekten. Dies wird bei der Interpretation durch den Fokus auf die umgehende Interpretation der negativen Übertragung und der Betonung der Abwehrfunktion der Idealisierung erreicht sowie durch den Fokus auf die Aggression und Feindseligkeit des Patienten. In Bezug auf die Rahmenbedingungen der Behandlung zeigen sich die deutlichsten Unterschiede im Vergleich zur dialektisch-behavioralen Therapie (DBT). Um einen sekundären Mehrwert, der durch einen zusätzlichen Kontakt zum Therapeuten erzielt werden kann, zu vermeiden und, um die Entwicklung der Autonomie des Patienten zu entwickeln (Yeomans, 1993), ist der Therapeut zwischen den Sitzungen, außer in Notfällen, für den Patienten nicht erreichbar. Bei der DBT wird der Patient dazu ermutigt, den jeweiligen Therapeuten zwischen den Sitzungen anzurufen. Ein weiterer Unterschied ist die Betonung der technischen Neutralität bei der TFP (sich nicht auf die Seite eines inneren Konfliktes des Patienten zu stellen, sondern diesem vielmehr dabei zu helfen, die konflikthafter eigenen Selbst- und Objektanteile wahrzunehmen und zu lösen). Im Gegensatz dazu steht die in der DBT angewandte Strategie der Validierung, Beratung und dem Verstärken des Patienten. Dies kann womöglich zu einer kurzzeitigen Unterdrückung internaler negativer Kräfte führen, jedoch nicht zu einer Integration dieser Anteile. Neben den aufgeführten Unterschieden haben die TFP und DBT folgende Merkmale gemeinsam: einen festen, klaren Vertrag; den Fokus auf eine Hierarchie des ausagierenden Verhaltens; einen sehr involvierten Therapeuten; einen strukturierten, disziplinierten Ansatz sowie die Teilnahme an Supervisionsgruppen als wesentlicher Bestandteil für die Therapeuten.

Die hypothetischen Wirkmechanismen der TFP entstammen Otto Kernberg's (Kernberg, 1984) Theorie der Borderline Persönlichkeitsstörung, die auf der Entwicklungstheorie basiert. Er konzeptualisiert die Störung als eine Folge von undifferenzierten und nicht-integrierten Affekten und Selbst- und Objektrepräsentanzen (oder -konzepten). Teilobjekt- und Teilselbstrepräsentanzen werden mit intensiven Affekten in mentalen Einheiten verbunden, welche "Objektbeziehungsdyaden" genannt werden. Diese Dyaden sind repräsentative Elemente der psychologischen Struktur. Bei der BPS entspricht das Fehlen der Integration dieser internalisierten Objektbeziehungsdyaden der "Spaltung", einer psychologischen Struktur, in der eindeutig negative Dyaden abgespalten werden und von den idealisierten positiven Dyaden des Selbst getrennt werden. Den vermeintlich wichtigsten Veränderungsmechanismus bei TFP-Patienten, stellt die Integration der polarisierten Affektzustände und Selbst- und Objektrepräsentanzen in ein kohärentes Ganzes dar. Kernberg postuliert, dass durch die Exploration und Integrationen dieser abgespalteten kognitiv-

affektiven Einheiten, das Bewusstsein und Erleben des Patienten bereichert wird. Dadurch wird es insofern verändert, als dass der Patient nuancierte interne Repräsentanzen erwirbt und dadurch besser auf die Komplexität des Lebens reagieren kann. Dies zeigt sich in flexibleren, realistischeren und wohlwollenderen Denkweisen. Die Integration der abgespaltenen und polarisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen führt zu einem komplexeren, differenzierteren und realistischeren Verständnis des Selbst und anderer, was eine angemessene Anpassung von Affekten erlaubt und dadurch klareres Denken ermöglicht. Patienten erfahren durch diese Integration eine Kohärenz der eigenen Identität sowie Beziehungen, die über längere Zeit ausgeglichen und konstant sind, dadurch eine Verringerung der Ohnmacht gegenüber aggressiver Affekte sowie eine stärker ausgeprägte Fähigkeit für Intimität, die Reduktion des selbstzerstörerischen Verhaltens und eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus.

Durch die Verwendung Techniken der Aufklärung, Konfrontation und Interpretation, gibt der TFP-Therapeut dem Patienten die Möglichkeit, eigene zuvor gespaltene und desorganisierte Kognitionen und Affekte, zu integrieren. Zusätzlich wird die engagierte, interaktive und emotional beteiligte Haltung des Therapeuten durch den Patienten als emotional "haltend" (containing) erlebt, da der Therapeut dem Patienten das Gefühl vermittelt, er könne die negativen Affektzustände aushalten ohne diese zu verleugnen oder vergeltend zu reagieren. Die Erwartung des Therapeuten, dass der Patient letztendlich die Fähigkeit erlangen wird, sich emotionalen Zuständen bedacht und diszipliniert zu nähern (z.B.: dass der Patient noch eine unfertige Version eines fähigen, verantwortungsvollen und reflektierenden Erwachsenen ist), wird durch den Patienten als unterstützend und kognitiv entlastend empfunden. Die zeitlich angepassten, klaren und angemessenen Interpretationen der vorherrschenden, affektbeladenen Themen und des Ausagierens des Patienten in der Hier-und-Jetzt Übertragung, beleuchten fortwährend die Ursachen der Repräsentanzen und warum diese gespalten sind, wodurch die Integration der polarisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen erleichtert wird.

Im Behandlungsfluss erleichtert der strukturierte Rahmen der TFP die Aktivierung der verzerrten inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen in der anhaltenden Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten: diese Aktivierung von inneren Bildern in der aktuellen Beziehung zeichnet die Übertragung aus. Die nicht-integrierten Selbst- und Objektrepräsentanzen werden in dem Behandlungssetting aktiviert, da sie in jedem Aspekt des Lebens der Patienten vorhanden sind, wo diese Teilrepräsentanzen eine Rolle hinsichtlich der Wahrnehmung seiner realen Lebensinteraktionen spielen und ihn in seinem Verhalten beeinflussen. In der Therapie ist der Unterschied, dass der Therapeut in der Interaktionen die Repräsentanzen des Patienten erlebt und diese nicht-wertend beobachtet sowie sie kommentiert (innerhalb der psychoanalytischen Literatur, wird dies als die "dritte Position" bezeichnet). Dies wird durch den vom Therapeuten aufgestellten Behandlungsrahmen und den Vertrag erleichtert, der zusätzlich eine Struktur und einen Halt für den Patienten bietet sowie eine einheitliche Realität schafft, von welcher aus das Ausagieren untersucht werden kann. Damit wird auch der Therapeuten geschützt so zu verhalten, dass möglicherweise iatrogene Schäden hervorgerufen werden könnten. Der Therapeut reagiert nicht direkt auf die fragmentierten Teilrepräsentanzen des Patienten, aber hilft ihm, diese und die damit verbundenen anderen Repräsentanzen zu beobachten.

Während die internalisierten Objektbeziehungen sich in der Beziehung zum Therapeuten entfalten, hilft der TFP-Therapeut durch Klarifikation und Reflexion dem Patienten, sich seiner eigenen aktuellen inneren Zustände bewusst zu werden. Der Patient erlebt zuvor häufig Affekte primär ohne eine symbolische Repräsentation. Die Klarifikation hilft den Patienten, ihre inneren Zustände zu mentalisieren. In den meisten Fällen wird die Technik allein jedoch nicht zu einer Integration führen, da die Klarifikation nicht die Konflikte anspricht, welche die Ursache für die Abspaltung der Teilrepräsentanzen war. Konfrontation, als eine Technik zum Untersuchen der Widersprüche in den verbalen und nonverbalen Mitteilungen des Patienten und die Interpretation von Widerständen werden gebraucht, um den Patienten über das Niveau einer gespaltenen Organisation hinaus zu ringen. Die Technik der Interpretation soll dem Patienten helfen zu erkennen, dass dieser sich in unterschiedlichen Momenten mit dem jeweiligen Pol der dominanten, internalisierten Objektbeziehungsdyade identifiziert. Indem das Bewusstsein des Patienten für die Vielfalt seiner Identifikationen gefördert wird, verbessert sich die Fähigkeit, die unterschiedlichen Anteile zu integrieren.

Auf praktischer Ebene bedeutet dies eine strukturierte Beziehung zum Therapeuten, welche kontrollierbare Verhältnisse schafft, die es dem Patienten erleichtern, seine Affekte zu erleben, ohne in solchem Ausmaß überwältigt zu sein, das die Kommunikation zerstören würde. Die Verhandlung des Behandlungsrahmens bietet sichere Bedingungen für die Reaktivierung der internalisierten Beziehungsparadigmen. Die Sicherheit und Stabilität der therapeutischen Umwelt erlauben dem Patienten zu reflektieren, welche Auswirkungen diese internalisierten Paradigmen in der Gegenwart haben. Dies ist ähnlich zu dem, was Bindungstheoretiker als "sicheren Hafen" beschreiben, welcher zusammen mit der Führung durch eine Bezugsperson, die Exploration des geistigen Zustandes erlaubt. Durch die Anleitung des Therapeuten, wird sich der Patient über das Ausmaß bewusst, in welchem seine Wahrnehmung auf den internalisierten Repräsentanzen, im Gegensatz zu der aktuellen Situation, basiert. Der Therapeut unterstützt die bewusste Strukturierung des zunächst als Chaos Wahrgenommenen und bietet darüber hinaus Containing für die Affekte des Patienten.

TFP fördert Veränderungen, indem es den destruktiven Kreislauf unterbricht, der durch das Abtun von Reaktionen in anderen Personen entsteht. Dies kommt häufig vor, wenn sich Patienten mit einer emotionalen Dysregulation in die "reale Welt" begeben (und damit häufig genau die Reaktion bei anderen Personen hervorrufen, vor denen die Patienten Angst haben). Die objektive und nicht-wertende Einstellung des Therapeuten unterstützt die Reaktivierung der internalisierten Erfahrungsmuster, das Erfassen dieser und die Erforschung neuer Verstehensweisen. Anstelle des Versuchs den Patienten aus erzieherischen Gründen von diesen Verhaltensweisen abzuschrecken, macht die TFP die zugrundeliegenden mentalen Repräsentanzen zum Gegenstand des Interesses, mit dem Ziel diese zu verstehen, zu modifizieren und zu integrieren.

Der Schlüssel in diesem Veränderungsprozess ist die Entwicklung einer Introspektionsfähigkeit oder Selbstreflexion: die verbesserte Reflexionsfähigkeit des Patienten wird als essentieller Wirkmechanismus verstanden. Die Desorganisation des Patienten beinhaltet nicht nur internalisierte Selbst- und Objektrepräsentanzen und das Vorherrschen von primitiven Affekten, sondern auch Prozesse, welche Reflexion und vollständiges Bewusstsein verhindern. Diese primitiven Abwehrprozesse können so stark verdreht sein,

dass Affekte, vor allen Dingen die negativen, ohne ein kognitives Verständnis über das Vorhandensein derer in Handlungen ausgedrückt werden.

Während sich der Patient im fortschreitenden Verlauf der TFP, vom Spaltungswiderspruch zu einer Reflektiertheit und Integration sowie von Handlung zur Reflexion entwickelt, beeinflusst diese Verbesserung der Reflexionsfähigkeit zwei Ebenen. Die erste Ebene ist die Artikulation und Reflexion von dem, was die Person im Moment fühlt. Der Patient verbessert dadurch seine Fähigkeit, Affekte zu erleben, zu artikulieren, zu begrenzen und sie im relevanten Moment zu kontextualisieren. Eine zweite, weiter fortgeschrittene Ebene der Reflexion ist die Fähigkeit das Verständnis von momentanen Affektzuständen von sich oder anderer in einen generellen Kontext einer Beziehung von sich zu anderen über einen längeren Zeitraum zu bringen. Diese Ebene spiegelt das Vorhandensein einer integrierten Vorstellung von sich selbst und von anderen wider - eine Vorstellung, anhand welcher die aktuelle Wahrnehmung verglichen und relativiert werden kann.

