

Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (2000) Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart New York, S. 701-730

Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme.

Gerhard Dammann, John F. Clarkin & Horst Kächele

Einleitung

Der aktuelle Stand der empirischen Psychotherapieforschung auf dem Gebiet der Borderline-Persönlichkeitsstörung verdient eine kritische Darstellung. Dies erweist sowohl als eine recht einfache und andererseits sehr komplexe Aufgabe. Einfach deshalb, weil die Zahl der kontrollierten Therapiestudien noch immer relativ gering ist, komplex deshalb, weil es darüberhinaus eine Fülle von verstreut publizierten Befunden zur Psychotherapie in diesem Bereich gibt, deren Ergebnisse aber für eine kritische Wertung des gesicherten Wissens wichtig sind.

Ziel der Behandlung von Borderline-Patienten ist es zunächst, die massiven dysfunktionalen Verhaltensweisen, die bis zur Selbstschädigung reichen, und die affektive Instabilität zu reduzieren. Darüber hinaus gilt es aber auch die interpersonellen Schwierigkeiten und die oft extreme soziale Desintegration anzugehen. Dies kann nur erreicht werden, wenn sowohl konkrete Bedingungen eingehalten werden, damit eine Therapie nicht abgebrochen wird aber andererseits auch eine grundsätzliche längerfristige strukturelle Stabilisierung der Persönlichkeitsorganisation erfolgen soll.

Unseres Erachtens gibt es im wesentlichen vier wichtige Gründe, die dazugeführt haben, daß erst relativ spät Therapiestudien der Borderline-Störung (BPS) durchgeführt wurden, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen.

1. Das Störungsbild wurde selbst lange von der klinischen Psychiatrie, besonders in Europa ignoriert oder als "schizophrene Spektrumsstörung" u.a. verkannt.
2. Die Psychoanalyse, die sich schon früh mit dem Borderline-Thema beschäftigte, arbeitete vorwiegend methodisch-kasuistisch (um nicht zu sagen) essayistisch; erst erst in den beiden letzten Jahrzehnten legten einige ihrer Vertreter ihre Skepsis der Empirie gegenüber ab.
3. Erst mit der Einführung des DSM-III 1980 (und vor allem seinen Weiterentwicklungen DSM-III-R und DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) lagen ausreichende Operationalisierungskriterien und Definitionen vor, die breite Anerkennung fanden.
4. Die besonderen klinischen Schwierigkeiten in der Arbeit mit dieser Patientengruppe und die noch immer (außerhalb der Spezialisten) weitverbreitete Unsicherheit über adäquate und erfolgsversprechende therapeutisches Vorgehensweisen wären zu benennen.

In den 80er und 90er Jahren wurden vorwiegend behaviorale Zugangsweisen mit einem ätiopathogenetischen Modell formuliert, die von der Arbeit mit Suizidalität (Linehan) oder der Anwendung von kognitiven Modellvorstellungen auch auf diese Störung (Beck) ausgingen. Parallel dazu intensivierten sich auch die psychodynamischen Ansätze (Kernberg und Clarkin). Inzwischen haben sich zahlreiche andere therapeutische Richtungen (stationär, gruppenpsychotherapeutisch, systemisch, gesprächspsychotherapeutisch etc.) dem Störungsbild wissenschaftlich genähert. Es fällt dennoch auf, daß das Interesse an den Persönlichkeitsstörungen zwar allgemein stark zugenommen hat, daß aber andererseits seit den 80er und frühen 90er Jahren kaum mehr neue wichtige Psychotherapiestudien hinzukamen.

Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD 10 Nr. F 60.31; DSM-IV 301.83) gelten als eine der am schlechtesten zu behandelnden Patientengruppen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet von extremer Instabilität im Bereich der Impulskontrolle, Emotionsregulation und der interpersonellen Beziehungen. Häufig kommen selbstgefährdendes Verhalten, Selbstverletzung, Sucht, Identitätsdiffusion und psychosenahe Labilisierungsphasen hinzu. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ist eine häufige psychische Störung. Die Prävalenz beträgt in der unbehandelten Bevölkerung zwischen 1,1 und 4,6% (Maier et al., 1992). In seiner Meta-Analyse kommt Perry (1993) zu einer Suizidrate von ca. 6,1% bei Untersuchungszeiträumen von durchschnittlich 7,3 Jahren. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen fand man erheblich größere Anpassungsstörungen in Beruf und Familie. Die Patienten mußten sich häufiger erneut psychiatrisch und psychotherapeutisch behandeln lassen oder wegen diverser körperlicher Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen (Andreoli et al., 1989). Die Borderline-Patienten blieben, wie die Follow-up-Studien zeigten, in den ersten 5-10 Jahren nach stationären Aufenthalten dysfunktional (Stone, 1992). Hinzu kommen Drop-out-Raten in den Therapien, die in den ersten Wochen zwischen 25% und 67% betragen (Gunderson et al., 1989). Traditionelle Psychotherapien, so resümierten Waldinger und Gunderson noch Ende der 80er Jahre, konnten die Verläufe wenig beeinflussen (1987).

Von der Diagnose zum Ergebnis

Dem naiven Betrachter des Thema drängt sich ein Eindruck auf, den wir - im Anschluß an einen amerikanischen Autors - so formulieren würden: Es wurde sehr viel unternommen, um die diagnostischen Besonderheiten und Eigenarten des Borderline-Syndroms zu erhellen, weit mehr als bei irgendeiner anderen Persönlichkeitsstörung. Dieser Befund könnte nicht nur mit dem Hinweis auf die relativ hohe Prävalenzrate der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ in der Bevölkerung erklärt werden, sondern besonders auf die noch weitaus höheren Prozentzahlen in klinischen Einrichtungen. Allerdings, so wird schnell deutlich, ist im Vergleich zu diesen epidemiologischen, diagnostischen und nosologischen Anstrengungen die empirische Durchdringung der Behandlung von Borderline-Störungen bis heute weit geringer ausgefallen.

Noch in der Mitte der achtziger Jahre heißt es, die wenigen retrospektiven Nachuntersuchungen, die bisher publiziert worden waren, belegten vorwiegend wie schwierig und wenig lohnend die therapeutische Arbeit sei (McGlashan, 1986; Pope et al., 1983; Skodal et al., 1983; Waldinger & Gunderson, 1984). Fast zynisch etwa folgende therapeutischen Folgerungen:

"...bei der Krankenblattauswertungen einer Poliklinik wurde deutlich, daß folgender Zusammenhang bestehe, je ausgeprägter die manifeste Borderline Symptomatik, desto größer die Wahrscheinlichkeit daß die Patienten weiter überwiesen werden oder daß die Behandlungsbemühungen ein jähes abruptes Ende nehmen würden" (Skodal et al., 1983).

Kontrollierte Studien zur Borderline-Störung gibt es dagegen kaum. Shea führt bis 1993 lediglich 9 Studien auf, von denen aber 6 die sogenannte "vermeidende (avoidant) Persönlichkeitsstörung" betrafen. Unseres Erachtens stellt diese Persönlichkeitsstörung jedoch eher eine Ausnahme unter den Persönlichkeitsstörungen dar, da sie mehr dem Schweregrad nach einer Neurose gleicht und auch große Überschneidungen zur "Sozialen Phobie" aufweist (wenn nicht sogar identisch ist). Sie ist darüber hinaus kognitiv-behavioralen Ansätzen relativ gut zugänglich. Die drei anderen Studien waren die von Linehan und Mitarbeitern (1991, 1993) und zwei zu gemischten Persönlichkeitsstörungen, die ebenfalls an späterer Stelle erwähnt werden sollen, da ein Teil der Patienten zumindest Borderline-Persönlichkeitsorganisations-Kriterien aufwiesen.

Interludium I:

Ergebnisforschung - eine 'unendliche Geschichte'

Nach Kordy & Kächele (1996) ist Ergebnisforschung eine 'unendliche Geschichte', da in diesem Feld diese Aufgabe nicht einfach durchzuführen ist. Viele Therapeuten tut sich mit der Aufgabe, Behandlungsergebnisse nachzuweisen, aus vielen "guten" Gründen nicht leicht. Jedoch macht der Anspruch, eine für diese Patienten geeignete oder im Vergleich zu anderen therapeutischen Zugängen (z.B. Psychopharmaka) sogar bessere Therapie anbieten zu können, die Beschäftigung mit der Ergebnisfrage unausweichlich. Wir zitieren deshalb ausgiebig aus dem Beitrag von Kordy & Kächele (1996):

"Die Aufgabe ist weder leicht lösbar noch angenehm. Dennoch, es galt und gilt zu präzisieren, was für welche Patienten unter welchen Bedingungen erreichbar ist - d.h. zu zeigen, inwiefern Psychotherapie für wen 'geeignet' oder 'besser' ist. Die Antworten richten sich an die Kollegen des eigenen therapeutischen Ansatzes ebenso wie an konkurrierende Therapeuten, sie sind adressiert an die Nutznießer (z.B. Patienten oder ihre Angehörigen) ebenso wie an die Kostenträger (z.B. Krankenversicherungen) oder diejenigen, die für eine angemessene therapeutische Versorgung verantwortlich sind (z.B. Gesundheitspolitiker, Gewerkschaften). Die Adressaten unterscheiden sich in ihren Interessen beträchtlich; dementsprechend wird und muß Ergebnisforschung eine Vielfalt an Informationen bereitstellen (Strupp & Hadley, 1977). Die explizite Bezugnahme auf den Empfänger der Botschaft hat mehrere wichtige Implikationen:

1. Therapieergebnisse und ihre Bewertung sind keine 'objektiven Eigenschaften' der Therapie; sie werden jeweils zwischen den Beteiligten ausgehandelt. Die verschiedenen Interessengruppen haben unterschiedliche Erwartungen, die sie in den sozialen Prozeß einbringen, in dem bestimmt wird, welche Daten auf welche Weise gesammelt, interpretiert und verwendet werden.
2. Therapieergebnisse und ihre Bewertung sind 'historisch', sie sind immer bezogen auf die zu der jeweiligen Zeit akzeptierten Werte und den Stand der therapeutischen Versorgung.
3. Für die verschiedenen Adressaten sind jeweils andere Argumentationsweisen geeignet; so mag z.B. für einen wissenschaftsorientierten Internisten nur ein kontrolliertes

klinisches Experiment überzeugend sein, während ein Psychotherapeut oder ein Patient sich eher durch die Schilderung der persönlichen Erfahrung einer anderen Person beeindrucken lassen.

Die Interessen und Wertvorstellungen, insbesondere das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, der beteiligten Personen und gesellschaftlichen Gruppen ändern sich mit der Zeit. Qualitativ anders akzentuierte Behandlungsziele - z.B. Symptombesserung 'vs.' Einsicht - bilden sich heraus, neue Patientengruppen stellen neue Anforderungen oder die - z.B. ökonomischen - Rahmenbedingungen für die therapeutische Versorgung verschieben sich etc. Diese Dynamik des Forschungsfeldes macht Ergebnisforschung zu einer 'unendlichen Geschichte'. In dem Maße wie sich die Fragen nach den Ergebnissen von Psychotherapie ändern, müssen immer neue Antworten gefunden werden" (Kordy & Kächele, 1996).

Rahmenbedingungen für Therapiestudien

Bevor die eigentlichen Therapiestudien dargestellt und gewertet werden sollen, erscheint es notwendig, wichtige Faktoren, die die Psychotherapien von Borderline-Patienten grundsätzlich beeinflussen - etwa Abbruchraten, Suizidalität - darzustellen.

Insgesamt schränkt bei allen Studien die z.T. stark wechselnde Symptomatik die Aussagekraft von Kurzzeit-follow-ups ein, andererseits entsteht bei längeren Untersuchungszeiträumen das Problem, das die meisten Persönlichkeitstörungen (aus heute noch unbekannten Gründen) sich mit der Zeit auch von alleine zu stabilisieren scheinen (aging-out).

Nosologische Probleme

Borderline-Störung ist nicht gleich Borderline-Störung, was die Interpretation von Studien immer zusätzlich erschwert. Allein wenn man die mindestens 5 Kriterien des DSM-IV von 9 möglichen ansetzt, die erfüllt sein müssen, ergeben sich 93 verschiedene Möglichkeiten wie jemand die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt. Damit ist aber dann sehr wahrscheinlich, daß es sich dabei, was Schwere und Symptomausprägung angeht, um fast "unterschiedliche" Störungsbilder handelt.

Zu Unklarheiten führt ebenfalls oft die doppelte Verwendung des Borderline-Begriffs, einmal als kategoriale und deskriptive Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), das andere Mal als Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) (Kernberg, 1996a+b; 1998).

Doch neben dem DSM-IV (SCID-II) und dem "strukturellen Interview" werden noch eine Fülle anderer diagnostischer Verfahren eingesetzt. Borderline-Patienten nach dem DIB (Gunderson et al., 1981) oder dem DIB-R (Zanarini et al., 1989), das eine Art Zwischenstufe von phänomenologischen und psychodynamischen Kriterien darstellt sind anders als solche, die mit dem BPI (Leichsenring, 1997) oder dem BSI (Conte et al., 1980) diagnostiziert wurden. Marziali (1992) schreibt deshalb mit Recht von "multiple etiological pathways to several, if not numerous, subgroups of BPS the research on developmental factors

attributed to the onset of BPD underscores the fact that a 'pure' borderline-type does not exist."

Komorbidität und 'Cluster' bei Borderline-Therapiestudien

In den bisherigen Therapiestudien wurde das Problem der Komorbidität mit anderen psychischen Störungen weitgehend ausgeblendet.

Steiger et al., (1993) untersuchten 73 Patientinnen mit Bulimia nervosa die nach DSM-III-R in drei Gruppen (Borderline, andere Persönlichkeitsstörung, keine Persönlichkeitsstörung) aufgeteilt wurden. Insbesondere die Borderline-Gruppe zeigte in der Prä- und Postbehandlungsbedingung (unabhängig von der Eßsymptomatik, bei der sich in allen 3 Gruppen nach 3 Monaten eine befriedigende durchschnittliche Besserung zeigen ließ) die höchste Komorbidität. Die BPS-Patienten zeigten mehr Depressionen, maladaptive Abwehr- und andere pathologische Muster als die anderen Gruppen. Zudem klärte die Borderline-Störung besser als die Bulimie die Varianz der komorbiden Symptomatik auf.

Eine gesonderte Beachtung der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen erschiene u.E. für alle Arten von Therapiestudien sinnvoll zu sein. Selbst der als "Allgemeingut" geltende Befund, daß Achse-I-Störungen sich schlechter behandeln lassen, wenn eine Achse-II-Persönlichkeitsstörung als Komorbidität vorliegt, findet sich für einzelne Persönlichkeitsstörungen, sofern sie getrennt betrachtet werden nicht mehr. Insbesondere in einigen Studien zeigte sich besonders für Cluster-C-Störungen (dependente oder vermeidende PS etwa) (Marchand & Wapler, 1993; Alfonso-Suarez & Fernandez-Vega, 1992) Ausnahmen von dieser Regel.

Es ist uns dagegen allerdings keine Studie bekannt bei der BPS-Komorbidität selbst keinen negativen Einfluß gehabt hätte, geschweige den gar ein positiver Prädiktor gewesen wäre.

Während im allgemeinen Komorbiditäten eine schlechtere Prognose bedeuten, d.h. auch komorbide Depression, gilt für die Borderline-Störung (und einige andere Persönlichkeitsstörungen (besonders die für die narzißtische und antisoziale PS) eine Ausnahme von dieser Regel. Hier ist das Vorhandensein von Depressivität (Silk et al., 1990) manchmal eher als ein positiver prognostischer Indikator zu werten (Shea et al., 1992).

Die wichtigsten Arbeiten zu möglichen Untergruppen (Clusters) finden sich bei Clarkin (Clarkin, Hull et al. 1993; Hurt, Clarkin et al., 1985; Widiger, Trull et al., 1987). Patienten mit BPS und zusätzlicher Komorbidität für narzißtische und histrionische PS hatten eine bedeutend schlechtere Prognose für die psychotherapeutische Behandlung als eine Patientengruppe, die lediglich eine BPS ohne zusätzliche narzißtische oder histrionische PS hatten. Clarkin unterscheidet (ausgehend von den (damals) 8 DSM-III-R Borderline-Kriterien (das DSM-IV hat inzwischen 9 Kriterien) faktorenanalytisch drei Cluster (Identitätsdiffusion; Impulsivität und Affektivität), die unterschiedliche Prognose bedingen. Borderline-Patienten des sogenannten Identitätsclusters (Leeregefühle, Schwierigkeiten mit dem Alleinsein etc.) weisen dabei offensichtlich die größten Probleme für die Behandlung auf. Natürlich gibt es auch hier BPS-Patienten, die mehrere Cluster erfüllen.

Suizidrate

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung gehört zu den Persönlichkeitsstörungen mit einer überdurchschnittlichen Suizidgefährdung (Bronisch 1996). Derzeit liegen sechs Longitudinalstudien vor, die die Langzeitgefährdung durch Suizide explizit thematisierten (nach Mehlum, 1991):

Studie	N	Suizid Rate %	Katamnese-Intervall (Jahre)	Aufspürungs-rate %
McGlashan, 1986	81	3	15	86
Stone et al., 1987	188	9	16	92
Paris et al., 1987	100	8,5	15	32
Modestin & Villinger, 1989	22	7,7	4,5	85
Pope et al., 1983	33	6	4-7	82
Mehlum et al., 1991	41	2,4	3	100

Die Suizidrate variierte zwischen 2,4 - 9,5 % mit einem mittleren Alter beim Suizidversuch von 27 Jahren. Die geringe Rate von Suiziden in der Chestnut Lodge Studie von McGlashan dürfte auf Selektionseffekte der Klientel zurückzuführen sein. Stone et al. (1987) untersuchten im Rahmen der PI-500 Studie 188 BPS-Patienten nach 20 Jahren. Sie fanden eine erhebliche Suizidrate (9%); immerhin, die Patienten die den Suizidversuch überlebten, besserten deutlich ihr Befinden. In seiner Meta-Analyse kommt Perry (1993) zu einer Suizidrate von ca 6 % bei Untersuchungszeiträumen von durchschnittlich 7,3 Jahren. Die verfügbaren Studien zeigen eine recht gute Rate bezüglich der nach diesen langen Zeiträumen "aufspürbaren" Patienten (mit Ausnahme der Studie von Paris et al. 1987. Fazit dieser Befunde ist: es lohnt sich, die Patienten therapeutisch im Auge zu behalten, besonders bis der Häufigkeitsgipfel der Suizide um das dreißigste Lebensjahr herum erreicht ist (Paris, 1993).

Therapieabbrüche und Non-Compliance

Als gesichert gilt, daß Borderline-Patienten häufig die Therapien abbrechen oder in ihrer Therapie Schwierigkeiten mit der Compliance zeigen (Skodol et al, 1993; Waldinger & Gunderson, 1984; Yeomans et al., 1994; Stevenson & Meares, 1992).

Macht man mit dem generischen Modell der Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1986) Ernst, so müssen wir feststellen, daß es keineswegs ausgemacht ist, daß eine Behandlung überhaupt zustande kommt. Dieses Phänomen ist an allen Ambulanzen wohlbekannt. Patienten melden sich an und erscheinen nicht zum ersten Termin oder erscheinen nach einem ersten Termin zum vereinbarten Zweitgespräch nicht. An der Psychotherapeutischen Ambulanz des Ulmer Universitätsklinikums registriert man eine relativ stabile frühe Abbruchrate von 12% über alle Patienten hinweg. Nur, für Borderline-Patienten stellt der vorzeitige Abbruch das größte behandlungstechnische Problem und damit auch für einen möglichen Behandlungserfolg das zentrale Hindernis dar.

Autor	Zeitraum	Abbruchrate
Skodol et al., 1983		67
Waldinger & Gunderson, 1984	4,5 Jahre	60
Gunderson, Frank et al., 1989	sechs Monate	23 - 60
Kernberg et al., 1989	nach 12 Wochen	35
Linehan et al., 1991 (TAU-Gruppe)	1 Jahr	58,3
Dulz & Schneider, 1995		20
Linehan et al., 1991 (DBT-Gruppe)	1 Jahr	16,6

Die Studie, die am meisten Therapieabbrüche (67%) in den ersten drei Monaten für eine Gruppe von 18 Patienten zeigte, war die von Skodol et al. (1993). Die Autoren machen zur Hälfte Übertragungsschwierigkeiten und zur anderen Hälfte höhere Raten von Ärger und Streitsucht (hostility) verantwortlich. Die Abbrecher hatten zudem mehr frühere Therapieerfahrungen gehabt als die Fortsetzer.

Obwohl Waldinger und Gunderson (1984) ihre große Therapiestudie bei 78 sozial gut angepassten BPS-Patienten durchführten, zeigte sich auch hier eine Abbruchquote von 60%, allerdings zum Teil auch zu späteren Zeitpunkten. Abbruch hieß, unter den hier gewählten strengen Kriterien, Beendigung der Therapie gegen Empfehlung des Therapeuten. Manche Patienten gaben allerdings als Grund eine deutliche subjektive Verbesserung an.

Gunderson, Frank et al. (1989) geben in ihrer prospektiven Studie von 60 Patienten Abbruchraten für die ersten sechs Monate von 23-60% (durchschnittlich 52% in den ersten 6 Monaten) an. Die Autoren identifizierten im wesentlichen drei Faktoren, die zum Abbruch führten: 1) negative Übertragungsreaktionen, 2) fehlender familiärer oder sozialer Rückhalt, 3) geringe Motivation oder antisoziale Züge. Im Gegensatz zur Studie von Skodol et al. (1993) fanden sie, daß Patienten mit früheren Behandlungen eher in der Therapie verblieben. Dagegen zeigten die Fortsetzer mehr Depressivität und Suizidgedanken zu Beginn der Behandlung.

Die Studie von Stevenson & Meares (1992), die 48 Patienten während einer einjährigen Therapie untersuchte, weist zwar nur eine Abbruchquote von 16% (in den ersten 3 Monaten) auf, allerdings wurden zahlreiche Patienten der Evaluationsphase letztlich nicht in die Studie einbezogen, was diese Zahl relativiert (es ergibt sich sonst eine Abbruchquote von 44%). Diese Autoren fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Fortsetzern und Abbrechern.

In der laufenden Implementierungsstudie der von Kernberg und Mitarbeiter entwickelten Therapie (Kernberg et al., 1989) steht die Abbruchquote in den ersten 12 Wochen derzeit bei ca 35%. Mit einer speziellen Untersuchung wurde in dieser Arbeitsgruppe untersucht, welcher Zusammenhang zwischen einem ausreichenden Behandlungskontrakt, einer positiven therapeutischen Allianz und der Schwere der Störung besteht. Der aktive Beitrag des Therapeuten am Zustandekommen des therapeutischen Kontrakts und einer guten therapeutischen Beziehung korrelierte mit der Dauer der Behandlung. Der Faktor der Impulsivität des Patienten variierte negativ mit der Behandlungsdauer (Yeomans et al., 1994). Die Schlußfolgerung ist deutlich; sie bestätigt die große Bedeutung der aktiven Verantwortung von Therapeuten für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Behandlungen.

Mit einem weiteren Hinweis schließen wir diese Frage ab. Im NIMH Treatment of Depression Collaborative Program (Elkin et al. 1989) hatten unter den Patienten mit einer Persönlichkeits-Störung, die mit Cluster-C-Störungen die geringste Abbruchrate über alle vier Behandlungsformen hinweg (Shea 1990). Dieser Befund betont nochmals die Bedeutung der störungsspezifischen Bedrohung der Behandlungskontinuität durch die Borderline-Störung.

Verbesserungen?

Neben den belastenden Aspekten der Therapien sollte jedoch der Blick auch auf die möglichen Verbesserungen gerichtet werden.

Einen einprägsamen Anschauungsunterricht gibt Gunderson (1992) in dem Bemühen, aus der ambulanten Praxis Beispiele für erfolgreiches psychoanalytisches Arbeiten zu finden. Schließlich konnte er fünf Patienten identifizieren, die alle bei relativ jüngeren Analytikern (in Ausbildung) geblieben waren und nach 4 Jahren therapeutischer Mühen folgender Ergebnis aufwiesen:

DSM III Kriterien	Beginn	Ende
1. Impulsivität oder Unvorhersagbarkeit des Verhaltens	3	1*
2. Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen	4	0
3. Unangemessener Ärger	4	0
4. Identitätsstörung	4	1*
5. Affektive Instabilität	4	1
6. Unfähigkeit allein zu sein	5	1
7. Physische Selbstschädigung	4	0
8. Chronische Leere oder Langeweile	4	2*
*Das Persistieren des Kriteriums war hier fraglich, so daß es sich um falsch positive Werte handeln könnte.		

Psychodynamische Behandlungsansätze

Neben dem psychoanalytisch konzipierten Ansatz von Kernberg et al. (1989) und seiner manualisierten Weiterentwicklung (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999) als 'übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten (TFP)', der gesondert dargestellt werden soll, gibt es eine Reihe weiterer (weniger operationalisierter) psychodynamischer Ansätze, die andere Aspekte der Störung oder des therapeutischen Vorgehens betonen. Eine Darstellung dieser Ansätze (Abend, Adler, Masterson, Meissner, John Steiner, Rinsley, Boyer, Searles), kann hier nicht gegeben werden. In seiner Zusammenfassung der umfassenden psychodynamischen Literatur in diesem Bereich kommt Waldinger (1987) aber zu dem Schluß, daß acht zentrale Elemente allgemein anerkannt werden:

1. Aufbau eines stabilen Behandlungsrahmens

2. Vermeiden einer passiven therapeutischen Haltung
3. Haltenden Raum ("containing") für die Wut des Patienten geben
4. Konfrontativer, aktiver Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten
5. Verbindung herstellen zwischen Gefühlen und Handlungen
6. Setzen und Einhalten von Grenzen
7. Wahrnehmen der Gegenübertragung
8. Interventionen sollten ihren Focus im "Hier und Jetzt" haben.

Die Menninger-Studie - eine Wiederentdeckung

Aus historischen Gründen muß unter den naturalistischen Borderline-Therapie-Studien, d.h. ohne Kontrollgruppe und ohne standardisierte Therapie, muß die Menninger-Studie besondere Erwähnung finden. Im Rahmen dieser Therapiestudie wurde die expressive psychodynamische Therapie entwickelt (Luborsky 1984), die später dann für für Borderline-Patienten speziell ausgefaltet wurde (Kernberg et al. 1989; Clarkin et al., 1999).

Die Menninger Foundation in Topeka (Kansas) war in den 50er Jahren ein Zentrum der psychoanalytischen Theorie-und Praxis Forschung. Diese erste systematisch angelegte psychoanalytische Therapie-Studie wurde in einer Klinik mit einem gut ausgebildeten und qualifizierten Therapeutenteam in unterschiedlichen Stadien einer psychoanalytischen Qualifikation durchgeführt, dessen Mitglieder sich der intensiven stationären-ambulant psychoanalytischen Behandlung von Schwerkranken gewidmet hatten (Wallerstein et al, 1956; Sargent, 1961; Sargent et al., 1968). 42 Patienten, denen man heute das diagnostische Label "Borderline Persönlichkeitsorganisation" zuschreiben könnte (d.h. ich-strukturelle (Persönlichkeitsstörungen-) Störungen mit primitiven Abwehrmechanismen und Identitätsdiffusion) wurden mit klassischer Psychoanalyse, psychoanalytisch orientierter (expressiver) und supportiver Psychotherapie behandelt. Therapeuten und klinische Forscher wollten versuchen, mehr über ihr berufliches Tun zu lernen und nach genaueren Antworten auf zwei simple Fragen zu suchen: (1) Welche Veränderungen finden statt in einer Psychotherapie? (2) Wie kommt es zu diesen Veränderungen?

Da diese Studie zu den für das Thema Borderline-relevanten Therapiestudien gezählt werden kann - Michael Stone (1990) rechnet mit 18 Borderline-Fällen im engeren Sinn aus der Gesamtzahl von insgesamt 42 Projekt-Patienten - tragen die Ergebnisse der Studie zu einer nüchternen Einstellung bei "Insgesamt konvergieren die Ergebnisse der mehr analytisch und der mehr supportiv geführten Therapien mehr als es unsere gängigen Erwartungen waren; und die Art der Veränderungen, die in den beiden Therapiemodalitäten erreicht wurden, sind wenig unterscheidbar sowohl in der Art als in der Dauerhaftigkeit als erwartet wurde." (Wallerstein 1986). So klingt die vorerst letzte Zusammenfassung auch beinahe wie eine Altersweisheit: "Unsere Ergebnisse zeigen deutlich, jedes therapeutische Verfahren muß zu dem Patienten passen" (Wallerstein 1989).