Um Rahmendingungen zu schaffen, in denen die eben beschriebene therapeutische Arbeit stattfinden kann, müssen der Therapeut und der Patient vor Beginn der eigentlichen Therapie einen Behandlungsvertrag formulieren. Die Funktionen dieses Vertrages beinhalten die Definition der Verantwortlichkeiten des Patienten und des Therapeuten, die Möglichkeit des Schutzes für klares Denken und Reflektieren des Therapeuten, das Schaffen eines sicheren Raumes zur Entfaltung der Dynamiken des Patienten, das Bilden einer Basis für die Interpretation eventuell auftretender Abweichungen vom Vertrag und das Anbieten eines strukturierten therapeutischen Rahmens, der es dem Therapeuten erlaubt, ein Anker in seinem Leben zu werden. Die Verantwortlichkeiten des Patienten beinhalten die Teilnahme und Beteiligung, die Bezahlung der Gebühren und das Mitteilen von Gedanken und Gefühlen, ohne diese zu zensieren. Die Verantwortlichkeiten des Therapeuten beinhalten, das Einhalten des Zeitplans, jegliche Anstrengung zu tätigen, den Patienten zu verstehen und wenn nützlich, auch zu kommentieren, die Grenzen der Beteiligung klar zu machen und über mögliche Gefahren der Behandlung aufzuklären. Der Behandlungsvertrag macht die Erwartungen an die Therapie deutlich (Clarkin, 1996). Es gibt unterschiedliche Ansichten bezüglich des Nutzens solch eines Vertrages. Die APA Richtlinien empfehlen, dass der Therapeut den Vertrag in Bezug auf Sicherheitsfragen gestaltet. Andere (Sanderson et al., 2002) postulieren, dass Studien den Nutzen widerlegen und die Ineffektivität des Vertrags zeigen (Kroll, 2000). Krolls Studie (2000) untersuchte, inwieweit ein "Kein-Suizid" Vertrag in der Therapie genutzt wird (was in 57% der Fälle war) und auch wenn 42% der Psychiater, die diesen Vertrag nutzten, Patienten hatten, die sich entweder suizidierten oder einen ernsthaften Versuch unternahmen, erlaubt das Design der Studie keine Einschätzung der Wirksamkeit von "Kein-Suizid"-Verträgen. Anderes Datenmaterial zeigte einen Nutzen von Verträgen rund um selbst-zerstörerisches Verhalten und Gefahren der Behandlung (Levy & Scott, 2007; Yeomans et al., 1994; Smith et al., 1995; Clarkin et al., 2001; Clarkin et al., 2005). So haben zum Beispiel Yeomans et al. (1994) in einer prä-post Studie mit 36 Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung herausgefunden, dass die Qualität der Einführung des Vertrages sowie der Umgang des Therapeuten mit der Resonanz des Patienten auf diesen, mit dem Behandlungsbündnis und der Länge der Behandlung korreliert. Zusätzlich waren in unserer früheren Arbeit zur TFP (Smith et al., 1995) die Abbruchraten hoch, wenn wir keinen Wert auf die Betonung des Behandlungsvertrages legten (31% bei einer dreimonatigen Stichprobe und 36% bei einer sechsmonatigen Stichprobe). Basierend auf den Ergebnissen von Yeomans

et al. (1994), haben Kernberg und Kollegen den Wert des Behandlungsvertrages in weiteren Studien betont und systematisch untersucht (Levy et al., 2006; Levy et al., 2006; Clarkin et al., 2001; Clarkin et al., 2005). Unsere Forschungsgruppe fand ebenso geringere Abbruchsraten (19%, 13% und 25%) nach einer Einjahres-Periode der Behandlung. Wir vermuten, dass diese Ergebnisse zusammengenommen dafür sprechen, dass mit Bedacht aber entschlossen ausgehandelte Behandlungsverträge einen der erwünschten Effekte haben: eine geringere Abbruchrate sowie eine längere Dauer der Behandlung. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um sich der Frage der Behandlungsverträge direkter zuzuwenden und im Besonderen die Auswirkungen auf die Parasuizidalität und Suizidalität zu untersuchen.

TFP-Fallbeispiel

Als Beispiel für einen Behandlungsvertrag bringen wir den Fall einer 35-jährigen Frau an, die nach 10 Jahren unterschiedlicher ambulanter und stationärer Behandlungen von Depressionen an uns überwiesen wurde. In den letzten sechs Monate bevor sie sich für die Behandlung vorstellte, lebte sie isoliert zu Hause mit chronischen Suizidgedanken. Nach einer sorgfältigen Untersuchung wurde ihr eine Boderline Persönlichkeitsstörung mit starken narzisstischen Anteilen diagnostiziert. Der Behandlungsvertrag begann mit einer Beschreibung des diagnostischen Eindrucks und den Rahmenbedingungen der Behandlung, die der Patientin helfen sollte, sowohl die Symptome als auch die Persönlichkeitsstruktur zu verändern. Der Therapeut besprach dementsprechend mit der Patientin, dass ihre depressiven Verstimmungen womöglich von automatisch ablaufenden Denkweisen über sich selbst und anderen stammen, die nicht in ihrem vollen Bewusstsein und nicht unbedingt richtig sind. Die Patientin war daran interessiert, diese Möglichkeit zu untersuchen, also fuhr der Therapeut fort, den Vertrag mit ihr zu besprechen. Ein weiteres Element des Vertrags war, dass die Behandlung nur dann einen echten Nutzen anbieten könnte, wenn die Patienten sich auf irgendeine Aktivität in ihrem Leben einlässt. So könne sie ihre funktionellen Leistungen testen und über die Situation und die Schwierigkeiten, die mit dieser einhergingen in der Therapie berichten. Die erste Reaktion der Patienten darauf war, dass jede Aktivität so überwältigend für sie sei, dass sie sofort in die "Tiefen der Depression zurückfallen" würde. Der Therapeut machte ihr deutlich, dass sie im Moment nicht die Symptome einer depressiven Episode aufwies. Die Patientin antwortete darauf, dass sie sich ein fragiles Gleichgewicht aufgebaut hätte, was zusammenbrechen würde, wenn sie versuchte, sich auf irgendeine Aktivität einzulassen. Der Therapeut war sich in der Diagnose einer primären Achse-II-Störung sicher und der unablässigen Überzeugung, dass die Patientin in der Lage sei, in einem Bereich ihres Lebens Verantwortung zu übernehmen. So sagte er:

"Die Wahl der Behandlung liegt komplett bei Ihnen. Wenn Sie finden, dass das was ich sage, unangemessen oder einfach etwas ist, dass Sie nicht interessiert, können wir uns eine andere Behandlung anschauen, die mehr unterstützend ist und nicht viel von Ihnen verlangt, aber auch nicht so viel Veränderungen bringen würde. Ich verstehe, dass das Einlassen auf Situationen, in denen Sie mit anderen Menschen in Kontakt kommen, für Sie sehr viel Stress bedeuten und, dass Sie bei Ihren Bemühungen zu Funktionieren, in der Vergangenheit gescheitert sind. Was ich Ihnen vorschlage ist, dass Sie mit einer Aktivität beginnen und wenn sie merken, dass Sie wieder solch Reaktionen haben, können wir diese hier untersuchen und schauen, was da passiert, dass zu Ihrer Angst und Ihrem Stress beisteuert. Es ist

wahrscheinlich, dass diese Reaktionen in Verbindung stehen mit dem, was wir hier und in anderen Situationen untersuchen."

Die Patientin stimmte den Prinzipien zu und die Verhandlungen gingen weiter, um eine Aktivität zu finden, auf welche sich die Patientin im Moment realistisch einlassen könnte. Sie schlug zuerst vor, Kindern in einer lokalen Vorschule an einem Nachmittag in der Woche vorzulesen. Der Therapeut hatte das Gefühl, dass dies nicht ausreichend die Bedürfnisse einer erwachsenen intelligenten Frau erfüllen würde, sich nicht um eine Tätigkeit zu bemühen, welche finanzielle Abhängigkeit von ihren Eltern beenden würde. Er schlug eine Bürotätigkeit in Teilzeit vor, während sie sich nach unterschiedlichen Fortbildungsprogrammen erkundigen könnte. Die Patientin antwortete: "Ich würde lieber sterben, als in einem Bürojob zu arbeiten". Diese Reaktion unterstützte den diagnostischen Eindruck ihrer starken narzisstischen Anteile. Die Diskussion über eine angemessene Tätigkeit ging über zwei Sitzungen und endete mit dem Vorschlag der Patientin, sie könne mit einer Fortbildung in einem paraprofessionellen Bereich anfangen, was sie dann auch tat.

Wenn der Therapierahmen abgesteckt ist, kann die Therapie und die zentrale Arbeit beginnen. Den Patienten soll dabei geholfen werden die gespaltenen Objekt- und Selbstrepräsentanzen, welche die innere Welt ausmachen, zu erkennen und zu integrieren. Dazu dient als Beispiel eine Frau mit Depression, chronischen Suizidgedanken und einer Unfähigkeit soziale Beziehungen oder einen Job, aufgrund von ständigen Streitigkeiten mit anderen aufrechtzuerhalten. Sie begann mit 32 Jahren eine TFP. Die erste in ihrem Diskurs prominente Dyade, war das Bild eines schwachen, verletzten Ich, welches ständig von anderen beschimpft und runtergemacht wird. Die ersten Interaktionen der Patientin mit dem Therapeuten, waren durch einen durchgängigen Redefluss ihrerseits gekennzeichnet, was dem Therapeuten das Gefühl gab, kontrolliert zu werden und nicht frei sprechen zu können. Die nähere Betrachtung dessen zeigte ein abgewertetes Bild des Selbst in Beziehung zu anderen, die sie beschimpfen und sie schlussendlich verlassen würden. Der primitive Abwehrmechanismus der Patientin bestand darin, das "schlechte", kritisierende und verlassende Objekt auf ihren Therapeuten zu projizieren, worauf das Bedürfnis folgte, dieses in ihm zu kontrollieren. Die darauffolgenden Interpretationen konnten dazu beitragen, die Patientin vom Nutzen ihrer projektiven Identifikation zu befreien und erlaubten damit einen offeneren und interaktiveren Austausch.

Als Antwort auf das schnelle Reden der Patientin in jeder Sitzung, kommentierte der Therapeut: "Haben Sie bemerkt, wie Sie die Sitzung mit einer Art Rede füllen, die mir keinen Raum lässt zu kommentieren?" [Üblicherweise würde die Patientin versuchen über den Therapeuten hinweg zu reden, wenn dieser versuchte, zu reden.] "Es ist als würden Sie das Bedürfnis haben, mich zu kontrollieren und mich daran zu hindern, mich frei zu verhalten."

Die Patientin [mit einer Kombination aus Tränen und Wut]: "Wenn ich Sie nicht kontrollieren würde, würden Sie mich verlassen, wie alle anderen auch."

Diese Betrachtung half der Patientin zu verstehen, dass ihr Verhalten in einer Angst wurzelte, welche aus einem internalisierten Bild von anderen stammte, das wiederum ihre Sicht auf den Therapeuten beeinflusste. Der nächste Schritt der Therapie war durch die wachsende Kritik der Patientin an dem Therapeuten gekennzeichnet, den sie als nicht sehr kompetent empfand. Sie hatte das Gefühl, dass sie in einer berechtigten Art und Weise auf seine Schwächen und Fehler in Bezug auf sie, reagierte (z.B.: sein Wegfahren von Zeit zu

Zeit). Der Therapeut half der Patienten dabei, ihre eigene Identifikation mit und Wiederholung von der kritischen Abwertung zu verstehen und die Beziehung dazu sehen, dass sie sich abgewertet und kritisiert fühlt. Außerdem half er ihr dabei, zu verstehen, dass keines der beiden der Fall sein muss. Die Patientin erlangte ein Bewusstsein darüber, dass das Drama, welches sie unaufhörlich mit anderen erfuhr, eine Wiederholung der Beziehung zwischen zwei Teilen von ihr selbst war und, dass sie den Widerspruch sowohl Opfer als auch Angreifer zu sein, erlebt. Letzteres erlebt sie eher weniger bewusst und die Beziehungen eher als zwischen ihr und anderen (Situationen, die sie oft selbst schafft) als innerhalb ihres Selbst. Dieses Bewusstsein half ihr, den harten, kritischen Teil innerhalb ihres Selbst zu zähmen.

Als die Therapie fortschritt, gab es folgende Zeichen der Bindung der Patientin zum Therapeuten: pünktlich kommen; trotz der Proteste, die Therapie sei verschwendete Zeit, die Therapie zu vermissen auch wenn sie wütend behauptet, dass der Therapeut unverantwortlich handelt, weil er wegfährt, etc.. Ihr Therapeut interpretierte, dass es schwierig für sie sein muss an ihn gebunden zu sein (und somit einen Schritt weiter, als alles was sie gesagt hatte, zu gehen und die positive Dyade deutlicher in den Dialog zu bringen). Er vermutete ihre Angst, dass diese Art des Verlangens, welches sie für ihn verspürte, könnte niemals durch irgendjemanden erwidert werden. Die Benennung des Therapeuten dieser wahrgenommenen, aber nicht ausgesprochenen positiven Beziehung, befreite die Patientin, über eine ideale Beziehung mit ihm als Gebenden und Beschützenden, die sie nie vorher erfahren hatte, zu fantasieren. Die Patientin teilte ihre Sicht auf die idealisierte Beziehung nur widerwillig mit, aus Angst, dass negative und abweisende Bild der anderen Welt würde sich als echt erweisen und ihr Verlangen nach Nähe in einer brutalen, demütigenden Weise zerstören. Die Fähigkeit, das zu besprechen und beide Seiten der Spaltung zu betrachten, erlaubte der Patientin eine integrierte und ausgeglichene Sicht auf sich Selbst, andere und Beziehungen.