	N	Rehospitalisierungen	Gutes outcome	Schlechtes outcome	Suizid-Rate
Neurotische Patienten	24	3	19	5	0
Borderline Patienten	18	12	6	12	5

Die Patienten dieser Langzeitstudie hatte alle vielfältige ambulante Therapieversuche vor der Aufnahme in das Klinikprogramm (ambulant und stationär) hinter sich. Die vier folgenden, wesentlichen Hauptbefunde dieser Langzeitstudie waren (Kernberg, 1973):

1. Bessere Ich-Stärke ist mit besserem out-come positiv korreliert.
2. Die Patienten mit besserer Ich-stärke und besseren interpersonellen Beziehungen profitierten von supportiver Therapie weniger als von Psychoanalyse oder psychoanalytischer Therapie.
3. Die Patienten mit der geringsten Ich-Stärke zeigten die besten Ergebnisse unter psychoanalytisch orientierter Therapie in Kombination mit - wenn nötig - stationärer Aufnahme.
4. Diejenigen Borderline-Patienten, die einen Therapeuten gehabt hatten, der intensiv die Übertragung fokussierte, hatten einen besseren Verlauf, als diejenigen, deren Therapeut diesen Bereich weniger beachtete.

Allerdings kam Horwitz (1974) bei seiner Analyse des Therapieprozesses, die quantitative und qualitative Elemente umfaßte, zu anderen Schlußfolgerungen. Gerade einige Patienten, darunter auch Borderline-Patienten, zeigten mehr Nutzen durch den supportiven Ansatz als erwartet. Wallerstein (1986) schließlich geht ohnehin davon aus, daß alle Therapien eine Mischung aus supportiven und expressiven Interventionen beinhalteten.

Die Studie von Stevenson & Meares

Erstaunlich ist die Bilanz von Stevenson & Meares (1992), die die Ergebnisse von 30 Patienten 12 Monate vor und nach einjähriger analytischer, selbstpsychologisch orientierter Psychotherapie darstellen. Die ambulante Therapie erfolgte zweimal wöchentlich durch in Ausbildung befindliche Psychotherapeuten unter Supervision. Von ursprünglich 67 Patienten konnten aus einer Reihe, dem Kliniker wie dem Forscher wohlbekannten Gründen, letztendlich 30 Patienten für die vergleichende Bewertung herangezogen werden. Die Besserungskriterien der Autoren berücksichtigten symptomatische Verhaltensweisen wie fremd- und selbstschädigendes Verhalten, Arzneimittelkonsum und Arztbesuche, sowie Arbeitsfähigkeit, Krankschreibungen etc. Sowohl der Cornell-Index (Weider et al., 1948) wie auch die DSM -III-Kriterien fanden sich hochsignifikant verringert.

Meßkriterium	p
Gewalttätiges Verhalten (Episoden pro Jahr)	<0.001
Benötigte Medikamente (Anzahl pro Tag)	<0.001
Medizinische Konsultationen (Anzahl pro Monat)	<0.001
Selbstverletzung (Episoden pro Jahr)	<0.001
Zeit außerhalb des Arbeitsplatzes (Monate im Jahr)	<0.001
Stationäre Aufnahmen (Anzahl im Jahr)	<0.01
Zeitdauer als stationärer Patient (Monate im Jahr)	<0.05
Cornell Index Score (am Ende des Jahres)	<0.001
DSM-III Score (am Ende des Jahres)	<0.001

Bei 30% der Patienten waren sogar die Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R nicht mehr vorhanden. Zu dieser Studie hat insbesondere Taylor (1993) Stellung genommen. Der therapeutische Ansatz, den Stevenson & Meares überprüft haben verband Selbstpsychologie (Kohut) und (aus der Kinderpsychotherapie (Winnicott) stammende) Elemente des Spielens und wurde im wesentlichen von Robert Hobsons Arbeit mit Borderline Patienten am Bethlehem Royal Hospital während der 60er Jahre beeinflusst.

Die Studie exemplifiziert auch, daß die theoretischen Modelle - unsere Lieblinge - sich auf unser praktisches Handeln bislang nicht meßbar auswirken. Zwar ist die klinische Literatur voll von Behauptungen, daß diese oder jene andere Theorie sich bewährt habe; an diesem Beispiel - aus dem fernen New Wales/Australien stammend - wurde explizit ein selbstpsychologisches Vorgehen etabliert und - soweit möglich auch durch geschulte Supervisoren sichergestellt. Die Frage steht im Raum, ob wir es auch hier, in diesem Spezialbereich, wieder mit dem 'Dodo'-Phänomen (Luborsky et al., 1975) zu tun haben, oder ob nur differentielle Instrumente fehlen, die Veränderungsprozesse abzubilden.

Weitere wichtige psychodynamische Therapiestudien

In der großen Untersuchung von Waldinger und Gunderson (1984) wurden 78 sozial gut angepaßte Borderline-Patienten einbezogen, die klassisch psychoanalytisch (im Liegen), beziehungsweise psychoanalytisch orientiert (im Sitzen), behandelt wurden. Die Behandlungen dauerten im Durchschnitt 4,5 Jahre und hatten eine Frequenz von durchschnittlich 3 Stunden in der Woche. Die Unterschiede in beiden Gruppen (psychoanalytisch orientierte Psychotherapie versus klassische Psychoanalyse) waren gering. Patienten nach Analyse, die also im allgemeinen auch länger in Therapie waren, berichteten aber über bessere Sozialbeziehungen. Es zeigte sich kein grundlegender Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Gewinns an Ich-Stärke und hinsichtlich einiger Verhaltensmerkmale. Patienten nach Analyse, die auch im Schnitt länger in Behandlung waren, berichteten aber über bessere Sozialbeziehungen (Waldinger und Gunderson 1984). Die hochfrequente Psychoanalyse als therapeutisches Mittel wird nur noch von wenigen Autoren empfohlen. Wenn dies der Fall ist, dann dürfte davon auszugehen sein, daß die damit

behandelten Patienten die Kriterien des DSM-IV nicht erfüllen, sondern eher diagnostisch vielfältige Symptome auf der Grundlage einer Borderline Persönlichkeits-Organisation aufweisen (Abend et al., 1983).

Gunderson (1992) berichtet von einer hypothesengenerierenden Studie mit 5 Patienten des McLean-Hospitals, die zwischen 4 und 7 Jahren in psychoanalytisch orientierter Therapie mit unterschiedlicher Frequenz durch Analytiker behandelt wurden. Interessanterweise erfüllten alle Patienten nach 5 Jahren nicht mehr die Kriterien der Borderline-Störung und zeigten keine selbstzerstörerischen Handlungen mehr, ohne daß diese speziell in der Therapie fokussiert worden waren. Am ehesten persistierten, wie auch in anderen Studien, "Identitätssymptome" (Leeregefühle u.ä.).

In einer randomisierten, kontrollierten Studie zur einer intensiven psychodynamischen Therapie im Rahmen eines tagesklinischen Behandlungsprogrammes für BPS-Patienten die A. Bateman und P. Fonagy durchführen, wurden 44 Patienten (die die DSM-III-R und die Gunderson (DIB) Kriterien erfüllten) entweder "treatment as usual" oder einer psychotherapeutisch- tagesklinischen Behandlung zugewiesen. Die Therapie umfaßte Einzeltherapie mit Supervision, analytische Gruppentherapie, expressive Therapie und Supervision des Behandlungsteams. Die Behandlung fokussierte - ausgehend von der Attachment-Theorie auf den sogenannten "desorganisierten Bindungstyp U" (Intoleranz für Nähe, Einschränkungen in der Mentalisierungs-Kapazität). Die Autoren beschreiben das (allerdings nicht operationalisierte) Vorgehen: "The key features of the programme ... include its consistency and reliability, its highly structured character, its intensity, its coherence coupled with a flexible treatment approach, its relationship focus and the individualisation of care plans." (mündl. Mitt.) Gefunden wurde, daß sich die Anzahl der Suizidversuche nach 6 Monaten dramatisch reduzierte, was über die 18 Monate der Tagesklinischen Behandlung stabil blieb. Auch die Zahl der Selbstverletzungen reduzierte sich, allerdings weniger schnell und dramatisch, auf ca. 40% in den letzten 6 Monaten der Untersuchung. Im Vergleich zur Kontrollgruppen reduzierte sich zudem die Anzahl und die Dauer der notwendig gewordenen Hospitalisationen. Es fanden sich also in dieser (noch unpublizierten Untersuchung) insgesamt vergleichbare Ergebnisse wie in den Linehan-Studien: Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzung und Verringerung der Anzahl der Hospitalisationen. Allerdings ohne daß hier spezielles Borderline-Symptom-Management betrieben wurde. Hinzu kam aber auch eine zusätzliche deutliche Reduzierung der Depressivität und der allgemeinen Beschwerdeausprägung (SCL-90-R).

Neben der Studie von Linehan et al. (1991) und der von Stevenson und Meares (1992) stammt die dritte prospektive Studie zu einer kontinuierlich supervidierten Therapie für Borderline-Patienten aus der Cornell-Gruppe um Kernberg (Smith et al., 1995). 37 Patientinnen, die von 31 Therapeuten (von denen 24 in psychiatrischer oder psychologischer Weiterbildung waren und die alle ein zwölfstündiges Training in dem Verfahren absolviert hatten) wurden untersucht. Die Therapie umfaßte 2 Stunden in der Woche (inclusive Supervision und Videoaufzeichnungen). Ein Patient brach nach der 1 Stunde ab. Weitere 31% der verbleibenden 36 Patientinnen (Durchschnittsalter 28 Jahre) in den ersten 3 Monaten; nach 6 Monaten insgesamt 36%. Weitere 5 Patienten brachen schließlich zwischen dem 6 und 24 Monat ab. Die Abbruchrate in der konfrontativen Therapie nach Kernberg war also deutlich höher als in den (supportiveren) Ansätzen von Linehan und Stevenson & Meares. Wobei immer noch deutlich niedriger als in den drei großen naturalistischen Studien von Skodol et al., Waldinger & Gunderson und Gunderson et al. Gesamthaft vollendeten 18 von 37 Patienten den angebotenen Therapiezyklus, der von 12 darüberhinaus fortgesetzt wurde.

19 Patienten brachen zu verschiedenen Zeitpunkten, zumeist in den ersten 3 Monaten ab. Die Autoren kamen bei der Analyse der Daten zu interessanten Befunden. Je älter die Patienten waren umso eher blieben sie in der Therapie, ein hoher Grad an Hostilität, war ebenfalls signifikant mit Abbruch korreliert und sollte in Zukunft (so die Autoren) stärker bei der Therapieplanung beachtet werden. Frühere Therapieerfahrung zeigte sich jedoch nicht als Prädiktor. Auch hier fordern die Autoren eine subtilere Interpretation. Nicht frühere Therapien an sich, sondern die Fähigkeit von Patient und Therapeut ein therapeutisches Bündnis und einen Kontrakt zu schließen, seien ausschlaggebend. Vielleicht zeigten deshalb auch in dieser Studie Therapeuten, die bereits den Patienten während des stationären Aufenthalts behandelt hatten weniger drop-outs.

Neben den Arbeiten der Cornell-Gruppe zur Reliabilität der Einschätzung von psychodynamischen Interventionen (Kompetenz im Umgang mit Deutungen, Verwendung von supportiven Techniken etc.) haben auch Hobson et al. (1998) in ihrer Studie gefunden, daß die Einschätzung von 6 erfahrenen Psychotherapeuten bezüglich der Einschätzung psychodynamischer Aspekte der interpersonellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut in den videoaufgezeichneten Sitzungen eine große Übereinstimmung zeigten (30-Items des 'Personal Relatedness Profile'). Es zeigte sich ferner, daß die psychoanalytischen Einschätzungen geeignet waren zwei Patientengruppen (Dysthymia und Borderline-Persönlichkeitsstörung) voneinander zu unterscheiden.

Monsen et al. (1995) untersuchten 25 ambulante Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen 5 Jahre nach Ende der intensiven psychodynamisch orientierten Therapie. 76 % der Patienten hatten ein psychosoziales Funktionsniveau erreicht, daß sie nicht mehr länger als "Patienten" klassifizieren ließ.

Winston et al. untersuchten in zwei kontrollierten Therapiestudien (1991, 1994) insgesamt 113 Patienten die vorwiegend Cluster C-Persönlichkeitsstörungen (abhängig, zwanghaft und ängstlich-vermeidend, aber auch passiv-aggressiv und histrionisch) aufwiesen. Patienten, die eine eigentliche BPS aufwiesen wurden ebenso wie narzißtische, schizoide und schizotypische PS ausgeschlossen). Sie fanden im Vergleich zwischen einer dynamischen Kurzzeittherapie (Short-Term Dynamic Psychotherapy -STDP nach Davenloo) und einer (auch kognitive Strategien verwendenden) supportiven, psychodynamischen Zugangsweise (Brief Adaptional Therapy - BAP), - wöchentliche Therapie über 40 Wochen - im Vergleich zu einer Warteliste-Kontrollgruppe, zwar (ohne große Unterschiede) bei beiden Verfahren Verbesserungen, allerdings schien die Outcome-Varianz (d.h. besonders gute und besonders schlechte Verläufe) bei der psychodynamischen Therapie größer zu sein, was dafür spricht, daß diese Vorgehensweise für einige Patienten weniger sinnvoll sein könnte.

Manualisierte, übertragungsfokussierte Psychotherapie ('TFP') für Borderline-Patienten

Wegen seiner empirischen Vorarbeiten und der Manualisierung soll das psychodynamische TFP-Verfahren (Clarkin et al., 1999) detaillierter dargestellt werden.

Modellvorstellung der Borderline-Störung nach Kernberg

Der objektpsychologische Ansatz von Otto F. Kernberg, der konzeptuell vor allem auf das Phänomen der Spaltung zentriert, steht besonders in psychoanalytischen Tradition von Edith Jacobson und W. Ronald D. Fairbairn. Auf Grund instabiler, vernachlässigender, grenzverletzender oder traumatisierender Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit kommt es zu affektiv nicht integrierbare oder differenzierbare Objekt- und Selbstrepräsentanzen. Diese werden - zum Schutz - durch (jeweils entweder) Idealisierung oder Entwertung partialisiert und auf die eigene Person oder eine andere "deponiert". Dadurch lassen sich zahlreiche der klinisch auffälligen Symptome der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotionale und interpersonelle Instabilität) erklären. Ausgangspunkt ist also die Vorstellung, daß die Schwierigkeiten des Patienten als im Hier-und-Jetzt erfolgte unbewußte Wiederholungen von pathologischen, internalisierten Beziehungen aus der Vergangenheit zu verstehen sind. Während bei gesunden oder neurotischen Personen die internalisierten Objektbeziehungen eine gewisse Stabilität aufweisen und zumeist positive als auch negative Aspekte umfassen (Partialobjektbeziehungen), sind die Objektrepräsentationen aber auch die Selbstrepräsentanzen des Patienten geprägt vom zentralen Phänomen der Spaltung.

Das übergeordnete Ziel einer psychodynamischen Behandlung von Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist es, diejenigen zentralen Bereiche der internalisierten Objektbeziehung des Patienten zu verändern, die zu den (für die jeweilige Störung charakteristischen) sich ständig wiederholenden, maladaptiven Verhaltensauffälligkeiten und chronischen affektiven und kognitiven Störungen führen. Rigide und primitive internalisierte Objektbeziehungen werden ebenso wie abgespaltene (z.B. gut-böse) Anteile in eine reifere, integrierte und flexiblere Form übergeführt. Dies geschieht in der Arbeit an der Übertragung und am Widerstand durch Deutung dieser Tendenzen. Deutung ermöglicht also integrierende Internalisierung abgespaltener Anteile.

Das Verfahren vereinbart die Vorteile eines mehr behavioralen, hierarchischen Vorgehens am Anfang (contract setting, Umgang mit Selbstverletzung, Umgang mit Situationen in denen die therapeutische Neutralität aufgegeben werden muß etc.) mit den Vorteilen eines psychodynamischen deutungs- und übertragungs/gegenübertragungs-orientierten Vorgehens. Es beinhaltet die Möglichkeit, Symptom- und Strukturveränderung anzustreben; es ist - weil manualisiert - besser lern- und lehrbar und hat - für Therapiestudien - eine Adherence - und Competence -Rating-Scale.

Vorarbeiten zur TFP-Therapie

Von der Gruppe um Kernberg und Clarkin am New York Presbyterian Hospital, Westchester Division der Cornell Medical School in White Plains wurden seit den frühen 80er Jahren erhebliche, von der NIMH zum großen Teil auch geförderte empirische Vorarbeiten zur Etablierung und Erforschung eines psychodynamischen Manuals für die Behandlung der Borderline-Störung geleistet. Das Manual bezieht sich dabei auf die BPS im engeren Sinn aber auch auf die BPO (alle Persönlichkeitsstörungen) mit Schwerpunkt auf die Störungen des DSM-IV B-Cluster. Die Autoren haben zunächst insbesondere Arbeiten zur Etablierung einer stabilen (Barrasch et al., 1985) und reliablen, phänomenologisch-orientierten (Frances,

Clarkin et al., 1984; Clarkin, Widiger et al., 1983; Hurt, Hyler et al., 1984; Widiger, Hurt et al., 1984; Hurt, Clarkin et al., 1986) und Komorbiditäten (Fyer et al., 1988), Persönlichkeitszüge und Cluster berücksichtigenden (Clarkin, Hull et al. 1993; Hurt, Clarkin et al., 1985; Widiger, Trull et al., 1987) Diagnostik geliefert. Sie haben dann diese diagnostischen Merkmale in Verbindung zu Verhaltensbereichen (besonders Suizidalität) gesetzt (Friedman et al., 1983; Clarkin, Friedman et al., 1984; Russ, Shearin et al., 1993). Parallel dazu kam es zum Versuch eines integrativen (strukturelle, dimensionale und kategoriale Merkmale umfassenden) psychodynamischen Modells der Persönlichkeitsstörungen (Kernberg, 1996a; 1996b; 1998).

Nach verschiedenen theoretischen und aus der klinischen Erfahrung stammenden Vorstufen (Kernberg et al., 1989; Yeomans et al., 1992) kam es dann zur Manualisierung (Clarkin et al., 1999). Zur Operationalisierung des Verfahrens "Transference Focused Psychotherapy (TFP)" gehören neben dem Manual, Behandlungsseminare, eine Sammlung von videographierten Stunden unterschiedlicher Therapeuten, sowie "Adherence and Competence Rating-Skalen" (Koenigsberg et al., 1985; 1993). Weniger kompetente Therapeuten neigen dazu, sich mit dem Patienten als Opfer einseitig zu identifizieren und zeigen sich im allgemeinen Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Aggression und damit angemessene Grenzen zu setzen. Das Verfahren, bzw. seine Vorstufen wurde in der Zwischenzeit dann im Hinblick auf verschiedene Fragestellungen, wie etwa frühzeitiger Therapieabbrüche oder Symptomveränderungen als Pilotstudie untersucht (Clarkin, Koenigsberg et al., 1992; Kernberg & Clarkin, 1993; Yeomans, Gutfreund et al., 1994; Hull, Clarkin & Kakuma, 1993; Smith et al., 1995) untersucht. Vergleichende Therapiestudien (etwa mit der DBT oder "Treatment as usual" stehen noch aus). Dieses manualisierte, psychodynamische Verfahren wird inzwischen auch in anderen Zentren eingesetzt und untersucht (Montréal, Mexico, Stockholm und München).

Empirische Befunde zur 'Übertragungsfokussierten Therapie (TFP)'

Zur Entwicklung des Manuals wurden zahlreiche empirischen Vorarbeiten geleistet. Insbesondere auch die Reliabilität einer verfahrensspezifischen 'Adherence- und Competence Rating Scale' getestet. In der Zwischenzeit gibt es bereits einige Befunde zur Wirksamkeit, wenn auch noch keine kontrollierte Studie.

Kernberg & Clarkin (1993) berichten von 34 Patientinnen einer Pilotstudie, die die DSM-III-R-Kriterien für eine BPS erfüllten. Patienten mit hirnorganischen Psychosyndromen, bipolarer oder schizophrener Psychose wurden ebenso wie Substanzabhängige und antisoziale PS ausgeschlossen. Die Patienten wurden auf Grund der DSM-Kriterien in 3 Gruppen (Cluster) aufgeteilt (Hurt et al. 1990) die als ein Identitäts-, impulsives und ein affektives Cluster definiert werden können. Manche Patienten erfüllen mehrer Cluster. Die Autoren vertreten die Hypothese, daß Borderline-Patienten je nach Cluster eine z.T. adaptierte Therapie benötigen bzw. sich im Lauf der Therapie unterschiedliche Schwierigkeiten zeigen werden. Auch Linehan, Armstrong et al. (1991) sahen in ihrer Studie prognostisch relevante unterschiedliche Verläufe je nach Vorliegen von ausgeprägten Interaktions- und vor allem auch Identitätsstörungen (z.T. auch dissoziativen Störungen). Besonders untersucht wurde dieser Aspekt in der Studie von Hull, Clarkin & Kakuma (1993), die über 6 Monate Borderline-Patienten mit unterschiedlicher Clusterausprägung untersuchten. Diejenigen mit schwerer Kernsymptomatik (besonders im Bereich der Identität, etwa Leeregefühle, Angst

vor dem Alleinsein) berichteten insgesamt eher über ein Persistieren der Symptome - trotz Behandlung - zum Teil sogar über eine Verschlechterung, während gerade die "leichter" gestörten Patienten oft erheblich von gleichen Behandlungsangeboten profitierten. Bei der Studie handelte es sich um eine "one-cell nonrandomized investigation", so daß differenzierte Aussagen über das Verfahren noch nicht getroffen werden konnten. Die Autoren hatten eine drop-out-Rate von 35% nach 12 Wochen der Behandlung, ein Wert, der im Vergleich zu anderen Studien, als mittelmäßig bezeichnet werden kann. Die Autoren vermuten zu recht, daß man - gerade bei Borderline-Patienten - nicht von drop-out allein auf das Verfahren schließen kann. Wichtiger sei wohl - besonders am Anfang - die Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Zum Teil würden Patienten in der Therapie bleiben, die eher schlechter behandelbar seien, während aus störungsspezifischen Gründen andere, abbrechen würden, die eigentlich gut profitieren könnten!

Die Autoren setzten dieses Verhalten auch in Verbindung zu anderen Punkten (frühere Therapieerfahrungen etc.).

Clarkin et al. (1992) untersuchten 31 Patientinnen zwischen 18 und 45 Jahren (DSM-III) die von 28 Therapeuten nach der TFP-Methode (Videos, 2 Sitzungen in der Woche, wöchentliche Supervision) behandelt wurden. Auch hier betrug die Drop-out-Rate nach 12 Wochen 42% (wobei 23 % die Therapie während der Kontraktphase abbrachen). Die Abbruchrate für Psychotherapien entsprach interessanterweise auch hier wieder ziemlich genau der von vergleichbaren Pharmakastudien in diesem Bereich (z.B. Goldberg et al., 1986: 48 %). Ein weiterer wichtiger Befund war, daß sich die Frühabbrecher von den Spätabbrechern dadurch unterschieden, daß letztere Gruppe praktisch ohne Ausnahme mit dem Therapeuten zuvor ihren Entschluß besprachen oder ankündigten, während keiner der Frühabbrecher dies tat. Eine aktive Vorgehensweise in der Kontraktsettingphase schien in dieser Studie ein wichtiger Prädiktor für den weiteren Verlauf zu sein.

Sechs dieser Patienten wurden im Rahmen einer Pilotphase über einen längeren Zeitraum der Therapie (6 Monate bis zu 5 Jahren) bezüglich Symptomveränderung, sozialer Situation und spezifischer Borderline-Pathologie weiter untersucht. Auch in dieser Studie erfüllten 5 der 6 Patienten nicht mehr die DSM-III-R-Kriterien. Wobei die Kriterien in unterschiedlichem Ausmaß zurückgingen (Affektive Instabilität und Suizidgedanken in allen Fällen wo sie zuvor vorhanden waren, die Identitätsdiffusion jedoch nur in 33%). Allerdings kam es (im Gegensatz zur sozialen Situation wo 4 der 6 Patientinnen sich verbesserten) bezüglich der Symptomatologie (Beck Depressions Inventar, SCL-90 und Buss-Durkee-Hostility Inventory) nur in einem Fall zu einer signifikanten Verbesserung.

Limitierungen des TFP-Studien

Die wichtigsten methodologischen Probleme der bisherigen TFP-Studien können wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Ein Großteil der Therapeuten waren Postgraduate Studenten, d.h. Psychologen oder Ärzte in der Weiterbildung.
2. Bislang gibt es keine Kontrollgruppe, die untersucht wurde.
3. Die Forschergruppe stand in enger Zusammenarbeit mit der Therapeutengruppe.
4. Die Zahl der untersuchten Patienten ist noch zu gering

5. Es wurden auch hier (wie übrigens bei vielen Borderline-Studien) nur Frauen einbezogen.

Was das Verfahren selbst angeht, erscheint insbesondere folgender Punkt von einer klinischen Warte her betrachtet, konzeptuell problematisch: Kernberg geht grundsätzlich davon aus, daß Borderline-Patienten, die motiviert sind, in der Lage sind, ihre dysfunktionalen Verhaltensweisen, selbst exzessive Selbstverletzung, in der Therapie (oder besser für diese) aufzugeben, auch ohne dafür alternative Verhaltensweisen “gelehrt” zu bekommen.

Supportiv oder Konfrontativ

Innerhalb der psychoanalytischen Schulen besteht eine große Kontroverse in der Frage ob die BPS-Patienten eher supportiv (wobei der im Deutschen verwendete Begriff “supportiv” zu sehr das unterstützende, haltgebende betont, gemeint ist vielmehr ein empathisches, weniger technisch-neutrales Vorgehen bei dem erst später mit konfrontativen Deutungen gearbeitet wird) oder expressiv (bzw. konfrontativ) behandelt werden sollten. Diese Debatte betrifft nicht nur die Theorie (Kohut vs. Kernberg) sondern hat auch in empirischen Befunden ihre Fortsetzung gefunden. Der TFP-Ansatz steht etwa in krassem Widerspruch zu den Befunden von Høglend (1993), der in seiner Analyse von 45 Patienten eine interpersonelle statt intrapersonelle Fokussierung empfiehlt. In einer weiteren Studie (Høglend, 1996) bei 15 Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (7 Cluster- B, 8 dependente bzw. vermeidende PS) kommt er zum Schluß, daß häufige Übertragungsdeutungen mit schlechterem outcome verbunden seien (“A high frequency or concentration of transference interpretations may have a “toxic” effect”).

Dies bestätigen auch die Befunde der Arbeitsgruppe um Piper (Piper et al., 1991); ihre Studien zeigen, dass interpersonelle Interpretationen mit zunächst besserem outcome verbunden sind als frühe intrapsychische Deutungen. Die Relevanz dieser Befunde für die Borderline-Patienten steht aus.

Supportive Psychotherapie im engeren Sinn

Die supportive Psychotherapie (Winston et al., 1986; Crown, 1988; Pinsker et al., 1991) hat im Deutschen trotz ihrer Wiederentdeckung durch Heim (1980) keine klare Zuordnung; sie ist wohl mit einer Vielzahl anderer Verfahren der “tiefenpsychologisch-fundiert” Psychotherapie zuzuordnen (Wöller et al., 1996). Im Borderline-Bereich gibt es insbesondere folgende Ansätze: Rockland (1989), der stark von Kernberg et al. (1989) beeinflusst wurde. Empirische Studien liegen dazu jedoch noch nicht vor.

Kognitiv-Behaviorale Therapien

In ihrer Übersichtsarbeit zur Kognitiven Therapie von Persönlichkeitsstörungen bestätigen Pretzer und Beck (1996) die 10-Jahre alte Aussage von Kellner (1986), daß es zu wenige, kontrollierte Studien mit eindeutig diagnostizierten Patienten gebe, die eine empirische Basis für Therapieempfehlungen darstellen könnten.

Bis in die 90er Jahre waren das Interesse und die (prognostische) Einschätzung der Verhaltenstherapeuten über Behandlungsmöglichkeiten eher negativ: "Purely prognostic studies have suggested that such patients, particularly those with borderline personality disorder, tend to respond less well than other patients to the cognitive-behavioral interventions, e.g., Burns & Nolen-Hoeksema, 1992"! (Hollon & Beck, 1994). In ähnliche Richtung geht die Bewertung von Beck & Shaw (1990): "Die geradlinige Anwendung von verhaltenstherapeutischen Techniken ist bei Borderline-Klienten weniger effektiv als bei anderen Klienten (Mays, 1985), und bis vor kurzem gingen einige Autoren davon aus, daß diese Klienten nicht effektiv mit der kognitiven Therapie behandelt werden könnten (Rush & Shaw, 1983)".