Vergleich des klinischen Vorgehens in der TFP und MBT

Laut Bateman und Fonagy (2006) ist das Ziel der mentalisierungs-basierten Therapie (MBT) den Klienten zu helfen, sich eine mentalisierende Haltung anzueignen, indem sie hinsichtlich ihrer eigenen Gedanken, Intentionen und Einstellungen neugierig werden und vor allen Dingen ein Bewusstsein über ihre eigenen manifesten Affekte und der anderer erlangen. Wie die TFP konzentriert sich auch die MBT auf die Übertragung im Hier-und-Jetzt, aber im Gegensatz zur TFP, geht sie davon aus, dass Patienten mit BPS die Übertragungen als echt und wahrhaftig erleben und dementsprechend auch auf sie reagiert werden sollte, als wären sie das. Vielmehr als sich auf die Aspekte der Übertragung zu konzentrieren, welche eine Verzerrung oder Verschiebung bisheriger Erfahrungen beinhaltet, fokussiert und arbeitet die MBT mit der selbstschützenden Funktion von Übertragung, um den Patienten zu helfen in der Behandlung zu bleiben und sich in dieser zu weiter zu entwickeln. Ein weiterer Unterschied zwischen der TFP und der MBT, und auch der DBT, ist, dass die TFP der Ansicht ist, aggressive Affekte lägen in der Natur des Menschen mit dem Potential gebändigt und in produktive Ziele kanalisiert zu werden, im Gegensatz zu der Ansicht, dass Aggressionen generell oder allein eine Antwort auf Misshandlungen oder Missbrauch seien.

Die eben angeführte Fall-Vignette bringt die Möglichkeit die klinischen Herangehensweisen in der TFP sowie der MBT zu kontrastieren. Zum Beispiel reagiert der Therapeut auf die wütenden Anschuldigen, er wäre unverantwortlich, indem er darin eine uneingestandene positive Bindung zu sich interpretiert. Das Ziel dieser Intervention ist, der Patientin zu helfen,

die gespaltenen Teile ihres Erlebens wahrzunehmen, ihren positiven Affekt für den Therapeuten, der außerhalb ihres Bewusstsein bleibt, zu erkennen und somit zu beginnen diese getrennten Repräsentanzen ihres Selbst in Beziehung zum Therapeuten zu integrieren (zum Beispiel lieben und hassen). Im Gegensatz dazu würde ein MBT-Therapeut sich wohl mehr auf den manifesten Affekt der Wut und das eigene Verständnis der Patientin der "realen" Erfahrung der Unverantwortlichkeit des Therapeuten fokussieren, ohne dabei mögliche zugrundliegende Affekte zu interpretieren.

Ein MBT-Therapeut würde anmerken, dass eine Interpretation der unterschwelligen positiven Gefühle für den Therapeuten, den eigenen geistigen Zustand des Therapeuten mit in den therapeutischen Prozess einfließen lassen und die Patientin nicht genug animieren würde, den Therapeuten in seiner Neugier hinsichtlich ihres momentanen Affekts zu begleiten. Im Gegensatz dazu, würde ein TFP-Therapeut Bedenken haben, dass eine ausbleibende Interpretation ihrer widersprüchlichen Gefühle gegenüber dem Therapeuten, die Gefahr birgt, die Repräsentanzen unintegriert und dadurch außerhalb des Bewusstsein zu lassen.

Ein weiterer Unterschied in der klinischen Herangehensweise von TFP und MBT beinhaltet das Timing von Übertragungsinterpretationen. Bateman und Fonagy (2006) bemerken, dass durch die starke Aktivierung des Bindungssystems zusammen mit einem intensiven Affekt, die Fähigkeit der Mentalisierung eingeschränkt wird. Aus diesem Grund würde ein MBT-Therapeut sich eher zurückhalten, was die Interpretation der Übertragung angeht, wenn der Patient wütend ist (wie im Fall beschrieben), da er Bedenken hinsichtlich der verminderten Fähigkeit des Patienten hätte, die angebotenen Interpretationen zu reflektieren. Ein MBT-Therapeut würde möglicherweise mit einer unterstützenden Intervention auf die Wut des Patienten reagieren, um die Bindung zwischen den beiden zu schützen und damit die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten zu stärken.

Vergleich des klinischen Vorgehens in der TFP und DBT

Laut Linehan (1993) balanciert die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) zwei Ziele aus: die Validierung der Erfahrung des Patienten und die Veränderung des Problemverhaltens. Die DBT beginnt mit der Annahme, dass die Patienten ihr Bestes geben, um mit den vorhandenen Ressourcen ihr Leben zu verbessern, aber mit einigen Fähigkeiten und Problemlösestrategien nicht ausgestattet wurden, die ihnen helfen würden, ihre Lebensführung effektiver zu gestalten. Schlussendlich soll den Patienten Achtsamkeit, Emotionsregulation, Stresstoleranz und interpersonelle Fähigkeiten in individuellen - und Gruppenkontexten beigebracht werden. Die DBT berücksichtigt, dass die Entscheidungsfindungsstrategien der Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung häufig zu sehr oder zu wenig von Emotionen beeinflusst sind (jeweils auch emotionaler Verstand oder rationaler Verstand bezeichnet). Dementsprechend ist eines der wesentlichen Behandlungsziele, den Patienten zu helfen, Entscheidungen durchgehend mit einem "weisen Verstand" zu treffen, welcher das emotionale und rationale Denken ausbaut und integriert. Eine andere Zielformulierung der DBT könnte sein: "Wo der emotionale Verstand war, soll der weise Verstand werden." - was eine auffallende Ähnlichkeit zu dem Freudschen Behandlungsziel: "Wo Es war, soll Ich werden." aufweist.

Wie auch in der TFP liegt ein Hauptfokus der DBT-Behandlung auf suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, Handlungen, die mit der Behandlung interferieren und Verhalten, dass sich negativ auf die Lebensqualität des Patienten auswirkt. Beide

Behandlungsformen beinhalten dabei sowohl genaue Vertragsverhandlungen über dieses Verhalten als auch genaue Anweisungen für den Patienten, diese Themen in jeder Sitzung zu priorisieren. Wenn das destruktive Verhalten innerhalb einer Therapiesitzung auftritt, fokussieren beide Behandlungsarten eine disziplinierte, detaillierte und unnachgiebige Analyse dessen, was aufgetreten ist. Schlussendlich betonen beide die Bedeutung der Supervision oder Konsultation für die Therapeuten, wenn diese mit Patienten in solch starker Intensität arbeiten. In gewisser Hinsicht sind die Parallelen zwischen den Rahmenbedingungen dieser Behandlungsmethoden nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass Linehan ein halbes Sabbatical-Jahr an der Cornell Universität in Westchester verbracht hat und mit Otto Kernberg und John Clarkin während der frühen Tage der Entwicklung der DBT 1986, zusammen studierte.

Abgesehen von den Gemeinsamkeiten, ist der Prozess der Behandlung in der DBT und TFP sehr unterschiedlich. Das angeführte Fallbeispiel gibt die Möglichkeit, die klinischen Ansätze der TFP und DBT miteinander zu vergleichen. So reagierte der TFP-Therapeut zum Beispiel, um erneut den Augenblick zu nennen, in welchem die Patientin wütend und kritisch gegenüber den von ihr empfundenen therapeutischen Mängeln wurde, indem er ihre Ambivalenz über die Entwicklung einer positiven Bindung zu dem Therapeuten interpretierte. Im Gegensatz dazu, würde sich ein DBT-Therapeut mehr auf die Effektivität dieses interpersonellen wütenden Verhaltens fokussieren, als auf die zugrundeliegende Motivation. Er würde die reale Enttäuschung validieren, die mit dem Weggehen des Therapeuten einhergeht, während er der Patientin gleichzeitig beibringen würde, ihre Enttäuschung freundlicher, angemessener und rücksichtsvoller auszudrücken (z.B. die "GEBEN" skills).

Ein weiteres Beispiel liegt in dem Moment, in welchem die Patientin ihre Bedenken ausdrückt, dass das Einlassen auf eine Aktivität so überwältigend für sie wäre, dass dies sie "zurück in die Tiefen der Depression" werfen würde. Hier würde ein DBT-Therapeut die Perspektive der Patientin, wie schmerzhaft und überwältigend sich eine vermehrte Aktivität anfühlen könnte, validieren, während er zur gleichen Zeit Veränderungen im Leben der Patientin, um die Lebensqualität zu verbessern, befürworten würde. Im Gegensatz dazu, hat der TFP-Therapeut, als der Behandlungsrahmen festgelegt war, eher exploriert und klarifiziert und nicht die Wahrnehmung der Patientin, als schwaches und verletztes Selbst, was von anderen kontrolliert wird (in diesem Falle durch den Therapeuten) validiert. Darüberhinaus hat der TFP-Therapeut der Patientin geholfen, die Wahrnehmung ihres Selbst und der anderen in allen Varianten zu untersuchen, auch in den Zeiten als die Patientin sich kontrollierend verhalten hat und andere in einen geschwächten Zustand versetzte (wie im Behandlungsprozess zu beobachten). Ein TFP-Therapeut würde argumentieren, dass das Beobachten und Benennen der Gesamtheit ihrer Erfahrungen, der Patientin erlaubt, einen integrierteren und ausgeglicheneren Blick auf sich selbst, andere und Beziehungen zu erreichen.

In der Auswertung dieser Beispiele hätte ein TFP-Therapeut einige Bedenken hinsichtlich der Validierung der subjektiven Erfahrungen der Patientin (der gerechtfertigten Wut aufgrund des Versagens anderer, das Gefühl der eigenen Schwäche und Verletzlichkeit). Ein TFP-Therapeut wäre besorgt, dass dieser Ansatz die Aggression der Patientin umgeht, mit den Verzerrungen der Patientin kollidiert und eine defensive Idealisierung des Therapeuten fördert. Der TFP-Therapeut würde argumentieren, man validiere eine verzerrte Wahrnehmung der Patientin von sich selbst, wenn man beispielsweise deren Selbstwahrnehmung als

schwach, hilflos und einfach "in die Tiefen der Depression" zu befördernd, validieren würde. Im Gegensatz dazu würde ein DBT-Therapeut dabei bleiben, dass das schockierende und verletzliche Selbstbild der Patientin aus unzähligen schmerzhaften Entwertungen entstammt und diese realen Erfahrungen auch als solche anerkannt werden müssen. Wenn dieser Aspekt der subjektiven Erfahrung der Patientin nicht validiert wird, würde aus Sicht des DBT-Therapeuten, die Patientin einer weiteren entwertenden Umwelt ausgesetzt. Der DBT-Therapeut würde die subjektive Erfahrung der Patientin, ähnlich der MBT, als für sie "real" und "zutreffend" akzeptieren und dementsprechend auf diese reagieren.

Ein TFP-Therapeut würde dem entgegen, dass wenn die Motivation der Patientin als bare Münze akzeptiert wird (z.B. dass eine Aktivität für sie überwältigend wäre), eine entscheidende zugrundeliegende Motivation nicht angesprochen würde: So weist die Aussage der Patientin: "Ich würde lieber sterben als in einem Bürojob zu arbeiten", darauf hin, dass sie die Bestätigung ihres aktuellen Funktionsniveaus als eine narzisstische Kränkung empfindet, vor welcher sie ihre Inaktivität schützt. Im Gegensatz dazu würde der DBT-Therapeut befürchten, dass Interventionen, die den Narzissmus fokussieren, die Patientin nur pathologisieren. Ein TFP-Therapeut würde dem entgegentreten und argumentieren, dass dieser Ansatz nicht pathologisierend, sondern eigentlich eine validierende Intervention ist (wenn auch Validierung in einem anderen Wortsinn). Während die DBT die Selbstwahrnehmungen, welche die Patientin selbst akzeptiert, durch technische Neutralität validiert (z.B. unfähig), fokussiert die TFP auf das vollständige Erleben der Patientin, inklusive der abgespaltenen Teile, welche die Patientin nicht von sich selbst akzeptieren kann (z.B. narzisstisch gekränkt). Ein TFP-Therapeut würde zu bedenken geben, dass das nicht anerkennen, benennen und beachten der Gesamtheit der Erfahrungen der Patientin implizit suggerieren würde, dass die Beziehungen der Patientin nur so lange aufrecht erhalten werden können, wie die inakzeptablen Aspekte ihres Selbst versteckt bleiben. Aus diesem Grund ist es unsere Erfahrung, dass Interpretationen von inakzeptablen, abgespaltenen Teilen des Selbst schlussendlich mit einer Erleichterung entgegengenommen werden, weil sie dem Patienten signalisieren, dass der Therapeut ihn mit all seinen Fehlern und Mängeln wahrnimmt und dadurch nicht die Beziehung zerstört wird.