Neben dem Ansatz von Marsha Linehan, der ausführlich dargestellt werden wird, wurden seit Ende der 80er Jahre verschiedene andere kognitiv-behaviorale Ansätze für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt (oder ausgehend von entsprechenden Therapien für Achse-I-Störungen adaptiert), die z.T. ebenfalls manualisierten Charakter haben. Die wichtigsten dabei, die besonders auch die Borderline-Störung fokussieren, sind die von Fleming & Pretzer (1990), Freeman (1988), Young & Swift, 1988, Young (1990), Beck, Freeman et al. (1990), Turner (1989), Layden et al. (1993) entwickelt. Letztlich gehen diese Ansätze wie bei den Achse I-Störungen (Depressionen, Phobien, Ängste) davon aus, daß es typische maladaptive kognitive Schemata und Verhaltensweisen gibt, die ebenfalls auf diese Weise behandelt werden müssen. Die Autoren in diesem Gebiet (Arntz, 1994) räumen allerdings ein, daß es zumeist mehr Zeit und (technisch gesehen) eines größeren behavioral-kognitiven Repertoires bedarf. Die kognitiven Therapie stützen sich in ihrer gesamten Ausrichtung darauf, daß bei Borderline-Störungen tatsächlich dysfunktionale, borderline-typische Kognitionen vorhanden sind. Allerdings wurden lediglich zwei empirische Studien durchgeführt, die bei Borderline-Patienten das Vorhandensein von solchen "Glaubenssystemen" untersuchten (O'Leary et al. 1991; Gasperini et al., 1989).

Neben diesen Arbeiten und der DBT von Linehan gab es auch Versuche allgemeine kognitiv-behaviorale Therapiestrategien für die stationäre Therapie von Borderline-Patienten zu nutzen (Silk et al., 1994; McKeegan et al., 1993).

Turkat & Maisto (1985) haben über die kognitiv-behaviorale Therapie von insgesamt 35 Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen berichtet. Dabei wurde ein experimentelles Einzelfalldesign gewählt (ohne Kontrollgruppe); der therapeutische Ansatz fokussierte jeweils die individuellen Schwierigkeiten der Patienten kognitiv-behavioral. Die Autoren berichten dabei von zahlreichen Mißerfolgen. Von den 16 Fällen zeigten nur 4 (25%) einen eindeutig guten Therapieerfolg, von denen jedoch keiner eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hatte. Von den anderen Patienten werden Therapieabbrüche, mangelnde Compliance und die Schwierigkeiten überhaupt einen Behandlungsplan zu formulieren, berichtet. Turkat (1985; 1990) hat dabei in den Studien ein innovatives experimentelles Einzelfalldesign entwickelt.

Turner (1993; 1994) veröffentlichte einige Ergebnisse zu einer störungsspezifischen Psychotherapie für Borderline-Patienten, die psychodynamische Ansätze und kognitiv-behaviorale Interventionstechniken mit Pharmakotherapie integrierte bzw. kombinierte. Erste Ergebnisse sprechen für eine Überlegenheit dieses störungsspezifischen Vorgehens im Vergleich zu einer supportiven psychodynamischen Therapie ("therapy as usual") hinsichtlich der Reduktion von Ängstlichkeit und impulsiven Handlungen sprechen.

Grundsätze der kognitiven Therapie von Persönlichkeitsstörungen

Nach Pretzer & Beck (1996) lassen sich folgende Grundsätze der behavioral-kognitiven Therapie für Persönlichkeitsstörungen festhalten, die in vielem auch modernen psychodynamischen Interventionsstrategien entsprechen:

1. Interventionen sind am effektivsten wenn sie auf einer individualisierten Konzeptualisierung der Probleme des Klienten basieren.
2. Es ist wichtig für den Therapeuten und den Patienten kollaborativ in Richtung von klar identifizierten, gemeinsam geteilten Zielen zu arbeiten.
3. Es muß in stärkerem Ausmaß die Aufmerksamkeit auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung fokussiert werden.
4. Die Behandlung erfordert keine ausgedehnte "Selbstoffenbarung" (self-disclosure) dem Patienten gegenüber.
5. Interventionen, die das Gefühl des Patienten für Selbsteffizienz (Handlungskompetenz) erhöhen, reduzieren oft die Intensität der Symptomatologie und erleichtern andere Interventionen.
6. Es sollte sich nicht primär auf verbale Interventionen verlassen werden.
7. Die Furcht des Klienten sollte zunächst identifiziert und angesprochen werden, bevor man versucht Veränderungen zu implementieren.
8. Dem Klienten soll geholfen werden mit aversiven Emotionen mehr und mehr adaptativ umgehen zu können.
9. Compliance-Probleme sollten antizipiert werden.
10. Es sollte nicht angenommen werden, daß der Patient in einer angemessenen Umgebung lebt.
11. Beachten der eigenen emotionalen Reaktion während des Therapieverlaufs.
12. Realistische Einschätzung bezüglich der Länge der Behandlung, den Zielen der Therapie und Standards für die "Selbstevaluation" des Therapeuten.

Dialektisch-Behaviorale Therapie 'DBT' nach Linehan

Der therapeutische Ansatz (Linehan, 1993a+b) und die Studien von Linehan et al. (1991, 1993, 1994) beruht - i.S. einer "empirically supported treatment" - auf zahlreichen wissenschaftlichen und konzeptuelle Vorarbeiten (Linehan, 1987a, 1987b). Insbesondere die Manualisierung, die Arbeit mit Videos und Supervision, das Vorhandensein einer Adherence und Competence Rating Scale machen das Verfahren zu einem operationalisierten EST. Die z.T. beeindruckenden Ergebnisse der von Linehan entwickelten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) haben zu Recht für Furore gesorgt (Shea 1993). Dieses Therapieverfahren priorisiert durch sein Vorgehen die Bewältigung der Suizidgefahr und des Therapieabbruches.

Modellvorstellung der Borderline-Störung nach Linehan

Im Zentrum des pathogenetischen Modells der DBT steht die Hypothese, daß Patienten mit Borderline-Störungen an einer Störung der Affektregulation leiden. Im Unterschied zur Kernbergianischen Sichtweise, handelt es sich hier also um eine Defektheorie. Erhöhte Sensitivität für emotionsauslösende Reize, übersteigerte Intensität der wahrgenommenen Affekte und eine Verzögerung der Rückbildung von Erregungszuständen bedingen akut auftretende Spannungszustände, die subjektiv als kaum kontrollierbar erlebt werden. Die vielfältigen maladaptiven Verhaltensmuster von Borderline-Patienten, also Selbstschädigung, suizidale Kommunikation, impulsives Verhalten, interpretiert Linehan als Versuch, die schmerzhaften, desintegrierenden affektiven Erregungszuständen zu modulieren. Die Spannungsreduktion kann daher als negativer Verstärker verstanden werden. Neben einer neurobiologischen Vulnerabilität vermutet Linehan, daß ein soziales Umfeld, in welchem die Wahrnehmung situationsadäquater Emotionen fortwährend negiert oder bestraft werden pathogenetisch wirksam werden. Die Restabilisierungsprozesse des Kindes ohne adäquate Kommunikationsmöglichkeit bleiben also pathologisch. Borderline-Patienten gelingt es nicht, starke Emotionen "herunter zu regulieren". Bei Borderline-Patienten kommt es stattdessen zu einem sich permanenten Aufschaukeln, was zur dysfunktionalen Gegenregulationen führt. Die Patienten sind also trotz ihrer scheinbaren Hyperemotionalität im Grund "Emotionsphobiker". Kommt es nun zu einer krisenhaften Zuspitzung verfügt der Patient auf Grund mangelnder lebensgeschichtlicher oder modellhafter Erfahrungen nur über die Möglichkeit über impulsive Handlungen, Selbstverletzungen, Sucht etc. sich aus diesen Zuständen zu befreien. Erst nach einer ausführlichen Anamnese, die frühere Therapieerfahrungen und parasuizidale Handlungen einschließt, kommt das Kontraktschließen. Patienten erlernen weiter alternative Fertigkeiten "skills", die aus der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie entstammen (Gedankenstopp, Entspannungsübungen, kognitive Umstrukturierung, innere Achtsamkeit, soziale Kompetenz). Motivationale Aspekte nehmen einen großen Raum ein. Die Borderline-Patienten lernen ferner durch die Analyse minutiöser Handlungsketten und das Erkennen der Auslösesituationen selbst Experten ihrer Störung zu werden. Durch die ausgedehnte behaviorale Arbeit der Patienten ist auch ein wirksamer aversiver Effekt zu vermuten. Linehan verwendet zudem Elemente aus dem Zen-Buddhismus (wise mind), was den Borderline-Patienten, die sich häufig die 'Sinnfrage' stellen, oft sehr entgegenkommt. Die Therapie besteht aus: 2stündiger Einzeltherapie, Fertigkeitstraining in der Gruppe, Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten bei Bedarf, social working, und Gruppensupervision der involvierten Therapeuten. Alle Beteiligten gehören in ein Behandlungsteam.

Impulsivität ist einer der Schlüsselfaktoren der Störung der Emotionsregulation (Bohus et al. 1996), und störungsspezifische Therapie, welcher Orientierung auch immer, muß dieses im Auge behalten. Erfolg in der Therapie einer Borderline-Störung kann dann erreicht werden, wenn folgende Zielhierarchien erfasst werden:

1. Abnahme des parasuizidalen Verhaltens
2. Abnahme von Depressivität
3. Veränderung sozialer Kompetenz
4. Veränderung der Arbeitsfähigkeit
5. strukturelle Veränderung der Persönlichkeitsorganisation

Empirische Befunde zur 'Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)' nach Linehan

Zu den Studien (Linehan et al., 1991; 1993): 41 (von ursprünglich 47 untersuchten) Patientinnen mit Borderline-Störung (nach DSM-III-R und DIB-R) im Alter von 18 bis 45 Jahren wurden in die Studie einbezogen. Die Einschlusskriterien waren mindestens zwei parasuizidale Handlungen in der Fünfjahresanamnese, wovon mindestens eine in den letzten zwei Monaten stattgefunden haben sollte. Ausschlusskriterien waren schizophrene und bipolare Psychosen sowie Drogenabhängigkeit. Die Patientinnen wurden zwei Gruppen randomisiert und parallelisiert (bezüglich Klinikaufenthalt, parasuizidalität und Alter) zugeteilt. Verglichen wurde das hochmanualisierte und supervidierte DBT (20 Pat.) mit einem möglichst naturalistischen 'Treatment as usual TAU' (21 Pat.) (psychodynamisch und kognitiv-behavioral orientierte Therapeuten ohne spezielle Borderline-Ausbildung. Der Untersuchungszeitraum war 12 Monate (mit 4monatigen Untersuchungen) und ein Zwölfmonats-follow-up mit 2 Meßzeitpunkten alle 6 Monate. Erfasst wurde während des Behandlungszeitraums die Parasuizidalität und Suizidalität, Hospitalisierungen, Abbrüche sowie Depressivität.

In der Follow-up-Studie weiterhin die Parasuizidalität und die Hospitalisierungsfrequenz. Es fanden sich im ersten Behandlungsjahr signifikante Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit für selbstschädigendes Verhalten: 63,6% versus 95,5% für TAU. Auch die Häufigkeit dieser Handlungen pro Patient waren unterschiedlich (1,5 Ereignisse versus 9 für die TAU-Gruppe). 83% der DBT-Patienten blieben bei ihrem ursprünglichen Therapeuten, während die Konstanz bei TAU lediglich 42% betrug (Abbruch und Wechsel). Auch die Hospitalisationsfrequenz und Dauer war für die DBT-Gruppe signifikant geringer (8,4 versus 38,8 Tage). Die individuelle Wahrscheinlichkeit im ersten Jahr stationär aufgenommen werden zu müssen betrug für die DBT-Gruppe nur noch 11% (verglichen mit 40% in der TAU-Gruppe). Eines der wichtigsten Ergebnisse war auch, daß die Abbruchrate bei der DBT auf 16,6% sank im Vergleich zu 58,3% bei der TAU-Gruppe. Wobei allerdings drohender Abbruch als therapiestörendes und selbstschädigendes Verhalten speziell fokussierter Teil der Therapie ist.

Trotz der eindrucklichen Unterschiede zeigten sich andererseits in wichtigen Bereichen keine Unterschiede zwischen DBT und TAU. Wobei sich immer wieder vor Augen geführt werden muß, daß es sich bei der DBT um eine extrem aufwendige Therapie handelt (Einzel, Gruppen, Supervision der Therapeuten, Sozialarbeiter). Keine signifikanten Unterschiede fanden sich etwa bei der Depressivität, der Hoffnungslosigkeit und den Suizidvorstellungen bei beiden Gruppen während der Behandlungszeit. Für den Katamnesezeitraum fanden sich (bei weniger Patienten erhoben) schließlich zwischen den beiden Gruppen auch keine signifikanten Unterschiede mehr für die Hospitalisierungsdauer und Frequenz und für die parasuizidalen Handlungen. Allerdings fand sich eine signifikante Verbesserung der sozialen Situation. (Arbeit) und eine Reduktion von Wut und Ärger während die Häufigkeit von starken Ängsten bei beiden Gruppen gleich blieb. Von psychodynamischer Seite könnte zusammengefaßt bewertet werden, daß sich Depression, Ängste und interpersonelle Schwierigkeiten (das was also am meisten mit "struktureller Veränderung" in Verbindung gebracht werden könnte) sich im Vergleich der beiden Gruppen nicht änderte.

In der weniger bekannten Arbeit zu ihrer Studie (1994) tragen Linehan et al. noch einige Punkte nach, die für einen doch deutlicheren Vorteil der DBT-Gruppe sprechen: "DBT subjects had significantly better scores on measures of anger, interviewer-rated global social adjustment, and the Global Assessment Scale and tended to rate themselves better on overall social adjustment than TAU subjects". Abschließend haben auch Linehan et al. (1994) eingeräumt: "... subjects in the dialectical behavior therapy group acted better but were still

miserable” und (Linehan, 1997): “the fact that the patients are still clinically depressed and hopeless and still entertain ideas of suicide at the end of one year (although no more than the comparison patients), is still unacceptable.”

Linehan (1997) hat sich Lorna Benjamin’s Kritik (1997) gestellt indem sie aus einer verhaltenstheoretischen Sicht auch interpersonelles Schwierigkeiten und intrapsychische Aspekte als “behavior” faßt, d.h. die Dichotomie von Benjamin in diesem Punkt ablehnt.

Mit Aplomb schließlich erwidert sich auf den Vorwurf, die Patientinnen ihrer Studien würden nicht gerade “glücklicher” durch die Dialektisch-Behaviorale Therapie werden: “...it is not immediately obvious that being happy but dead is preferable to being alive and miserable.” (Wobei der Autorin erwidert werden könnte, daß der einzige Suizid ihrer Studie in der DBT und nicht in der TAU-Gruppe stattfand!)

Shearin & Linehan (1994) haben auch erste Hinweise zum Prozeßgeschehen in den DBT-Ergebnis-Studien geliefert. So fanden die Autoren, daß eine “dialektische Vorgehensweise”, die technisch sowohl ‘Akzeptanz’ und ‘Veränderung’ balanciert, erfolgreicher in der Verminderung suizidalen Verhaltens war, als die Anwendung reiner “Akzeptanz-” oder “Veränderungs-Techniken”. In einer weiteren Studie (Kehrer & Linehan, 1996) fanden die Autoren, daß (entgegen ihrer Hypothese) ein aktiver, passiver oder selbstbesänftigender Problemlösestil nicht mit dem Ausmaß an parasuizidalen Handlungen während der Therapie korreliert war, daß aber sogenannte emotionale Problemlösestrategien im Unterschied zu interpersonellen Problemlösestrategien sich bezüglich des Auftretens parasuizidale Handlungen unterschieden.

Inhaltliche und methodische Limitierungen von DBT-Studien und Ansatz

Marsha Linehan hat in der Diskussion ihrer Studien auf die meisten der möglichen methodologischen Kritikpunkten offen hingewiesen:

1. Ein Großteil der DBT-Patienten (5 von 20 Einzeltherapien und 4 in der Fertigkeiten-gruppe) wurde von Marsha Linehan selbst auch behandelt. Neben der Frage ob das Verfahren nur bei der charismatischen Erfinderin wirkt, könnte dieser bias der Doppelfunktion (von Untersucherin und Therapeutin) eine Stärkung der Therapeutenvariable zugunsten von DBT bedeuten.
2. Die Pharmakotherapie wurde nicht kontrolliert, respektive standardisiert oder in Beziehung zum Therapieverlauf gesetzt. Das heißt die Patienten hatten höchst unterschiedliche Medikamente und Dosierungen. Außerdem gab es zwischen der TAU und der DBT-Gruppe Unterschiede in diesem Punkt, da Teil von DBT ist, möglichst weitgehend auf Medikation (zumal überflüssige) zu verzichten. (Vielleicht waren die TAU-Patienten seditierter als die DBT-Gruppe?)
3. Insbesondere bei der Follow-up-Studie, die zu ungunsten der DBT nicht mehr so gute Ergebnisse zeigte, waren die Stichproben klein (10 pro Gruppe); außerdem wurde nicht unterschieden, ob die Patienten zum Untersuchungszeitpunkt noch in Therapie waren oder nicht, was möglicherweise einen Unterschied machen könnte.

4. Die Effektstärke der verschiedenen Teile der DBT-Therapie (Einzeltherapie, Gruppentherapie, zusätzlichen telephonische Beratung etc.) wurden nicht erfaßt. Möglich wäre damit, daß es nicht therapiespezifische Strategien waren, dass es Auswirkungen kumulierender Therapiekomponenten sind.
5. 25 % der Patienten der 20 Kontrollgruppenpatienten für TAU wurden in den Datenerhebung einbezogen, obwohl sie gar nicht mit der Behandlung begannen: ist das nicht ein gravierendes Problem ?
6. Obwohl Linehan et al. im Design ihrer Arbeiten etwas suggerieren, daß es sich bei Borderline-Patienten mit autodestruktiven (parasuizidalen) Handlungen um eine besonders schwer zu behandelnde Untergruppe von Borderline-Patienten handelt, gibt es Befunde, die gerade in die entgegengesetzte Richtung weisen. Plakun (1991) fand, daß Selbstverletzung während der stationären Behandlung ein Prädiktor für gutes Ergebnis war: dies interpretiert er im Sinne von Winnicott so, daß Acting-out, das im therapeutischen Rahmen gehalten werden kann, eher ein hoffnungsvolles Zeichen für ein Engagement in die therapeutische Beziehung sein könnte.
7. Das Verfahren von Marsha Linehan besteht grundsätzlich aus verschiedenen Phasen: konzeptuell sieht das Manual in der zweiten Therapiephase z.B. die Bearbeitung von traumatisierenden Ereignissen etc. vor. Die bisherigen Studien betreffen allerdings erst die 1. Phase (Umgang mit therapie-schädigendem und selbst-schädigenden Verhalten), die eigentlich auf etwa ein Jahr beschränkt sein sollte. Da die Patienten der veröffentlichten Studien bislang nicht die Voraussetzungen für das Erreichen der weiteren Phasen erfüllt hatten, können also nur begrenzt Aussagen über das Verfahren als Ganzes getroffen werden.

Doch mögliche Einwände gegen den Linehan-Ansatz können auch aus psychodynamischer Sicht formuliert werden:

1. Die Beziehung selbst wird nicht fokussiert!
2. Es wird davon ausgegangen, daß Borderline-Patienten wegen ihrer Schwierigkeiten bereit sind, die Hausaufgaben, Verhaltensketten und skill-training durchzuführen.
3. Mit Widerstand wird dagegen theoretisch nicht gerechnet. Beziehungsweise die Ambivalenz etc. wird wiederum als therapiestörendes Verhalten fokussiert und behavioral bearbeitet, was zu einem gewissen Zirkelschluß führen kann.
4. Der Aspekt der Sexualität ist ausgeklammert.
5. Ein u.E. limitierender Faktor des kognitiv-behavioralen Vorgehens, der sich auch in der "Dialektisch-Behaviorale Therapie" von Linehan findet, ist die Vorstellung, daß eine Borderline-Patientin, die sich selbst massiv schneidet, dieses "störende Verhalten" unbedingt loswerden möchte, - was sie ja möglicherweise auch als Anliegen so formuliert, - und daß sie deshalb bereit sein wird, mit Verhaltensanalysen, Hausaufgaben und unter Einsatz von "skills" alles zu tun, um in Zukunft dieses Verhalten nicht aufzulegen. "Weigert" sich eine Patientin dann ihr selbstschädigendes Verhalten zu ändern oder hat Schwierigkeiten bei der Realisierung dieses konkreten Ziels, wird ihr der Widerspruch

zwischen dem Wunsch nach Therapie und ihrem gegenwärtigen Verhalten aufgezeigt. Dieser Ansatz berücksichtigt also nicht, daß die Patientin ihr selbstschädigendes, masochistisches oder aggressives Verhalten nicht nur (nicht) aufgeben will, sondern, daß es eine zentrale unbewußte Seite in ihr gibt, die an diesem Verhalten festhalten “muß” (weil es Abwehrcharakter hat, libidinös besetzt oder mit einer Allmachtsphantasie verbunden ist etc.).

Aber bei aller Kritik: Shea (1993) äußert zu den Studien von Linehan: “of all the controlled studies, the strongest and most significant evidence is provided by Linehan”. Insbesondere daß es in ihren Studien gelang, die Abbruchquote erheblich zu senken, kommt größte Bedeutung zu. Zwar ist der Beitrag von Marsha Linehan nicht der erste behavioral orientierte Ansatz, aber ganz ohne Zweifel steht er in der gegenwärtigen Diskussion an erster Stelle. Das strukturierte Vorgehen mit der Etablierung einer starken tragenden Beziehung, das Lehren von Bewältigungsmechanismen und die Öffnung zu alternativen Sinnstrukturen wird von einem dialektischen Grundverständnis der therapeutischen Beziehung geprägt, in dem scheinbar polare Gegensätze wie Annehmen des Patienten und Veränderungsorientierung, Nähren und wohlwollendes Fordern, Zentriertsein in der eigenen Person und Flexibilität in Balance gebracht werden (Lohmer & Wernz 1996).

Gemeinsamkeiten zwischen ‘DBT’ und ‘TFP’

Die wichtigsten Gemeinsamkeiten (siehe auch Hurt & Clarkin, 1990) zwischen dem DBT und dem TFP Verfahren sind:

1. Vorhandensein einer therapeutischen Hierarchie.
2. Klare Definition der Rollen und Aufgaben (incl. Pflichten und Rechte) des Patienten und des Therapeuten.
3. Grenzen etc. werden gesetzt (beides sind ‘konfrontative’ Therapien).
4. Therapien erfordern Videoaufzeichnungen.
5. Zur Therapie gehört immanent die Supervision.
6. Besonderer Umgang mit Suiziddrohungen. In beiden Verfahren wird anerkannt, daß der Therapeut Suizide nicht verhindern kann und er durch Suiziddrohungen in eine Situation gebracht werden kann, wo die Therapie nicht mehr weitergeführt wird.
7. Vorhandensein einer ‘Adherence and Competence Rating Scale’.

Stationäre DBT nach Linehan

Eine Adaptierung und wissenschaftliche Begleitforschung von DBT auf stationäre Verhältnisse erfolgte bislang in White Plains, New York (Barley et al., 1993) und in Freiburg

(Bohus et al., 1996). Es wird dort ein Vergleich ambulantes DBT vs. stationärer DBT mit stationärer DBT-Vorbehandlung untersucht.

Barley et al. (1993) untersuchten 130 Patienten, die während eines Zeitraums von durchschnittlich 106 Tagen stationär behandelt wurden. Die Autoren hatten ihre ursprünglich psychodynamische Behandlungsstrategie in Richtung der DBT nach Linehan verändert, sie untersuchten die Anzahl der parasuizidalen Handlungen in den 19 Monaten vor Einführung der DBT, während den 10 Monaten, als das Verfahren voll eingeführt wurde und noch 14 Monate später. Es fanden sich signifikante Rückgänge in der Anzahl der parasuizidalen Handlungen, die auch bis in die Nachuntersuchungszeit anhielten.

Die Vor- bzw. Nachteile einer Adaptation von Elementen der DBT Linehans in die stationäre Gruppentherapie von Borderline-Patienten haben Springer & Silk (1996) diskutiert. Zum weiteren Nachdenken regt eine 1996 veröffentlichte, vergleichende randomisierte Therapiestudie an, bei der im stationären Setting ein Kurzzeit-Interventionsprogramm nach Linehan evaluiert wurde (Springer et al. 1996):

"The treatment, a problem-solving skills group focused on parasuicidality, was compared with a discussion control group. Change was assessed by self-report measures and behavioral observations on the unit. Subjects in both groups improved significantly on most change measures, although no significant between-group differences were found. However, the treatment group patients viewed the intervention as more beneficial to them in their lives outside the hospital. The usefulness of this type of group on a short-term unit is discussed"(S.@@@).

Weitere Studien zur Psychotherapie selbstverletzenden Verhaltens

Impulsives selbstverletzendes Verhalten (Sabo, Gunderson et al., 1995) und wiederholte Suizidversuche (zumeist in Form von Schneiden) gehört zu den dramatischen Symptomen von Borderline-Patienten. Obwohl Selbstverletzung auch gelegentlich bei anderen Störungsbildern auftritt, handelt es sich zumeist um Borderline-Patienten. Einige wenige Therapiestudien (neben den Linehan-Arbeiten) haben speziell die Selbstverletzung fokussiert. Wegen der zumeist geringen Patientenzahlen (Malon & Berardi, 1987; Rosen & Thomas, 1984) sei hier lediglich auf die interessante Studie von Liberman & Eckman (1981) eingegangen. Die Autoren verglichen Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapie bei der stationären Behandlung von Personen mit wiederholten Suizidversuchen. Beide Behandlungen zeigten gute Resultate allerdings mit leichter Überlegenheit der Verhaltenstherapie.

Familientherapeutische Ansätze

Über die Rolle familiärer Belastungsfaktoren für die Entstehung der Borderline-Pathologie wurde relativ ausgiebig gearbeitet (Link 1990; s.a. Ruiz-Sancho & Gunderson, in diesem Band). Relativ wenig Ansätze beziehen familientherapeutische Aspekte mit ein. Einen psychoedukativen Ansatz haben Gunderson et al. (1997b) entwickelt. Einen systematischen Überblick zu familientherapeutischen Ansätzen finden sich bei Aronson (1989).

Gesprächspsychotherapie

Eckert & Wuchner (1996) führten einen Vergleich von gesprächspsychotherapeutischer Gruppentherapie an drei diagnostischen Gruppen durch - ein Anhalt dafür, daß die Autoren sich nicht dem Verdikt von Grawe (1994) anschließen, GT sei nur für leichte und mittelschwere Störungen geeignet.

	Borderline N = 14	Schizophrenie N = 13	Depression N = 16
Klientenzentrierte Gesprächs- Gruppenpsychotherapie	12	5	7
Drop out	2	1	3
keine Gruppentherapie	-	8	9
Zusätzliche Therapie nach Ende im follow-up- Intervall			
ambulante Therapie	43%	18%	40%
stationäre Therapie	29%	62%	38%
ambulante medizin. Behandlung	29%	62%	40%
Psychopharmakotherapie	36%	77%	40%

Mit Hilfe des Gunderson'schen DIB wurde die Auswirkungen der Behandlung geprüft. Bemerkenswert waren für die Borderline-Gruppe die Veränderungen in den DIB-Bereichen Impulshandlungen, Affektivität, psychotische Erlebnisse; weniger beeindruckend im dagegen Bereich Interpersoneller Beziehungen. Jedoch, das Gesamtergebnis kann sich sehen lassen, vom einem DIB-Punktwert von 8,3 zu 5,4. Womit wir allerdings bei der Frage wären, mit welchem Punktwert ist das nach-therapeutische Leben lebenswert.

Stationäre Therapie

In ihrer Untersuchung konnten Dolan et al. (1997) unter 137 Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (zumeist Borderline-PS) diejenigen, die stationär - nach einem "therapeutic community treatment" - behandelt wurden (N= 70) mit denen vergleichen, die nicht aufgenommenen (N= 67) wurden. Bei Aufnahme und nach einem Jahr wurden ein globaler psychopathologischer Schweregrad der Störung über den BSI (Borderline Syndrome Index) und nicht spezifische Symptomatiken erfasst. Die behandelte Gruppe zeigte eine signifikante Verringerung im BSI-Score, die wiederum positiv mit der Dauer der Hospitalisation korreliert war.

Auch Copas et al. (1984) fanden einen Zusammenhang zwischen Länge der Hospitalisationsdauer und geringer Inanspruchnahme von stationärer Behandlung im 5-Jahres follow-up. 42,9 % der behandelten Gruppe zeigten signifikante und klinisch relevante Verbesserungen im Vergleich zu 18, 2% der unbehandelten Gruppe. Die Autoren (Copas et al.) schließen daraus, daß spezialisierte stationäre Angebote geeignet seien, die Kern-Psychopathologie schwerer Persönlichkeitsstörungen zu reduzieren. Verglichen mit den wenigen anderen Studien zur stationären Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeits-

störungen (Copas et al., 1984; Norris, 1983) verfügte die Untersuchung von Dolan et al. über eine adäquate, wenn auch nicht gematchte Vergleichsgruppe.