Beide, die TFP und DBT sind an einer umfassenden Veränderung interessiert, wobei die DBT in die Richtung eines "lebenswerten Lebens" arbeitet, während die TFP darauf zielt, die Fähigkeit "zu lieben und zu arbeiten" zu erreichen, wie Freud es titulierte (zitiert durch Erikson, 1950). In der TFP wird davon ausgegangen, dass dies in erster Linie dadurch erreicht wird, die unvereinbaren Repräsentanzen des Selbst in Beziehung zu anderen zu integrieren (z.B. in der Lage zu sein, beide Gefühle von Liebe und Hass zu tolerieren und integrieren). Im Gegensatz dazu, erreicht die DBT Veränderungen, wenn der Therapeut "schlechtes Verhalten blockiert oder auslöscht, gutes Verhalten aus dem Patienten hervorbringt und Wege findet, das gute Verhalten so zu verstärken, dass der Patient dieses weiterführt und mit dem schlechten aufhört" (Linehan, 1993, p. 97). Ein TFP-Therapeut würde daran zweifeln, dass dieser Ansatz zu umfassenden und langanhaltenden Veränderungen führt. Die DBT scheint in dem Ersetzen von schlechtem mit gutem Verhalten sehr effektiv. Jedoch hat sie weniger anzubieten, um den Patienten zu helfen sich in tiefe, intime Beziehungen zu bewegen und ein gefestigtes Verständnis des Selbst zu erlangen. Um eines deutlich zu machen: die DBT zeigt einen deutlichen Nutzen in der Reduktion oder Eliminierung von intensivem, chaotischem, ausagierendem Verhalten, und in dem Maße, in welchem sich die DBT diesen

Verhaltensweise widmet, sollte sie gelobt werden. Ein-TFP Therapeut würde jedoch anmerken, dass den Stürmen des Ausagierens der BPS-Patienten ein unintegriertes Selbst zugrundeliegt, welches mit der Komplexität von Liebesbeziehungen kämpft. In der mittleren Phase der TFP wird die Integration von Aggression mit Liebe und Sexualität ein zentraler Fokus der Behandlung.

Empirische Evidenz für Übertragungs-Fokussierte Psychotherapie

Mittlerweile liegen gesammelte Belege für die Wirksamkeit und Effektivität der TFP vor (Clarkin et al., 2007; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006; Clarkin et al., 2001). Die ursprüngliche Studie (Clarkin et al., 2001) untersuchte die Effektivität der TFP in einem Prä-Post-Design. Die Teilnehmer wurden aus unterschiedlichen Behandlungshintergründen (z.B. stationäre Patienten, Tageskliniken und ambulante Einrichtungen) innerhalb New Yorks rekrutiert. Die Teilnehmer waren ausschließlich Frauen im Alter von 18 bis 50 Jahren, welche die Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung erfüllten, was durch ein strukturiertes Interview festgestellt wurde. Alle Therapeuten (erfahrene Therapeuten bis zu Auszubildenden im Anschluss an die Promotion), die für diese Phase der Studie ausgesucht wurden, wurden durch unabhängige Supervisoren eingeschätzt, ob sie sowohl kompetent als auch adhärent im Sinne des TFP-Manuals sind. Drei erfahrene Supervisoren schätzten die Therapeuten hinsichtlich der TFP-Adhärenz und -Kompetenz ein. Während der gesamten Studie, wurden alle Therapeuten einmal wöchentlich durch Kernberg und mindestens einen weiteren erfahrenen Kliniker supervidiert.

Insgesamt war das Hauptergebnis dieser Prä-Post-Studie bei Patienten mit BPS, die mit der TFP behandelt wurden: eine deutliche Reduktion im Schweregrad des parasuizidalen Verhaltens, weniger Aufenthalte in der Notaufnahme, in der stationären Behandlung sowie Tageskliniken und ein zuverlässiger Anstieg im Allgemeinen Funktionsniveau. Die Effektgrößen waren groß und nicht geringer als solche, die bei anderen BDS-Behandlungen nachgewiesen werden konnten (Linehan et al., 1991; Bateman & Fonagy, 1999). Die Abbruchrate nach einem Jahr lag bei 19.1% und keiner der Patienten hatte sich suizidiert. Diese Ergebnisse schneiden im Vergleich zu anderen Behandlungen der BPS gut ab: Linehan et al. (1991) hatte in seiner Studie eine Abbruchrate von 16.7% und einen Suizid (4%); Stevenson und Meares Studie (1992) hatte eine Abbruchrate von 16 % und keinen Suizid; und Bateman und Fonagys Studie (1999) hatte eine Abbruchrate von 21% und keinen Suizid. Kein Zustand der Patientinnen, welche die Behandlungen vollständig absolvierten, verschlimmerte sich oder wurde durch die Behandlung nachteilig beeinflusst. Deswegen scheint es so, als sei die TFP eine gut verträgliche Behandlung. Darüberhinaus erfüllten 53% der Teilnehmer nach einem Jahr zweimal wöchentlich stattfindender ambulanter Behandlung, nicht mehr die Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung (Clarkin & Levy, 2003). Diese Quote ist im Vergleich zu anderen Studienergebnissen recht gut (Bateman & Fonagy, 2001; Stevenson & Meares, 1992). Zusätzlich konnte eine zuverlässige Verbesserung im allgemeinen Funktionsniveau der Patientinnen beobachtet werden. Die Ergebnisse legen das Potential der Nützlichkeit der TFP für die Behandlung von BPS nahe und rechtfertigen weitere Untersuchungen der TFP (Abbildung 7.2).

Eine zweite Studie (Levy et al., in Vorbereitung) liefert weitere empirische Unterstützung für die Effektivität der TFP in der Behandlung von BPS. In dieser Studie wurden 26 Frauen, die mit BPS diagnostiziert und mit TFP behandelt wurden, mit 17

Patientinnen einer TAU-Gruppe verglichen. Hinsichtlich der demographischen Daten, diagnostischen Variablen, Schweregrad der BPS-Symptomatik, Aufenthalt in der Notaufnahme, sowie stationären Aufenthalten und Tageskliniken sowie Werten des Allgemeinen Funktionsniveaus lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen vor der Behandlung vor. Die Abbruchrate nach einem Jahr lag bei 19%. Patientinnen, die mit der TFP behandelt wurden. Verglichen mit den Patientinnen in der TAU-Gruppe, zeigten sie signifikant weniger Suizidversuche, stationäre Aufnahmen und Anzahl der Tage in stationärer Behandlung sowie einen zuverlässigen Anstieg im allgemeinen Funktionsniveau.

Abbildung 8.2 Ergebnisse der TFP prä-post Studie (N=17) von Clarkin et al. (2001)

	Mittelwerte		p-Wert
	Prä-Tx	Post Tx	
BPS Dx	100%	47.10%	-
Parasuizidales Verhalten	5.18	4.24	0.45
Medizinisches Risiko	1.72	1.14	0.02
Physische Bedingungen	1.89	1.12	0.01
Krankenhausaufenthalte	1.24	0.35	0.02
Anzahl der stationären Tage	39.21	4.53	0.06
GAF	45.57	59.85	<.001

Anmerkung: BPS Dx wurde als Prozentsatz der Patienten mit einer DSM-III BPS-Diagnose durch das SKID-II, beurteilt. Parasuizidales Verhalten, Medizinisches Risiko und Kondition wurde alle mithilfe der Suizidalitätsskala als Subskala der Overt Aggression Scale bewertet, diese Version wurde für ambulante Patienten (Coccaro et al., 1991) über einen Zeitraum von 12 Monaten modifiziert. Medizinisches Risiko war der Richtwert für den Schweregrad des parasuizidalen und suizidalen Verhaltens. Als physische Bedingungen wird der Zustand bezeichnet, welcher auf dieses Verhalten folgt. Krankenhausaufenthalte wurden durch das Kontrollieren der Krankenakten erfasst und repräsentieren die vollständige Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den vorangegangenen 12 Monaten. GAF gibt den auf der Skala zur Bewertung des Allgemeinen Funktionsniveaus erreichten Wert an.

Abbildung 8.3 Ergebnisse der TFP vs. TAU Studie

	TFP (N=32)		ITT		TAU (N=17)			
	Prä-Tx	Post-Tx	Post-Tx	Sig. Veränderung	Prä-Tx	Post-Tx	Sig. Veränderung	Zwischen-Gruppen-Vergleich
Notaufnahmebesuche	1.18	0.42	0.59	<.01	1.53	1.73	ns	TFP>TAU <.01
Krankenhausaufenthalte	1.72	0.46	0.91	<.001	2.47	1.93	ns	TFP>TAU <.01
Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts	61.1	7.08	25.87	<.001	48	53.4	ns	TFP>TAU <.01
# der erfüllten BPS-Kriterien	7.74	4.41	5.15	<.001	7.69	-	-	TFP>TAU
GAF	45.57	61.0	59.85	<.001	44.8	44.6	-	TFP>TAU <.01

Anmerkung: Notaufnahmebesuche schließen jedes Aufsuchen der Notaufnahme in den vorangegangenen 12 Monaten ein. Krankenhausaufenthalte repräsentieren die komplette Anzahl der stationären Aufnahmen in den vorangegangenen 12 Monaten. # der BPS-Kriterien wurde mithilfe des SKID-II ermittelt und stellt eine dimensionale Bewertung des Schweregrads der Störung dar. GAF gibt den auf der Skala zur Bewertung des Allgemeinen Funktionsniveaus erreichten Wert an.

Alle Innersubjekt- und Zwischensubjekteffektstärken zeigten positive Veränderungen. Die Effektgröße zwischen den Subjekten reicht von 0.73 bis 3.06 für die TFP-behandelten Patienten, mit einer mittleren Effektgröße von 1.19 (was weit über dem liegt, was als "groß" bezeichnet wird; Cohen, 1988; Abbildung 7.3).

Eine Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit von TFP im Vergleich zu der DBT und der supportiven Psychotherapie (SPT) für Patienten mit BPS wurde durch das Institut für Persönlichkeitsstörungen, welches durch die Borderline Personality Disorders Research

Foundation gefördert wird, durchgeführt. Sie ist bisher die einzige RCT, welche eine experimentelle Behandlung der BPS mit einer weitverbreiteten und gut angesehenen alternativen Behandlungsmethode verglichen hat. Die DBT, die bereits empirische Unterstützung für seine Effektivität vorweisen konnte, wurde als aktive Vergleichsbehandlung ausgewählt. Die mutmaßlichen Wirkmechanismen dieser beiden Behandlungsformen werden in unterschiedlicher Weise konzipiert. Die DBT wirkt vermutlich durch das Erlernen von emotionregulierenden Fähigkeiten (Skills) in der validierenden Umgebung der Behandlung (Lynch et al., 2006). Die TFP hingegen wirkt womöglich durch die Integration der konflikthafter, affektbeladenen Konzepte der Hier-und-Jetzt Beziehung mit dem Therapeuten. Die SPT (Applebaum, 2005; Applebaum, 1981) wurde benutzt, um die beiden aktiven Behandlungsformen zu vergleichen und als Kontrolle für Aufmerksamkeit und Unterstützung aber auch als eine Teilkontrolle für die TFP.

Abbildung 7.4. Ergebnisse der Clarkin et al. (2007) randomisiert-kontrollierte Studie

Symptom-basierte Messwerte	Signifikanz der Veränderung		
	TFP	DBT	SPT
<i>Primäre</i>			
Suizidalität	<.05	<.05	ns
Wut	<.05	<.05	ns
Erregbarkeit	<.05	ns	ns
Verbale Angriffe	<.05	ns	ns
Direkte Angriffe	<.05	ns	ns
Barratt Faktor 1	ns	ns	ns
Barratt Faktor 2	<.05	ns	ns
Barratt Faktor 3	ns	ns	<.05
<i>Sekundäre</i>			
Ängstlichkeit	<.05	<.05	<.05
Depression	<.05	<.05	<.05
GAF	<.05	<.05	<.05
Soziale Anpassung	<.05	<.05	<.05

Anmerkung: Suizidalität, Ängstlichkeit, Erregbarkeit und Verbale sowie Direkte Angriffe wurde mit der modifizierten Version der Overt Aggression Scale erfasst (Coccaro, 1991). Die Barratt Faktoren entsammen der Barrat Impulsivitätsskala (Patton et al., 1995). Ängstlichkeit wurde durch das State-Trait Ängstlichkeitsinventar (Spielberger & Gorsuch, 1983) erfasst. Depression wurde mithilfe des Becks-Depressions-Inventars (Beck et al., 1961) bestimmt. GAF gibt den auf der Skala zur Bewertung des Allgemeinen Funktionsniveaus erreichten Wert an. Soziale Anpassung wurde durch die Skala zur Sozialen Anpassung erfasst (Weismann & Bothwell, 1976).