Antikainen et al. (1995) haben 42 (70%) von 62 Borderline-Patienten, die in einer offenen, auf die Behandlung von BPS-Patienten spezialisierten Station aufgenommen worden waren, in einem 3 Jahre Follow-up nachuntersucht. Die mittlere stationäre Behandlungsdauer betrug 91 Tage (21- 296). Die meisten Patienten litten unter Ängsten und Depressionen, die sich nicht nur bei Entlassung deutlich reduziert hatten, sondern auch im Follow-up anhielten. Allerdings wurden "nur" 70% der Patienten im Follow-up erreicht. Insbesondere Suizidgedanken persistierten noch bei vielen Patienten. Das Untersuchungssample konnte eindeutig zwei Gruppen aufgeteilt werden einer durchgehend arbeitsfähigen (33%) und einer chronisch arbeitsunfähigen Gruppe (46%).

Breslow et al. (1993) konnten bei 51 Patienten (zumeist mit Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenien) den Effekt eines bis zu dreitägigen stationären Krisentherapieprogramms überprüfen. Die Autoren wiesen nach, daß für die Mehrzahl der Patienten - und hier besonders der persönlichkeitsgestörten Patienten - ein solcher kurzer Krisenaufenthalt von der Dauer her in der Regel vollkommen ausreichend war, und daß die Patienten mit einem solchen Programm sehr zufrieden waren. Insgesamt wäre es empfehlenswert, wenn für Borderline-Patienten mehr Kurzzeit-Krisenbetten zur Verfügung stünden.

In einer Studie zu einem intensiven, Langzeit- 'therapeutic community treatment' an einer Medizinischen Universitätsklinik fanden Dolan et al. (1992) bei 62 Patienten, mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (einschließlich BPS) in 65% eine Verbesserung im SCL-90R direkt nach der Behandlung, der sich in 55% auch noch nach 8 Monaten im Follow-up nachweisen ließ.

Insgesamt muß allerdings festgehalten werden, daß gerade der Gebrauch des SCL-90 zur Ergebnis-Meßung bei Borderline-Patienten problematisch ist, da die Symptomatologie ohnehin größeren Fluktuationen unterliegt und der therapeutische Effekt so schwer zu gewichten ist.

Bei der Beurteilung von stationären Studien bei Borderline-Patienten muß insgesamt berücksichtigt werden, besonders wenn es sich etwa um Nachbefragungen handelt, daß Borderline-Patienten oftmals stationäre Aufenthalte äußerst negativ beurteilen (Kelstrup et al, 1993).

Tagesklinische Behandlungen

Sandell et al. (1993) haben alle Borderline-Patienten, die während eines Zeitraums von 6 Jahren in einer Tagesklinik aufgenommen worden waren, nach 3-10 Jahren mit einem verschickten Fragebogen nachuntersucht. Auch hier zeigte sich, daß Patienten, die die Behandlung abgeschlossen hatten, im Vergleich von den Ergebnissen her zwischen einer normalen Gruppe und einer Gruppe von Borderline-Patienten, die in den ersten 4 Monaten die Therapie abgebrochen hatten, anzusiedeln waren. Die späteren 'drop-out-Patienten' zeigten schon bei Aufnahme mehr Ambivalenz und negative Einstellung bezüglich Therapie. Zur tagesklinischen Behandlung sei auch die Arbeit von Karterud et al. (1992) erwähnt.

Gruppenpsychotherapie

Von der McMaster-Gruppe in Toronto wurden schon länger Beiträge zur Gruppentherapie der Borderline-Störung vorgelegt (Munroe-Blum & Marziali, 1988). Munroe-Blum (1992) fordert die traditionelle psychoanalytische Einzeltherapie-Perspektive explizit heraus, wenn sie schreibt:

1. Gruppentherapie kann helfen, die Übertragungsdichte zu verringern, indem multiple Ziele für das emotionales Engagement ermöglicht werden und erlaubt eine kontrolliertere Regression als in der Einzeltherapie. Dies erlaubt auch die Identifikation mit anderen Patienten und mit dem Therapeuten.
2. Mit multiplen sozialen Rollenvorbildern, einer Reihe von feed-back Möglichkeiten werden gewisse malaptive Muster sichtbar, und die Chancen zum sozialen Lernen werden vielfältiger.
3. Es ist wahrscheinlich, daß Patienten eher von den Mitpatienten lernen als vom Therapeuten.

Trotz dieser ausführlichen theoretischen und klinisch einleuchtenden Begründungen (zumeist interpersonelle Ansätze in der Tradition von H. S. Sullivan), zeigten die Studien von Marziali et al. (1997) und Munroe-Blum (1988; 1992) zumeist keine besonders guten Ergebnisse. Allerdings eine größere kontrollierte Studie bei der eine zeitlich begrenzte Relationship Management Group Therapy mit Einzeltherapie verglichen wurde, erbrachte keine Überlegenheit einer der beiden Verfahren (Marziali & Munroe-Blum 1992). Die Studie von 1997 gehört allerdings wegen ihres kontrollierten und randomisierten Designs zu den wichtigeren empirischen Psychotherapiestudien im Borderline-Bereich. Die Autorinnen argumentieren (wie etwa auch Dawson & Macmillan 1993), daß die Gruppentherapie spezifische Vorteile (Rollenübernahme, Gruppendruck bei schädigendem Verhalten, haltende Umgebung etc.) für die Behandlung dieser Patienten habe, während die Einzeltherapie oft erfolglos bleibe. Allerdings erscheint diese Aussage relativ apodiktisch, zumal viele BPS-Patienten nicht bereit sind, in eine Gruppentherapie zu gehen und stattdessen Dyaden suchen.

Im Rahmen ihrer kontrollierten und randomisierten Studie haben Marziali et al. (1997) den Einfluß von Gruppen-Kohäsion und gruppentherapeutischer Allianz untersucht. Bei der 30 Sitzungen umfassenden Therapie korrelierten diese am besten mit dem zukünftigen Ergebnis-Score (Psychiatrische Symptome, Social Adaptation und dysfunktionales Verhalten).

Eine interpersonell konzipierte Therapie der Borderline-Störung wurde von Dawson & Macmillan (1993) vorgelegt und in einer Studie untersucht (Dawson (1988)). Erste Bemühungen die Interpersonelle Psychotherapie nach Klerman und Weissman (ähnlich wie für die Bulimie oder die Postpartale Depression etc.) auch für die Borderline-Störung zu adaptieren wurden von Weissman (1997) beschrieben.

Budman (1993) präsentierte die unkontrollierten Resultate einer auf 18 Monaten begrenzten Gruppentherapie für diverse Persönlichkeitsstörungen. Die Studie verdient trotz der methodischen Schwächen Erwähnung, weil auch hier der Therapieerfolg entscheidend davon abhing, ob Patienten die Gruppenbehandlung durchstanden, im Vergleich zu den Abbrechern. Allerdings wäre hier zu diskutieren, ob dann die Therapie oder nicht doch die "Ich-Stärke" das entscheidende Kriterium waren. Der Tatsache ob die Patienten die Ihnen angebotene

Therapieform ohne Abbruch durchstehen, messen auch Persons et al. (1988) die entscheidende Bedeutung zu.

Katamnesen im Borderline-Bereich

Insgesamt muß sowohl bei Langzeit-Therapiestudien und bei Katamnesen immer beachtet werden, daß ein Teil der Stabilisierung auf den Alterseffekt und nicht auf die Therapie selbst zurückzuführen sein könnte. Das Phänomen des "aging-outs" (deutliche Verbesserung nach dem 40.-45. Lebensjahr) aus der Störung kann als gesicherter, wenn auch bislang kaum verstandener Befund der empirischen Borderline-Forschung gelten (Stone, 1992). Dieses Phänomen scheint auch unabhängig von früheren Therapieerfahrungen zu sein (Paris et al., 1987).

Langzeitkatamnesen

Generell dürfte gelten, daß die Aussagekraft von Kurznachuntersuchungen durch die z.T. stark wechselnde Symptomatik eingeschränkt wird. Eine signifikante Fraktion der Borderline Patienten erreichen einen stetigen Job, einen Platz zu leben, hören auf immer wieder hospitalisiert zu werden und entwickeln stabile Beziehungen. Die Nachuntersuchungen von Paris weisen darauf hin, daß Patienten mit sehr unterschiedlicher Intelligenz und moderaten sozio-ökonomischen Voraussetzungen solche relativ guten Langzeitergebnisse erreichen können. Der Zusammenhang zum therapeutischen Aufwand erscheint jedoch noch relativ offen (Paris et al., 1987).

Eine Übersicht zu den wichtigsten Langzeitkatamnesen (nach Mehlum et al., 1991):

Langzeit-Katamnesestudien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III				
Studie	N	Alter bei Aufnahme	Katamnese-Intervall	GAS
Plakun et al., 1985	63	25	14	68
McGlashan, 1986	81	27	15	64
Paris et al., 1987	100	26	15	63
Stone, 1987	224	22	16	66
Tucker et al., 1987	40	24	2	57
Perry et al., 1985	23	28	2-3	55
Mehlum et al., 1991	41	33	3	49
Najavits et al., 1995	37	26	3	59

Michael Stone (1987; 1992) kommt unter zu Hilfenahme seiner Langezeitkatamnesen zu dem Schluß, daß etwa ein Drittel aller Borderline-Patienten, bei denen die Indikation für eine Psychotherapie erfolgte, tatsächlich nur von ihr profitierten. Dies heißt im klinischen Klartext, daß die Indikationsstellung restriktiver erfolgen sollte. Stone folgert weiterhin, daß lediglich bei 1/6 der Patienten ein expressiveres Vorgehen besser als supportive Therapie sein dürfte. Die nicht wenigen katamnестischen Untersuchungen, die Aussagen über Psychotherapieerfolge im Borderline-Bereich treffen, unterstreichen, dass noch viele Frage offen sind, und ideologische Behauptungen weniger denn je gerechtfertigt sind.

Langzeit versus Kurzzeitbehandlungen

Kontrovers diskutiert wird gegenwärtig, wann Borderline-Patienten eine Langzeit oder Ultralangzeittherapie erhalten müssen. Beatson (1995) argumentiert nach der vorhandenen Literatur, daß BPS-Patienten, die schwere Traumatisierungen in einer frühen Phase ihrer Entwicklung erleben mußten, wegen der schwerwiegenden Beziehungsstörung erst langsam und mit genügend Zeit in die Lage versetzt werden müßten, in eine Therapie hineinzuwachsen.

Im Kontrast hierzu treten etwa Nurnberg & Suh (1982) für eine Kurzzeitbehandlung der Störung ein. Masterson & Costello (1980) beschrieben in ihrer Follow-up-Studie bei 31 adoleszenten Borderline-Patienten, deren durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer 14,5 Monate betrug, einen zunächst paradoxen Befund, der heute jedoch im allgemeinen von anderen Autoren geteilt wird. Nämlich, daß es eher die "gesünderen" als die "kränkeren" unter den jungen Borderline-Patienten waren, die von einer solchen Langzeithospitalisation profitieren konnten.

Eine Reihe bisheriger Studien (McGlashan, 1986; Stone, 1987; Tucker et al., 1987) zusammenfassend, kommen Silver & Rosenbluth (1983) zu folgendem Schluß: Auf Grund des Fehlens einer deutlichen Evidenz von Überlegenheit längerer Hospitalisationen, der Heterogenität der Störung, ihrer unklaren Ätiologie und den ökonomischen Realitäten der 90er Jahre weist alles in Richtung der stationärer Kurzzeitbehandlung als zur Zeit beste Alternative.

Ultrakurzbehandlungen

Hengeveld et al., 1996 berichten in ihrer Pilotstudie von einer hochfrequenten ("eight weekly and two "booster" sessions"), kognitiv-behavioralen Kurzzeitgruppentherapie für Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen. Von 9 ambulanten Patientinnen erfüllten 7 die Kriterien einer (Borderline-) Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse der Studie waren niederschmetternd, 4 von 9 Patientinnen brachen die Therapie ab, besonders die chronisch Suizidalen mit mehr als 8 Versuche in der Vergangenheit, aber auch bei den anderen Patienten kam es weder zu einer Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik noch zu einer Verringerung der Suizidversuche in der Folge, obwohl sich die Patientinnen im allgemeinen positiv über die Inhalte der Therapie äußerten. Die Autoren schließen daraus, daß es kaum aussichtsreich ist, für diese Patientengruppe (wiederholte Suizidversuche und

Borderline-Störung) eine solche hochfrequente Kurzzeitgruppentherapie zu organisieren und daß der kognitiv-behaviorale Ansatz insbesondere bei den chronischen suizidalen Borderline-Patienten nicht ausreicht.

Die Studie von Liberman & Eckman (1991) blieb erstaunlicherweise selbst im Bereich der Borderline-Forschung relativ unbekannt. Die Autoren berichteten von den Resultaten einer ultrakurzen aber sehr intensiven Therapie (4 Stunden am Tag über 8 Tage) für stationäre Patienten. Alle Patienten, die als Borderline, histrionisch, narzißtisch, abhängig oder vermeidend beschrieben wurden, wiesen mehrere Suizidversuche in der Vergangenheit auf, was u.E. dafür spricht, die Studie, im weitesten Sinn, als "Borderline-Studie" zu subsummieren. Die beiden Gruppen bestanden aus einem tiefenpsychologisch zu nennenden ('insight-oriented') und einem multimodal verhaltenstherapeutischen Ansatz. Beide Therapien führten gleichermassen (verglichen mit einer 2jährigen Prähospitalisationsperiode als Baseline) zu einer signifikanten Verringerung der Suizidversuche. Im 6- bzw. 9monats Follow-up zeigte sich die behaviorale Gruppe ferner überlegen, was die Suizidgedanken anging, nicht jedoch für die Versuche selbst.

Studien zur Allianz bei Borderline Patienten

Einen interessanten Befund erhoben Burns & Nolen-Hoeksma (1992) bei 185 Patienten, die wegen Depressionen kognitiv-behavioral behandelt wurden. Während für Patienten grundsätzlich galt, daß diejenigen, die die Therapie frühzeitig abbrachen oder ihre Hausaufgaben nicht machten, ihre Therapeuten als signifikant weniger empathisch bewerteten und umgekehrt, zeigte sich dieser Effekt bei Borderline-Patienten nicht. Obwohl sie sich deutlich weniger verbesserten, empfanden sie ihre Therapeuten also genauso empathisch und fürsorglich wie die anderen Patienten. "Empathie", vielleicht sogar "Allianz" scheint bei BPS-Patienten möglicherweise eine andere Relevanz zu haben als bei Psychotherapie-Patienten im allgemeinen.