In der Studie wurden BPS Patienten aus New York und dem benachbarten Westchester County rekrutiert. 98% der Probanden wurden durch private Psychotherapeuten, Kliniken oder Familienmitglieder empfohlen. 90 Patienten (6 Männer und 84 Frauen) im Alter zwischen 18 und 50 Jahren wurden mithilfe von strukturierten klinischen Interviews eingeschätzt und randomisiert einer der drei Behandlungseinheiten zugeordnet. Die Ergebnisse zeigen, dass alle drei Gruppen eine signifikante Verbesserung im sowohl allgemeinen als auch sozialen Funktionsniveau aufwiesen sowie eine signifikante Verringerung der depressiven und ängstlichen Symptome zeigten. Sowohl die TFP als auch die DBT-Gruppe, aber nicht die SPT-Gruppe, zeigten signifikante Reduktion der Suizidalität und depressiven Symptomatik und Verbesserung der Wut und des Allgemeinen Funktions-

niveaus. Nur die TFP-behandelte Gruppe konnte eine signifikante Verringerung der verbalen sowie direkten Angriffe und Erregbarkeit aufweisen (Clarkin et al., 2007; Abbildung 7.4).

In einer früheren Darstellung dieses Beispiels (Levy et al., 2006) haben wir die Veränderung in der Bindungsorganisation und reflektierenden Funktion als vermeintliche Wirkmechanismen untersucht. Die Bindungsorganisation wurde mithilfe des Erwachsenen-Bindungs-Interview (Adult Attachment Interview; AAI; George et al., 1985) und der Reflective Function Coding Scale (Skala zur Erfassung der Reflexionsfähigkeit; RF; Fonagy, 1997) gemessen. Nach 12-monatiger Behandlung konnten wir in der TFP-Bedingung, aber nicht in den beiden anderen Behandlungsmethoden, eine signifikante Verbesserung in der Anzahl der Patienten finden, die hinsichtlich des mentalen Bindungszustandes als sicher klassifiziert werden konnten. Signifikante Unterschiede in der narrativen Kohärenz sowie RF wurden als Funktionen der Behandlung gefunden, wobei die TFP in beiden Konstrukten während der Behandlungen eine deutliche Verbesserung brachte. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein Jahr intensive übertragungs-fokussierte Psychotherapie die narrative Kohärenz sowie die Reflexionsfähigkeit der Patienten verbessern kann. Unsere Ergebnisse sind wichtig, weil sie zeigen, dass TFP nicht nur eine wirksame Behandlungsmethode für BPS darstellt, sondern auch auf theoretisch vorhersagbare Weise funktioniert und damit Auswirkungen für die Konzeption von Wirkmechanismen bei BPS Patienten hat. Hinzukommt, dass die TFP-Patienten in diesen Messwerten besser abschnitten als die Patienten in der DBT- und SPT-Bedingung. Unsere Ergebnisse sind besonders wichtig, wenn man die Literatur betrachtet, die zeigt, dass viele Behandlungsmethoden keine spezifischen Effekte auf einzelne, theoriebasierte Mechanismen haben (Ablon et al., 2004; Ablon & Jones, 1998; Castonguay et al., 1996; DeRubeis et al., 1990; DeRubeis et al., 1990a; Ilardi & Craighead, 1994; Jones & Pulos, 1993; Shaw, 1999; Trepka et al., 2004; Abbildung 7.5).

Die angeführte Studie weist viele methodische Stärken auf (Bateman & Fonagy, 2004; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a), wie zum Beispiel das Nutzen von vielen unterschiedlichen Variablen als Messwerte, einschließlich behavioraler, beobachtbarer, phänomenologischer und struktureller Veränderungen (z.B. Bindungsrepräsentationen, Objektbeziehungen und Mentalisierungsfähigkeiten). Hinzukommt, dass sie nicht nur Patienten mit Parasuizidalität, sondern eine breite Spanne von BPS-Patienten einschlossen und damit das volle Spektrum der BPS Manifestationen abbildet. Darüberhinaus waren alle Therapeuten in ihrem jeweiligen Behandlungsmodell erfahren, behandelten bereits im Vorfeld auf die jeweilige Art und Weise und wurden hinsichtlich ihrer Adhärenz und Kompetenz in ihrer Therapieleistung während der Studie überprüft. Die externe Validität wurde dadurch verbessert, dass die Behandlungen in öffentlichen, psychologischen Einrichtungen, einschließlich Tageskliniken und private Praxen von Therapeuten, durchgeführt wurden.

Abbildung 8.5 Ergebnisse der RCT von Levy et al. (2006a) und Levy et al.(2006)

Strukturelle Messwerte	TFP		DBT		SPT		Vergleich
	Prä-Tx	Post-Tx	Prä-Tx	Post-Tx	Pre-Tx	Post-Tx	
Reflexionsfähigkeit	2.86	4.11	3.31	3.38	2.8	2.86	TFP>DBT=SPT
Narrative Kohärenz	2.93	4.02	3.00	3.25	3.25	3.16	TFP>DBT=SPT

Anmerkung: Die Reflexionsfähigkeit wurde mithilfe der Reflective-Functioning-Scale (Fonagy, 1997) ermittelt.

Narrative Kohärenz wurde anhand des Adult Attachment Coding System beurteilt (Main & Goldwyn, 1984)

Nichtsdestotrotz kann auch diese Studie kritisiert werden (Clarkin et al., 2007; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a). Zuerst sollten die Loyalitätseffekte in Betracht gezogen werden. Loyalitätseffekte zeigen sich dann, wenn die Therapiebedingung, die der eigenen Neigung des Forschers entspricht, größere Effekte als die Vergleichsbehandlungsmethode produziert. Dem Effekt liegen subtile methodische Entscheidungen zugrunde, welche die vom Forscher präferierte Therapie begünstigen. Neuere Untersuchungen von Luborsky et al. (1999) weisen darauf hin, dass der Effekt mit 69% der erklärten Varianz in Behandlungsergebnissen sogar in sehr hochwertigen Studien, stärker sein könnte als bisher vermutet. Man könnte hier behaupten, dass ein Loyalitätseffekt vorliegt, weil die Forscher dieser Studie der psychodynamischen Richtung angehören und die Studie am Cornell Medical Center, wo die Entwickler der TFP etabliert sind, durchgeführt wurde. Jedoch unterscheidet sich die Studie nicht in dem Punkt, dass sie von Personen durchgeführt wurden, die der Therapiemethode stark verbunden sind und an ihren "Heim"-Instituten durchgeführt wurden, von bisher existierenden Studien der BPS. Die meisten Studien werden durch Forscher umgesetzt, die sich der zu untersuchenden Therapiemethode verschrieben haben und führen die Untersuchungen "zu Hause" oder bei "Anhängern" durch (z.B. Giesen-Bloo, et al., 2007; Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2006; Bateman & Fonagy, 1999).

Clarkin et al. (2004) versuchte sich diesen Loyalitätseffekten auf zwei Wegen zu stellen. Erstens, wurde die Studie an einer Institution durchgeführt, die langfristig etablierte Programme aller drei Behandlungsmethoden anbietet. Auch wenn Kernberg das Training und Behandlung in seiner expressiven Psychotherapie für BPS implementierte (was dann später als TFP strukturiert wurde), hatten Befürworter der Supportiven Psychotherapie (z.B. Applebaum, 1981; Applebaum, 1994; Rockland, 1992; Rockland, 1989) ebenso Ausbildungen und Behandlungen an dem Cornell Campus etabliert. Desweiteren half Linehan selbst, das Cornell-DBT-Programm mit Swenson (Swenson et al., 1989; Swenson et al., 2001; Swenson et al., 2002) zu entwickeln, was das zweitälteste und am stärksten etablierte DBT Programm nach dem von Linehan in Seattle ist. Zweitens, wurden Leiter für die einzelnen Behandlungsgruppen der drei Bedingungen eingesetzt, welche international anerkannte Experten in der jeweiligen Behandlungsmethode sind. Alle drei Leiter der Behandlungsgruppen publizierten in ihren Fachbereichen und konnten jahrelange Erfahrung in der Behandlung von Patienten und Supervision von Therapeuten in ihrer jeweiligen Ausrichtung vorweisen. Die Leiter der Behandlungsgruppen suchten sich ihre eigenen Therapeuten auf Grundlage der durch die Therapeuten zuvor demonstrierte Adhärenz und Kompetenz in der jeweiligen Behandlungsmethode aus und alle Therapeuten wurden supervidiert, kontrolliert und innerhalb einer wöchentlichen persönlichen Supervision mithilfe von Videoaufnahmen der einzelnen Sitzungen bewertet. Luborsky et al. (Luborsky et al., 1999) erwähnen, dass eine der entscheidendsten methodischen Entscheidungen, die in einem Loyalitätseffekt resultieren, die Auswahl von Therapeuten ist, die sich hinsichtlich ihrer Fähigkeit insofern unterscheiden, als dass sie die Loyalität zu dem Forscher begünstigen. Deswegen wurde sicher gestellt, dass sich die Therapeuten in den Behandlungseinheiten hinsichtlich ihres Erfahrungsniveaus nicht unterschieden. Bis zu der McCain et al. (2009) Studie, hatte Clarkin und Kollegen den umfassendsten und ehrlichsten Versuch gemacht, eine Vergleichbarkeit zwischen Therapiebedingungen herzustellen und den Loyalitätseffekt zu minimieren. Jedoch schlossen die Untersuchungen von Clarkins und Kollegen keinen externen Überprüfer als Kontrollbedingung ein, so wie das in der McCain Studie der Fall war.

Ein zweiter Kritikpunkt könnte mit der Adhärenz der Therapeuten in der DBT-Bedingung (Sanderson et al., 2002) zu tun haben. Es ist wichtig, daran zu erinnern, dass alle DBT-Therapeuten in der Studie von Clarkin und Kollegen eine spezielle Ausbildung in der DBT hatten, dazu gehört, dass sie eine Mindestanzahl an intensiven Trainingsstunden mit Linehan oder anderen zertifizierten Trainern ableisten mussten (siehe Levy et al., 2006; Levy et al., 2006). Sie mussten vorherige Kompetenzen nachweisen und wurden durch einen anerkannten Therapeuten supervidiert, der mehrere Zuschüsse vom NIH für Behandlungsstudien, welche die DBT benutzen, bekam. Hinzukommt, dass während der gesamten Studie, die DBT-Therapeuten per Video aufgenommen und ihre Sitzungen in einer Gruppe wöchentlich supervidiert wurden. Der Supervisor gab Rückmeldungen und schätzte die Therapeuten hinsichtlich ihrer Adhärenz und Kompetenz ein, mit der Anweisung, den Leiter zu informieren, sobald in diesem Bereichen irgendwelche Bedenken oder Zweifel auftraten (Clarkin et al., 2007, siehe S. 923). Der Supervisor gab während des Studienverlaufs keine Zweifel hinsichtlich der Adhärenz oder Kompetenz an. Hinzukommt, dass die Ergebnisse der Clarkin et al. Studie konsistent mit denen der McCain Ergebnisse sind, in der die Therapeuten ebenfalls adhärent und kompetent waren.

Schlussendlich kann der Fakt, dass es keine Unterschiede in den Ergebnissen zwischen der DBT- und TFP-Gruppe gab, nicht als Äquivalenz von TFP und DBT interpretiert werden, da eine mangelnde Effektstärke zum Nachweis von Gruppenunterschieden vorliegt. Die Anzahl der Teilnehmer in jeder Gruppe betrug 30, was, auch wenn es den Richtlinien der Division 12 zur Demonstration von Äquivalenz entspricht, nicht stark genug ist, um Unterschiede ausfindig zu machen. Wir können jedoch sagen, dass es keine Unterschiede in den Ergebnissen zwischen der DBT- und der TFP-Bedingung gab, außer in den Bindungs- und Mentalisierungskonstrukten, bei denen die TFP signifikant überlegen war.

Wenn weiteres Datenmaterial dieser RCT ausgewertet wird, werden wir ein besseres Verständnis davon haben, was eine Behandlung unter strengen experimentellen Bedingungen leisten kann. Da die RCT nicht messbare Variablen durch die Randomisierung kontrolliert, Angebote zur Kontrolle der Aufmerksamkeit und Unterstützung macht und die TFP mit einer bereits etablierten, weit verbreiteten alternativen Behandlungsmethode vergleicht, werden die Ergebnisse einen wichtigen Gradmesser für die Wirksamkeit und Effektivität der TFP darstellen. Zusätzlich zu der Auswertung der Ergebnisse, generierte die RCT ebenso Prozessforschungen, die dazu konzipiert wurden, den hypothetischen Wirkmechanismus in der TFP zu untersuchen, welcher eine Veränderung im Patienten hervorrufen soll (Clarkin & Levy, 2006; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006).

Neben dem Beweis, den diese Studie zunächst für den Wert der TFP liefert, haben die Ergebnisse der zuvor erwähnten Studie von Giesen-Bloo et al. (2007), die herausgefunden haben, dass TFP-behandelte Patienten nicht so gut wie die SFT-behandelten Patienten abschnitten, die American Psychological Association Division 12 dazu veranlasst, zusammenzufassen dass "TFP aufgrund der unterschiedlichen Forschungsergebnisse eine eher kontroverse empirische Unterstützung aufweist. Während die TFP in einer randomisierten kontrollierten Studie (Clarkin et al., 2007) sehr gute Ergebnisse brachte, schnitt sie in einer anderen Studie eher nicht so gut ab (Giesen-Bloo, et al., 2007). Deswegen werden weitere Untersuchungen benötigt, damit die TFP als Behandlungsmethode betrachtet werden kann, die eine mittlere bis starke Forschungsgrundlage hat."

Eine neuere Studie aus Deutschland und Österreich von Doering et al. (2010) gibt eine direkte Antwort auf diese Empfehlung, indem sie die TFP als eine wirksame Behandlungsmethode ausweist. Doering et al. (2010) haben eine RCT durchgeführt, die ein Jahr TFP mit einer Behandlung durch einen erfahrenen allgemeinen Therapeuten (experienced community Therapist; ECP) vergleicht. Während sich die Patienten in beiden Behandlungsformen positiv entwickelten, zeigten die Patienten der randomisiert zugeteilten TFP-Gruppe eine geringere Abbruchrate, eine signifikante Reduktion der Anzahl der Suizide und stationärer Aufnahmen sowie der BPS-Symptome und eine signifikante Verbesserung der Persönlichkeitsorganisation sowie des psychosozialen Funktionsniveaus. Beide Gruppen verbesserten sich signifikant hinsichtlich der depressiven und ängstlichen Symptomatik und die TFP-Gruppe in der generellen Psychopathologie, jedoch traten hier keine signifikanten Gruppenunterschiede auf. Das selbstverletzende Verhalten veränderte sich in keine der Gruppen.

Die Studie weist eine Vielzahl an Stärken auf. Erstens verfügt sie über eine große Stichprobe von 104 Frauen. Zweitens, berichteten die Forscher sowohl die Intent-to-Treat als auch die Completer-Analyse und wirken damit den Bedenken entgegen, dass die Wirksamkeit der TFP hinsichtlich des klinischen und psychosozialen Funktionsniveaus ein Artefakt der Behandlungsdosis und verlorengegangener Daten durch Behandlungsabbrüche ist. Drittens, waren sowohl die TFP-Therapeuten als auch die ECP-Therapeuten sehr gut ausgebildet und führten auch sonst Behandlungen an mehreren Standorten durch, wobei die ECP-Gruppe aus erfahrenen Therapeuten bestand, die sich auf die Behandlung von BPS-Patienten spezialisiert hatten. Viertens, wurde die Wirksamkeit der TFP durch eine unabhängige Gruppe nachgewiesen, die in keinem Zusammenhang zum Cornell Medical Center stehen. Hinsichtlich der Limitationen hängen einige Schwächen dieser Studie mit dem Gesundheitssystem in Deutschland und Österreich zusammen, wo die Krankenversicherung die meisten Psychotherapien abdeckt. Als Folge dessen, war die Abbruchrate in dieser Studie höher, weil die Patientinnen die Möglichkeit hatten, mit Leichtigkeit den Therapeuten zu wechseln (Tabelle 7.1 - 7.4).

Zusammengefasst und, abgesehen von den oben erwähnten Kritikpunkten, sind die Evidenzen für die TFP stark, werden signifikant durch die Ergebnisse von Doering et al. (2010) unterstützt und sind vereinbar mit der allgemeinen Literatur. Diese besagt, dass es keine Evidenzen dafür gibt, dass einer der Behandlungsansätze in Abhängigkeit von der Effektgröße und dem Vergleich mit einer alternativen Behandlung nach bestem Wissen signifikant besser ist als ein anderer. Die TFP repräsentiert eine von vielen Behandlungen, die in der Therapie von BPS hilfreich sein könnte. TFP ist bisher die einzige Behandlungsform, die Evidenzen für die Veränderung von mentalen Repräsentationen oder internalisierten Strukturen aufweist.

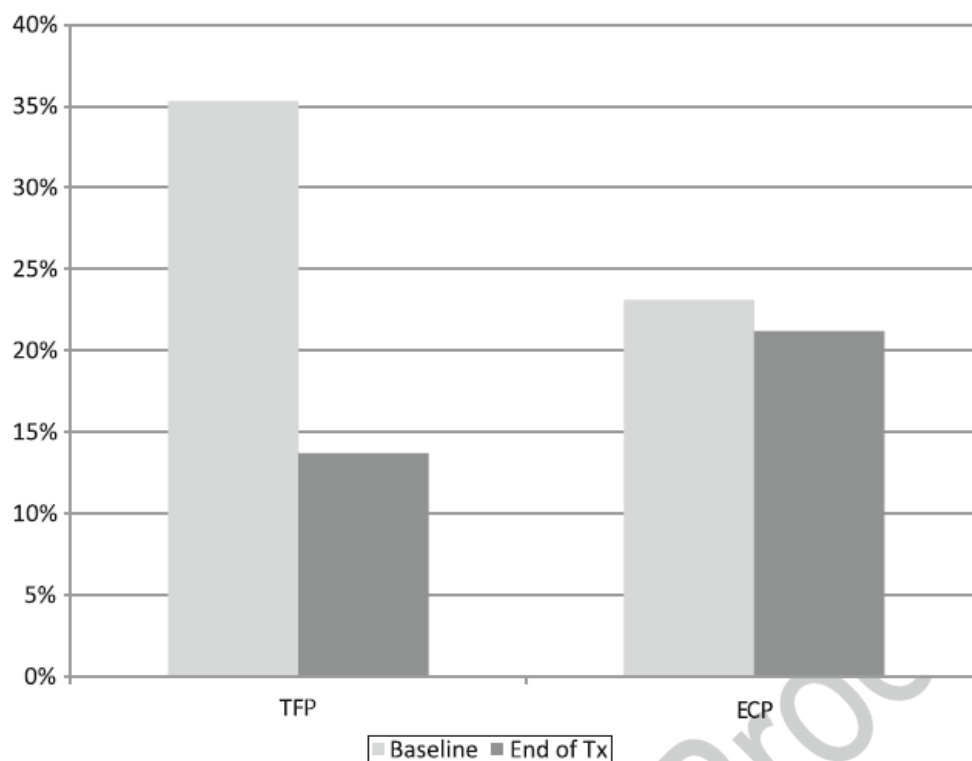


Tabelle 7.1 Suizidversuche in Prozent. Innerhalb der Gruppen - TFP: $p=.001$, $d=0.8$; ECP: ns. Zwischen den Gruppen - TFP>ECP, $d=0.8$, $p=0.009$ (wobei *Baseline* mit Ausgangszustand und *End of Tx* mit zum Endzeitpunkt übersetzt würde)

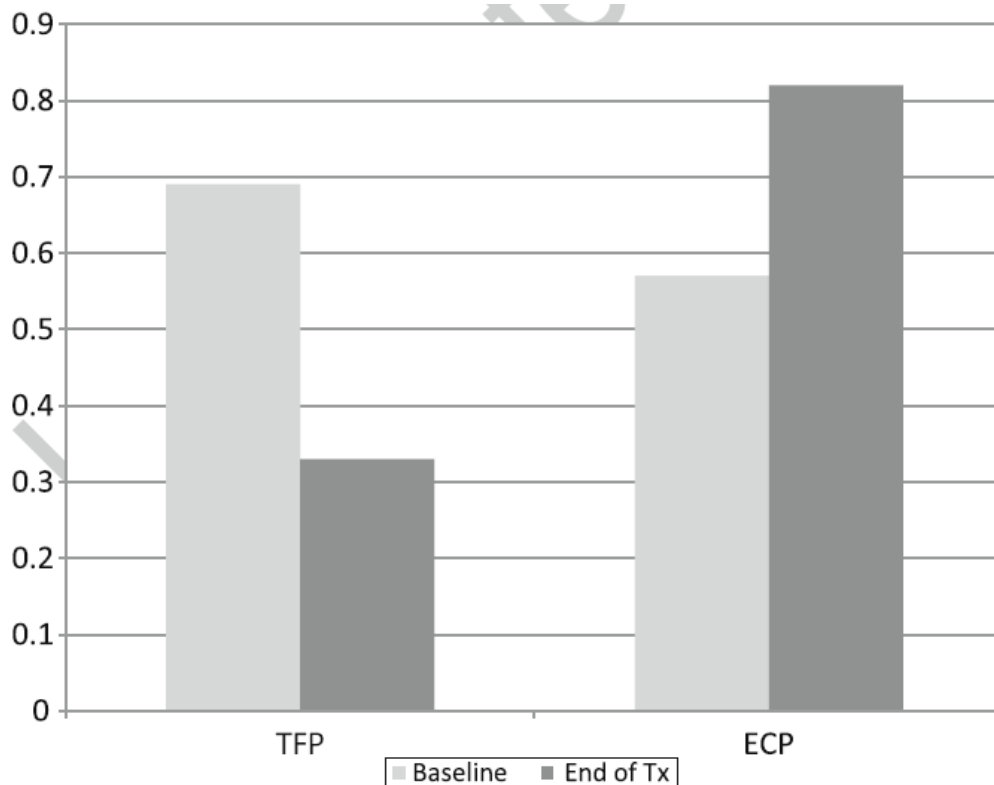


Tabelle 7.2 Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte. Innerhalb der Gruppen - TFP: $p=.001$, $d=0.5$; ECP: ns. Zwischen den Gruppen - TFP>ECP, $d=0.5$, $p=0.001$ (wobei *Baseline* mit Ausgangszustand und *End of Tx* mit zum Endzeitpunkt übersetzt würde)

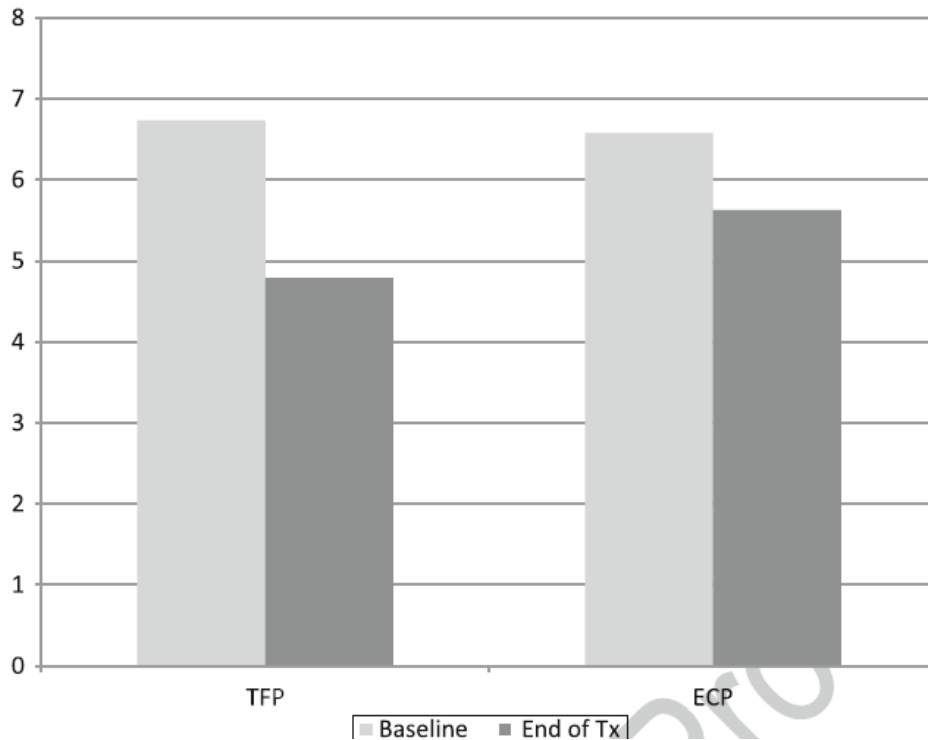


Tabelle 7.3 Anzahl der DSM-IV Kriterien für BPS. Innerhalb der Gruppen - TFP: $p=.001$, $d=1.6$; ECP: : $p=.001$, $d=0.8$. Zwischen den Gruppen - TFP>ECP, $d=1.6$, $p=0.001$ (wobei *Baseline* mit Ausgangszustand und *End of Tx* mit zum Endzeitpunkt übersetzt würde)

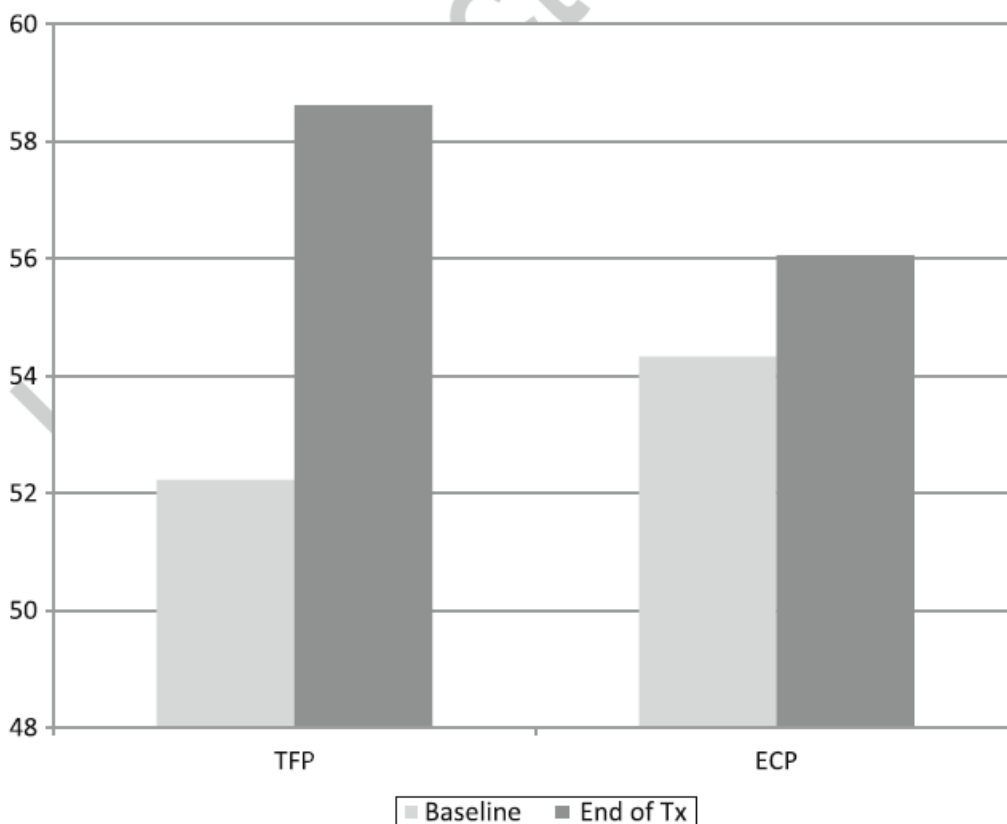


Tabelle 7.4 GAF-Wert. Innerhalb der Gruppen - TFP: $p=.001$, $d=1.0$; ECP: : $p=.01$, $d=0.3$. Zwischen den Gruppen - TFP>ECP, $d=1.0$ $p=0.002$ (wobei *Baseline* mit Ausgangszustand und *End of Tx* mit zum Endzeitpunkt übersetzt würde)

Schlussfolgerungen

Zusammengefasst können aus dem in diesem Kapitel untersuchten Datenmaterial einige Schlussfolgerungen gezogen werden. Ganz allgemein gibt es eine Vielzahl verschiedener psychodynamischer Behandlungsmodelle, die in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung wirksam sind und empirisch belegt werden können. Hinzukommen diverse andere Modelle, die gleichartige Prinzipien teilen und auch wirksam sind, jedoch ungetestet bleiben. Wir würden den Befürwortern dieser Richtungen empfehlen, ihre Untersuchungen in RCT-Designs zu gestalten.

Im Speziellen haben wir gelernt:

1. Psychoanalyse kann an verschiedene Pathologien angepasst werden und in diesem Sinne auf verschiedenen Wegen erfolgreich sein (Clarkin et al., 2007; Bateman & Fonagy, 2006;)
2. Die Prinzipien und Ziele psychodynamischer Programme zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung können benannt und manualisiert werden (Bateman & Fonagy, 2006; Clarkin et al., 2006).
3. Psychodynamische Psychotherapie kann von Auszubildenden, Therapeuten die sich am Anfang ihrer Karriere befinden, erfahrenen Therapeuten und Krankenschwestern erlernt werden (nicht ausschließlich von erfahrenen Psychanalytikern)(Doering et al., 2010; Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin et al., 2001; Stevenson & Meares, 1992).
4. Psychotherapiesitzungen können mittels Video- oder Audiogerät aufgezeichnet werden ohne die Behandlung zu stören (Clarkin et al., 2007, Clarkin et al., 2001; Jones & Pulos, 1993).
5. Es liegen wenige Belege vor, um die Wirksamkeit von rein nicht-interpretativen psychodynamischen Psychotherapien (beispielsweise manche unterstützende Psychotherapien) bei Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung zu untermauern. Jedoch ist wenig darüber bekannt, inwieweit unterstützende Techniken in die Behandlung von BPS integriert werden sollten (Clarkin et al., 2007; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a). Kernberg würde zugunsten wenig-unterstützender Techniken argumentieren, im Speziellen bei Patienten auf einem unteren BPS-Level, wohingegen Bateman und Fonagy (Bateman & Fonagy, 2006) für eine vermehrte Integration von unterstützenden Techniken plädieren. Neuestes Datenmaterial der RCT von Høglend unterstützt die Auffassung, dass Patienten mit einem niedrigen Niveau an Objektbeziehungen, besonders gut in übertragungsbasierten Behandlungen aufgehoben sind (Høglend et al., 2006).
6. Das Datenmaterial deutet darauf hin, dass Therapeuten die Abbruchraten reduzieren können, indem sie die Behandlung strukturieren und sich explizit auf die Rahmenbedingungen der Behandlung konzentrieren; ausführlich formulierte Verträge sind hilfreich, können aber auch obsolet werden, falls eine solide Struktur und ein fester Rahmen geschaffen und aufrecht erhalten werden können (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a; Clarkin et al., 2001).
7. Randomisierte kontrollierte klinische Studien psychodynamischer Behandlungen der BPS sind durchführbar (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a; Bateman & Fonagy, 1999).
8. Es kann angenommen werden, dass einige dynamische Behandlungsverfahren der BPS empirische Unterstützung zur Erfüllung der Kriterien der APA Division 12 für etablierte

Behandlungen, aufweisen(Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a; Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2008).

9. Auch unstrukturierte und schwer gestörte BPS-Patienten können mittelspsychodynamischer Psychotherapien behandelt werden. Diese Therapieformen sind nicht nur auf Patienten mit hohem Intelligenzquotienten, ausgeprägten Reflexionsfähigkeiten oder guten Objektbeziehungen beschränkt (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a; Bateman & Fonagy, 1999; Clarkin et al., 2001; Hoglend et al., 2006).

10. BPS-Patienten können innerhalb nur eines Jahres entscheidende Veränderungen durchlaufen (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006a; Bateman & Fonagy, 1999; Clarkin et al., 2001).

11. Psychodynamische Behandlungen erreichen im Gegensatz zu anderen Behandlungsformen womöglich weitgefassere Ergebnisse, länger anhaltende Veränderungen sowie Veränderungen in der Persönlichkeit (Clarkin et al., 2007; Doering et al.2010; Levy et al., 2006; Levy et al., 2006; Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2008; Clarkin et al., 2001).

12. Um strukturelle Veränderungen in der Persönlichkeitsorganisation zu erreichen, sind langfristige Behandlungen notwendig und wichtig bei der Behandlung von BPS.

13. Supervision ist eine kritische Komponente für die Behandlung der BPS. Alle empirisch unterstützten Behandlungsmethoden der BPS, nicht nur die psychodynamischen, verfügen über eine fortlaufende, strukturierte Supervision für die Therapeuten (Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo, et al., 2007; Levy et al., 2006; Linehan et al., 1991; Levy et al., 2006; Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin et al., 2001). Hinzu kommt, dass in manchen Studien die Unterschiede zwischen den Gruppen (Giesen-Bloo, et al., 2007; Linehan et al., 2006) im Zusammenhang mit den Unterschieden der Durchführung einer adäquaten Supervision zu stehen scheinen (Levy et al., 2006; Levy et al., 2006; Yeomans, 2006).

14. Alle Behandlungsformen der BPS mit empirischer Unterstützung sind gut strukturiert, legen angemessenen Wert auf die Förderung der Compliance (z.B. Aufmerksamkeit auf die Vertragsschließung und den Behandlungsrahmen), haben einen klaren Fokus - egal ob der Fokus das problematische Verhalten oder ein Aspekt der interpersonellen Beziehungsmuster ist - sind höchst kohärent für den Therapeuten und den Patienten; regen eine starke Bindung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten an, die den Therapeuten dazu ermächtigt, eher eine relativ aktive als eine passive Haltung einzunehmen, und sind gut in andere Angebote für den Patienten integriert.

15. Besonders hinsichtlich der TFP, weisen mehrere Evidenzen daraufhin, dass die TFP eine wirksame Behandlung für BPS darstellt. Die unabhängige Studie von Doering et al. repliziert vorherige Ergebnisse für die Wirksamkeit der TFP und entspricht direkt dem Bedarf nach weiterer empirischer Unterstützung, die durch die APA Division 12 gefordert wurde. Wie vorher diskutiert wurde, sind verschiedene Quellen für Behandlungsevidenzen notwendig, um einen empirisch begründeten Rahmen für eine spezielle Behandlungsform der Psychotherapie aufzubauen. Die TFP hat ihre Wirksamkeit durch Behandlungsevidenzen auf unterschiedlichen Niveaus der internen und externen Validität bewiesen, einschließlich klinischer Fallstudien, Prä-Post-Studien, Quasi-experimenteller Vergleichsstudien, RCTs im Vergleich zu erfahrenen allgemeinen Therapeuten, und schlussendlich RCTs im Vergleich zu einer etablierten, weit verbreiteten alternativen Behandlungsmethode, in Kombination mit der Betrachtung von Evidenzen für spezifische Wirkmechanismen. Zusammengekommen, weist

diese Forschung zur TFP, die durch die APA Division 12 geäußerten Kriterien für eine gut etablierte Behandlungsform, auf.

Der nächste Schritt stellt die Identifizierung der aktiven Bestandteile oder Mechanismen der therapeutischen Wirkung in diesen Behandlungen dar (Clarkin & Levy, 2006). Effektivität und Wirksamkeit dahingestellt, die beweiskräftige Bedeutung dieser Studien zum Verständnis der eigentlichen Wirkmechanismen einer Behandlung sind nicht nur indirekt, sondern auch limitiert (Garfield, 1990). Abgesehen von der Unterstützung für die Effektivität und Wirksamkeit von vorhandenen Behandlungen der Borderline Persönlichkeitsstörung, sind deswegen Kliniker und Forscher noch immer mit einem hohen Grad an Ungewissheit bezüglich der eigentlichen Wirkprozesse konfrontiert. Die Untersuchungen der vermeintlichen Wirkmechanismen hat das Potential theoretische Fragen zu beantworten und Modelle zu validieren, indem sie zeigen könnten, dass theoretisch konzipierte Wirkmechanismen tatsächlich mit der Wirksamkeit einer Behandlung zusammenhängen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Behandlungen durch unbeabsichtigte Mechanismen, wie allgemeine Faktoren wirken (z.B. Erwartungen; siehe Weinberger, 1995) oder spezifische technikabhängige Faktoren, die wesentlich für gute Ergebnisse, aber nicht unbedingt einzigartig in einer bestimmten Behandlungsform sind (Levy & Scott, 2007). Schlussendlich gibt es vielleicht einfach mehrere Wege, die eine Veränderung bei BPS-Patienten erzeugen oder bestimmte Behandlungen sind für bestimmte BPS-Patienten wirksamer als andere.

Zusätzlich hilft die Etablierung der zugrundeliegenden Mechanismen der Psychopathologie der BPS, klinische Ansätze zu validieren. Zum Beispiel würde durch das Zeigen des Nutzens von experimentellen Psychopathologieparadigmen, welche den Symptomen der BPS in der Diffusion oder den Defiziten der Reflexionsfähigkeit zugrunde liegen, die Bedeutung der Behandlungsziele der TFP hervorgehoben werden.

Abschließend ist es angesichts der Chronifizierung der BPS entscheidend, die langfristige Signifikanz der Veränderungen, die durch die Behandlungen hervortreten, zu etablieren. Es liegen bereits Beweise für eine langfristige Wirksamkeit der MBT vor. Um die Aufrechterhaltung der Behandlungsziele und die langfristige Wirksamkeit der TFP zu untersuchen, führen wir aktuell, mit der finanziellen Unterstützung der American Psychoanalytic Association, eine langfristige Follow-Up Studie der Patienten durch, die in unserer RCT behandelt wurden,

Literaturangaben

Alexander, F. Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937.

Ablon JS, Jones E. How expert clinicians1 prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive behavioral therapy. *Psychother Res.* 1998;8:71- 83

Ablon JS, Levy RA, Katzenstein T. Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2002;43(2):216-31.

Ablon JS, Jones E. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry.* 2002a ;159:775-83.

Appelbaum AH. Beyond interpretation: a response from beyond psychoanalysis. *Psychoanal Inq.* 1981;1:167-85.

Appelbaum AH. Psychotherapeutic routs to structural change. *Bull Menninger Clin.* 1994;58:37-54

- Arntz A. Borderline personality disorder. In: Beck TA, Freeman A, Davis DD, Associate: X, editors. Cognitive therapy of personality disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2004. p. 87-215.
- Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord.* 2004;18(1):36-51.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10):1563-9.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *Am J Psychiatry.* 2001;158(1):36-42.
- Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Bateman A, Fonagy P. 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008;165:556-9.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;165:5569
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh I. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;45:61-71.
- Bernstein RF. The impending death of psychoanalysis. *Psychoanal Psychol.* 2001; 18:3-20.
- Blatt, S.J. The effort to identify empirically supported psychological treatments and its implications for clinical research, practice, and training. *Psychoanal Dialogues.* 2001;11: 633-44.
- Bordin, ES. Dimensions of the counseling process. *J. Clin. Psychol.* 1948; 4: 240-4.
- Blatt SJ, Zuroff DC. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev.* 2003;25(4):459—86.
- Borkovec TD, Nau SD. Credibility of analogue therapy rationales. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1972; 3:257
- Borkovec TD, Castonguay IJG. What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *J Consult Clin Psychol.* 1998; 66(1):136-42.
- Carroll KM, Rounsaville BJ. Bridging the gap: a hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment. *Psychiatr Serv.* 2003;(Koons et al., 2001)(3): 333-9.
- Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(3):497-504.
- Castonguay IJG, Beutler LE. Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. *J Clin Psychol.* 2005; 62(6):631-8.
- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1998; 66(1):7-18.
- Chalmers T, Smith R, Blackburn B, Silverman B, Schroeder R, Reitman D, Ambroz A. A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Control Clin Trials.* 1981;2:3 1-49.
- Clarke M, Oxman A. Cochrane reviews will be in Medline. *Br Med J.* 1999;319(7222):1435.

- Clarkin J. The utility of a treatment contract. *J Pract Psychiatry Behav Health*. 1996;2:368-9.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley; 1999.
- Clarkin IF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorders: a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord*. 2001 ;16(6):487-95.
- Clarkin JF, Levy KN. Influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert M, editor: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2003. p. 194-226.
- Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, Kernberg O. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord*. 2004;18(1):52-72.
- Clarkin IF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord*. 2005;18(1):52-72.
- Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF. *Psychotherapy of borderline personality*. New York: Wiley; 2006.
- Clarkin IF, Levy LN. Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol*. 2006a;62(4):405-10.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. A nullitwave RCT Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164:9224.
- Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2010.
- Coccaro EF, Harvey PH, Kupshaw-Lawrence E, Herbert JL, Bernstein DP. Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1991;3(Suppl. 2):44-51.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Mahwah: Erlbaum; 1988.
- Conigan PW. Getting ahead of the data: a that to some behavior therapies. *Behav Ther*. 2001;24:189-93.
- Connor-Smith JK, Weisz JR. Applying treatment outcome research in clinical practice: techniques for adapting interventions to the real world. *Child Adolesc Ment Health*. 2003;8(1):3-10.
- DeRubeis RJ, Feeley S. Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cogn Ther Res*. 1990; 14(5):469-82.
- DeRubeis RJ, Evans MD, Hollon SD, Garvey MJ, Grove WM, Tbasan VB. How does cognitive behavioral therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and marmncotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58:862-9.
- Doering S, Hon S, Rentrop M, Fischer-Ken M. Scillster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P. Transference-focused psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;196:389-95.

- Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton; 1950
- Fenichel, O. *Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute 1920-1930*. Berlin: Berlin Psychoanalytic Institute; 1930.
- Fonagy P. *Reflective functioning manual: version 4.1 for the application to the adult attachment interviews*. Unpublished manuscript. London: University College London; 1997.
- Fonagy, P. On the relationship of experimental psychology and psychoanalysis. Comment on “experimental psychology and psychoanalysis: what we can learn from a century of misunderstanding”. *Neuro-psychoanal*. 2000; 2(2):222—32.
- Fonagy, P., Jones, E.B., Kachele, H., Krause, R., Clarkin, J., Perron, R., Gerber, A., Allison, E. *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2nd ed. London: International Psychoanalytic Association; 2001.
- Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*. 2006;62:41 1-30.
- Freud S. *New introductory lectures on psycho-analysis*; 1933.
- Gabe GO, Gtmderman JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):505-10.
- Garfield SL. Issues and methods in psychotherapy process research. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58(3):273-80.
- Gerber, A. A proposal for the integration of psychoanalysis and research. *Psychol Psychoanal*. 2001; 21(3): 14—17.
- George C, Kaplan N, Main M. *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Berkeley: Department of Psychology, University of California; 1985.
- Giesen-Bloo JI-I, Amtz A, van Dyck R, Spinhoven P, van 't Veil W. Outpatient treatment of borderline personality disorder: analytical psychotherapy versus cognitive behavior therapy. In: Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Vancouver, Canada; 17-21 July 2001.
- Giesen-Bloo JI-I, Amtz A, van Dyck R, Spinhovot P, van Tilburg W. Outpatient treatment of borderline personality disorder: analytical psychotherapy versus cognitive behavior therapy. In: Paper presented at the Transference Focused Psychotherapy for Borderline Personality Symposium. New York; 16—17 November 2002.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Diksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:649-58.
- Goldfried MR, Wolfe BE. Toward a more clinically valid approach to therapy research. *J Couns Clin Psychol*. 1998;66(1):143-50.
- Gunderson JG. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001.
- Gunderson JG, Bateman A, Kemberg O. Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of “Ellen”. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1333—9.

- Hoglend P, Amlo S, Marble A, Bogwald KP, Sorbye O, Sjaastad MC, Heyerdahl O. Analysis of the patient therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1739-46.
- Howard KI, Klaus MS, Orlinsky DE. The attrition dilemma: toward a new strategy for psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(1):106-10.
- Holt, R.R., Luborsky, L.B.. *Personality patterns of psychiatrists: a study in selection techniques*, vol. 2. Topeka: The Menninger Foundation; 1958.
- Ilardi SS, Craighead WE. The role of nonspecific factors in cognitive therapy for depression. *Clin Psychol Sci Pract*. 1994;1(2):138-56.
- Jones EB, Pulos SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:306-16.
- Jones, EB. Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, 1926-1936.
- Kazdin A. Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clin Psychol Sci Pract*. 2001;8:143—51.
- Kellogg S, Young J. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2006;62:445-58.
- Kernberg OF, Bumstein E, Coyne L, Appelbarm A, Horowitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull Menninger Clin*. 1972;36:1-275.
- Kernberg OF. *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press; 1984.
- Kernberg, OF The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal*. 2006; 87: 919-26.
- Kernberg, OF. Research anxiety: a response to Roger Perron's comments. *Int. J. Psychoanal*. 2006a; 87: 933-7.
- Koons CR, Robins CJ, Need JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse IQ, Bastian LA. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32(2):371-90.
- Knight, R.O. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry*. 1941; 98: 434-46.
- Kroll J. Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1684-6.
- Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:1027—40.
- Levy KN, Clarkin IF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol*. 2006;62:481-501.
- Levy KN, Scott LN. The 'art' of interpreting the 'science' and the 'science of interpreting the 'art' of treatment of borderline personality disorder. In: Hoffman S, Weinberger J, editors. *The art and science of psychotherapy*. London: Brunner-Routledge; 2007.
- Levy KN. Psychotherapies and lasting change. *Am J Psychiatry*. 2008;165:556-9.

- Levy, K.N., Wasserman, R.H., Scott, L.N., Yeomans, F.E. Empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. In: Levy R, Ablon IS, editors. Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: bridging the gap between science and practice. New York: Humana Press; 2009. p. 93-119.
- Levy KN, Clarkin IF, Schiavi J, Foelsch PA, Kemberg OF. Transference Focused Psychotherapy for patients diagnosed with borderline personality disorder: a comparison with a treatment-as-usual cohort, in preparation.
- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999;8(4) S. 79-92.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Linehan MM, Heard HL... Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):971-4.
- Linehan MM, Commis ILA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL. TWO-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality 66. *Wet. Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
- Luborsky, LB. Self-interpretation of the TAT as a clinical technique. *J Proj Tech*. 1953; 17: 217-23.
- Luborsky L, Diguer L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et III. "B researcher's own therapy allegiances: a "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clin PschDI Sci Prtt*. 1999;6:9S-106.
- Lynch TR. Dialectical behavior therapy: recent research and developments. Conference presentation: NIMH's international think tank for the more effective treatment of borderline personality disorder. 9-11 July 2004
- Patron, R. How to do research? Reply to Otto Kernberg. *Int J Psychoanal* 2006; 87: 927-32.
- Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal M2, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. 2006a ;62(4):459-80.
- Main M, Goldwyn R. Adult Attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript. University of California at Berkeley; 1984.
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1365-74.
- Morrison KI-I, Bradley R, Westen D. The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: naturalistic study. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2003 :76(2):109—32.

- National Institute of Mental Health. Psychotherapeutic interventions: how and why they work. In: Workshop sponsored by the NIMH Division of Services and Intervention Research. Rockville, MD; December 2002.
- Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20-6.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt E. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768-74.
- Rockland LH. Supportive therapy for borderline patients: a psychodynamic approach. New York: Guilford Press; 1992.
- Rockland LH. Psychoanalytically oriented supportive therapy: literature review and techniques. *J Am Acad Psychoanal*. 1989;17(3):451-62.
- Rokke PD, Carter AS, Rehm LP, Veltum LG. Comparative credibility of current treatments for depression. *Psychotherapy*. 1990;27(2):235-43.
- Rosen GM, Davison GR. Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behav Modif*. 2003;27:300-
- Sanderson C, Swenson C, Bohus M. A critique of the American Psychiatric Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2002;16:122-9.
- Scheel KR. The empirical basis of dialectical behavior therapy: summary, critique, and implications. *Clin Psychol Sci Pract*. 2000;7(1):68-86.
- Shaw BF, Elkin I, Yamaguchi J, Olmstead M, Vallis TM, Dobson KS, Lowery A, Sotsky SM, Watkins JT, Imber SD. Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):837-46.
- Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *Am Psychol*. 1995;50 (12): 965-74.
- Smith TE, Koenigsberg HW, Yeomans FE, Clarkin IF. Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *J Psychother Pract Res*. 1995;4(3):205-13.
- Smith LD, Peck PL. Dialectical behavior therapy: a review and call to research. *J Ment Health Counsel*. 2004; 26(1):25-38.
- Spielberger CD, Gorsuch RL. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
- Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1992;149(3):358-62.
- Steiner I. Psychic retreats - pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients. London: Routledge; 1993.
- Strupp, H.H. Psychotherapeutic technique, professional affiliation, and experience level. *J Consult Psych*. 1955;19(2): 97-102.
- Swenson CR. Kernberg and Linehan: two approaches to the borderline patient. *J Pers Disord*. 1989;3(1):26-35.
- Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr Q*. 2001;72(4):307-24.

- Swenson CR, Torrey WC, Koerner IC Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatr Serv.* 21112530): 171-8.
- Trepka C, Rees A, Shapiro DA, Hardy GE. Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cogn Ther Res.* 2004;28:143-57.
- van den Bosch LM, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2005 :43:1231-41.
- van den Bosch LM, Verheul R, Langeland W, Van Den Brink W. Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37:549-55.
- Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MWJ, de Ritter MAJ, Stijnen T, vanden Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2003;182:135-40.
- Wallerstein R. *Forty-two lives in treatment - a study of psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Guilford Press; 1986.
- Wallerstein, R., Robbins, L., Sargent, H., Luborsky, L. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation. *Bull Menninger Clin.* 1956;20(5):221-80.
- Weinberger J. Common factors aren't so common: the common factors dilemma. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2:45-69.
- Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:1111-15.
- Westen D. Integrative psychotherapy: integrating psychodynamic and cognitive-behavioral theory and technique. In: Snyder CR, Ingram R, editors. *Handbook of psychological change psychotherapy processes and practices for the 21st century.* New York: Wiley; 2000. p. 217-42.
- Westen, D., Morrison, K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(6):875-99.
- Westen D, Novotny C, Thompson H. The empirical status of empirically supported therapies: assumptions, methods, and findings. *Psychol Bull.* 2004;130:631-63.
- Westen D, Bradley R. Empirically supported complexity: rethinking evidence based practice in psychotherapy. *Compr Dir Psychol Sci.* 2005;14:266-71.
- Yeomans FE. When It therapist overindulges a demanding borderline patient. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:334-6.
- Yeomans FE, Gutfreund J, Selzer MA, Clarkin IF. Factors related to drop-outs by borderline patients: treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res.* 1994;3(1):16-24.
- Yeomans, F.E, Clarkin, I.F. New developments in the investigation of psychodynamic psychotherapy. *Curr Opin Psychiatry.* 2001; 14:591-5.
- Yeomans FE, Clarkin JF, Kemberg OF. *A Primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient.* Northvale: Jason Aronson; 2002.

Yeomans FE. Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs. transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;64(S):609-10.

Young JE, Klosko I, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: The Guildford Press; 2003.