Inhaltlich umfaßt die 'alliance' dabei sowohl Elemente der therapeutischen Beziehung und des Arbeitsbündnisses, d.h. der Arbeit an gemeinsam geteilten Zielen der Therapie. Zur Allianz, ihren verschiedenen Meßmethoden gibt es inzwischen eine Vielzahl von Studien (Henry et al., 1994).

Im "McLean Borderline Psychotherapy Engagement Project" (Frank, 1992) fand man, daß 60% der BPS-Patienten nach 6 Monaten die Therapie nicht fortgesetzt hatten. 77% der Patienten gaben an, Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zu ihrem Therapeuten gehabt zu haben. Selbst für die Patienten, die die Therapie fortsetzten, galt nach 6 Monaten: "solid therapeutic alliances were still rather uncommon".

Andere Autoren (Gunderson et al., 1997a) untersuchten in einer prospektiven Studie bei 33 Borderline-Patienten die therapeutische Allianz mit dem 'Penn Helping Alliance Questionnaire' nach sechs Wochen, 6 Monaten und in jährlichem Abstand während 5 Jahren. Es fanden sich folgende Ergebnisse: 1) die Allianz verbesserte sich über die Zeit, 2) die Einschätzung der Patienten und der Therapeuten korrelierte eng, 3) nach 3 und 4 Jahren beurteilten die Therapeuten die Allianz höher als die Patienten. Der vielleicht wichtigste Befund dieser Studie war, daß 4) die therapeutische Beziehung am Anfang der Therapie (durch den Therapeuten beurteilt) prädiktiv für den drop-out der Patienten war, daß aber diese

frühen Einschätzungen der therapeutischen Beziehung nicht eng mit dem späteren 'level of change' (Veränderungsausmaß) korreliert waren.

Eine interessante Einzelfallstudie haben zum Einfluß der therapeutischen Interventionen auf die therapeutische Allianz haben Gabbard et al. (1988) vorgelegt. Untersucht und geratet (durch 6 erfahrene Psychoanalytiker) wurden die 4., 64., 125., 195., 246. und die 309. Stunde einer mehrjährigen psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (3 Sitzungen pro Woche) eines männlichen Borderline-Patienten mit chronischer Depressivität und (sexueller) Identitätsstörung. Die Stunden lagen jeweils als Tonbandaufnahme und als Transkript vor. Eine Hälfte der Therapeuten war für das Rating der Allianz (Zunahme bzw. Abnahme der Zusammenarbeit des Patienten), die andere für das Rating der Interventionen zuständig. Die Rater gingen dabei unabhängig voneinander vor. Für die 6 Stunden konnten 13 deutliche Veränderungen in der Zusammenarbeit von den Therapeuten identifiziert werden (11 mal davon in Richtung Verbesserung). In 12 dieser 13 Situationen konnten Übertragungsdeutungen des Therapeuten klar als dafür verantwortlich identifiziert werden.

Allianz wird von Clarkin et al. (1992) auch daher mit gutem Grund weniger als Prädiktorvariable als vielmehr als Ergebnis-Kriterium gesehen. Wenn die Allianz ausreichend gut wird, ändern sich die Symptome in der Regel ebenfalls.

Weitere therapeutische Aspekte

Traumatherapie

Generell werden in die Borderline-Therapie zunehmend Element von Trauma-Therapie eingebaut (Gunderson & Chu, 1993; Foa et al., 1995), ohne daß derzeit eine Psychotherapiestudie vorliegt, die BPS-Pat. mit spezifischer Traumatherapie (nach Foa, Meichenbaum, Shapiro, Reddemann/Sachsse etc.) behandelt hätte.

Auch was die Therapie von traumatisierten Kindern- und Jugendlichen mit Borderline-Pathologie angeht, die in einer breitangelegten Follow-up Studie am Anna Freud Centre in London untersucht werden gilt:

"speaking broadly, it seems that traumatized borderline children are not substantially helped by interventions of conflict, Oedipal or pre-Oedipal. More simple therapeutic interventions, focussing on the elaboration of the child's current mental state, either with regard to the therapeutic situation or the child's current life appeared to be far more effective for these childhood problems" (Fonagy, 1998. mündl. Mitteilung).

Gesundheitsökonomische Aspekte

Gabbard et al. (1997) weisen - gerade auch bezüglich der Borderline-Störung - darauf hin, daß zunehmend in Psychotherapiestudien der ökonomische Kostenaspekt mitberücksichtigt wird. Zwischen 1984 und 1994 wurde in immerhin bereits 35 von 686 Arbeiten (zur Psychotherapie

psychiatrischer Störungen) Ergebnis - Messungen vorgenommen, die in Beziehung zu Kosten standen. Dabei wurde in 80% der wissenschaftlich besten Studien deutlich, daß Psychotherapie die Kosten senken kann. Auch Hampton (1997) empfiehlt aus Kostengründen, besonders für hochsuizidale Patienten, aus der Sichtweise des “managed care” eine Behandlung mit DBT.

Von zunehmender Bedeutung für die weitere Finanzierung von Therapien und Therapiestudien erscheinen offizielle Behandlungsrichtlinien (etwa von Ärztevereinigungen oder Krankenkassen etc.), die inzwischen in verschiedenen Ländern auch für die Borderline-Studie vorliegen. In Australien (Quality Assurance Project, 1991) wurde die Empfehlungen ausgesprochen, daß die Patienten Psychotherapien mit längerer Dauer benötigen, daß die Therapeuten möglichst ein Spezialverfahren erlernen und dass sie Supervision für die Behandlung in Anspruch nehmen sollten.

Milieutherapie

Nehls (1991; 1992) hat einen sogenannten ‘Milieutherapeutischen Ansatz’, der besonders für psychiatrische Krankenpflegekräfte entwickelt wurden und der gute Erfolge zeigte, beschrieben und untersucht. Die Autorin hat ebenfalls auf die Bedeutung, die das Ansprechen existentieller Fragen (‘Sinn’) für Borderline-Patienten in einem Gruppentherapeutischen Ansatz haben kann, hingewiesen (Nehls, 1991).

Widerstand gegen die Therapie

Andreoli et al. (1989) fordern zu Recht, daß “Treatment resistance in PD patients should be a major target of clinical interventions, research, and institutional policies.” Allerdings gibt es u.E. bislang keine Studien, die dieses spezielle Problem fokussiert hätten.

Kombination mit Pharmakotherapie

In dem meisten Therapiestudien wurde der Effekt von psychopharmakologischer Medikation, die die Patienten neben der Psychotherapie erhielten, bislang gar nicht oder ungenügend erfaßt.

In einer maßgeblichen Übersichtsarbeit zur Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen schreiben Soloff, Siever et al. (1994): “Medication effects generally are modest in magnitude; the patient should understand that medication does not cure character”. Paris (1997) empfiehlt die Kombination von Pharmakotherapie mit kognitiver Therapie, weil “psychodynamic psychotherapy has not been proven to be effective”.

Obwohl ein gewisser positiver Effekt von psychopharmakologischer Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen - besonders der Borderline-Störung - als belegt gelten kann (Zanarini et al., 1988; Coccaro, 1993; Stein, 1993) stellt Soloff (1994) fest, daß es keine ausreichenden Hinweise gibt, die dafür sprechen würden, daß es Substanzen gebe, die als

eigentliche Behandlungsmethode der Wahl für diese Störungsgruppe gelten könnten (zur Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie siehe Buchheim & Dammann, 1997).

Dem Problem der Kombination von Pharmako- und Psychotherapie stellen sich jedoch nicht nur die Psychotherapieforscher, sondern auch biologisch orientierte Psychiater. Stein et al. (1995) standardisierten zumindest die Dauer (8 Wochen Minimum vor Studienbeginn und Häufigkeit mindestens 1mal wöchentlich) der Psychotherapie für ihre Studie mit Valproat.

Spezialaspekte empirischer Psychotherapieforschung der Borderline-Störung

Empirisch gestützte Therapieverfahren

Bei der Diskussion um die “Empirically supported treatments” (empirisch validierte Behandlungsverfahren), die ursprünglich häufig stark symptomzentriert waren (Migräne, Anorgasmie etc.), stellt sich insbesondere die Frage ob der Wert ihrer Aussagekraft nicht stark eingeschränkt ist, wenn es sich um Symptomatologien handelt, die mit Persönlichkeitsstörungen einhergehen, und stattdessen eher die Achse-II-Störung Zentrum des Behandlungsverfahrens sein sollte (zur Diskussion dazu Henry, 1998; Strauss & Kächele 1998).

Benjamin (1997) macht ebenfalls auf dieses fundamentale Problem im Bereich der empirischen Psychotherapieforschung der Persönlichkeitsstörungen aufmerksam. Einerseits würden gegenwärtig nur behaviorale und kognitive Ansätze als “empirically validated therapies EVT” (Task Force, 1995) gelten, weil sie über relativ kurze operationalisierte Behandlungspläne verfügen würden, und als Ergebnis-Kriterium etwa Symptomveränderungen nach einer Gruppentherapie definieren würden - selbst Linehans DBT wird im Task Force Bericht als lediglich (Probably Efficacious Treatment PEVT) bezeichnet! - andererseits würde diese kurze Therapiedauer und Symptom- oder Verhaltensfokussierung gerade das Verfehlen, was kennzeichnend ist für eine “Persönlichkeitsstörung”! Polemisch gesagt, verfehlen ausgerechnet die empirisch-gestützten Verfahren in ihrer Konzeptualisierung und in ihrem therapeutischen Vorgehen diese Störungen vollkommen. Die Autorin argumentiert, daß die Wirksamkeit dieser Verfahren - durch die Analogie mit pharmakologischen Studien - vermutlich überschätzt wurde. Sie argumentiert für Behandlungsmodelle, die eine Rationale haben, daß die Interventionen, den Therapieprozeß und die Erfolgsmessung umfassen. Auch Kernberg & Clarkin (1993) schreiben:

“in the recent history of psychotherapy research, there has been an overrepresentation of the investigation of brief treatments that are cognitive and behavioral in orientation. There are probably reasons for this disproportionate representation, grounded in the relative ease in manualizing and teaching brief treatments using strategies that are relatively concrete and well specified. The underrepresentation of long-term treatments of psychodynamic orientation is a tribute to the difficulties in manualizing and teaching this highly complex and sophisticated approach.”

Da die Kriterien der EST Kurzzeittherapien favorisieren, besteht die Gefahr, daß es kaum mehr Langzeitstudien im Bereich der Persönlichkeitsstörungen geben wird.

Ein Gegen-Beispiel liefert die von der finnischen Regierung finanzierte psychodynamische Langzeitstudie - “Helsinki Psychotherapy Study” (Hannula et al. 1999). Diese vergleicht bei

390 Patienten 4 Therapieformen: Problemlösetherapie, hochfrequente Psychoanalyse, psychodynamische Kurzzeittherapie und psychodynamische Psychotherapie. Zwar wurden in die gegenwärtig laufende Untersuchung keine Patienten mit eigentlicher Borderline-Persönlichkeitsstörung einbezogen, wohl aber werden Patienten mit "höherer Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau" (d.h. ich-strukturellen Störungsanteilen) untersucht. Ähnliches gilt für die schwedische Untersuchung von Sandell et al. (1997; 1998), die auch Lang und Kurzzeittherapie von unterschiedlicher Intensität vergleicht. Erst solche Studien werden praxis-relevante Anhaltspunkte liefern können.

Viele Elemente einer EST weist auch der supportiv psychodynamische Ansatz von Piper et al. (1993; 1996) auf. Die Autoren haben in Edmonton ein subtiles Netz von mehr oder weniger intensiven tagesklinischen Übergangssystemen aufgebaut. Die rein gruppentherapeutische Behandlung dauerten insgesamt 18 Wochen und bestanden aus 3 Phasen. Die Ergebnisse scheinen hoffnungsvoll zu sein.

Manualisierung

1984 eröffneten drei Manuale eine neue Ära der Therapieforschung (Kächele 1986): Luborsky, Binder & Strupp, Klermann et al.); erst in jüngster Zeit wurden zwei Manuale im Borderline-Bereich (Linehan, 1993a+b; Clarkin et al., 1999) vorgelegt. Allerdings ist 'Manualisierung' nicht gleich 'Manualisierung'. Linehan (1997, p. 327) unterscheidet von der Konzeption her so mindestens 3 Arten von Manualen.

Testverfahren

Bei der Borderline-Störung wird zumeist der Erfolg auf der Ebene der Krankheitssymptomatik (Selbstverletzung, Depressivität), z.T. auch auf der Ebene der Krankheitsfolgen (etwa Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Dienste, Arbeitsunfähigkeit) und am seltensten auf der Ebene der Krankheitsursachen (Neuropsychologische Befunde, "Strukturmessung") gemessen. Grundsätzlich sollte Therapieerfolg durch verschiedene Kriterien erhoben werden (Henry, 1997).

Wenig durchgesetzt haben sich bislang Ergebnis-kriterien wie "Wohlbefinden" u.ä. im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, obwohl entsprechende Instrumenten (z.T. aus der medizinischen Psychologie stammend) vorlägen (Stewart & Ware, 1992).

Die speziellen Anforderungen und Probleme von Testbatterien zum Erfassen der Veränderungen bei Persönlichkeitsstörungen haben Turner (1997) und Henry (1997) beleuchtet. Insgesamt ist es, wegen der konzeptuellen Unterschiedlichkeit, sinnvoll Borderline-Patienten in Psychotherapiestudien nach verschiedenen Methoden zu diagnostizieren (Kernberg et al., 1981).

Erwähnen sollte man, daß die 9 DSM-IV-Kriterien selbst auch als Ergebnis-Faktoren verwendet werden können. Erfolgreich behandelte Borderline-Patienten (oder im Langzeit-Follow-up) verlieren gar nicht mal so selten einzelne Kriterien (bis manche symptomatologisch gesprochen gar keine Borderline-Patienten mehr sind). Die unkontrollierte Studie von de Grooth (1993) ohne näher bezeichnete Anzahl der untersuchten Patienten gehört ebenfalls zu den Studien, die den Rückgang der kategorialen

Störungsfaktoren selbst als Maß für den Therapieerfolg nahmen (zur Stabilität der Diagnose, Links et al., 1993).

Kontrollgruppenproblem

Auf das Problem der Randomisierung in Psychotherapiestudien soll hier nicht eingegangen werden (Krauthauser & Bassler, 1997; McKay et al., 1995; Schwartz et al., 1997). Lediglich das Konzept des “treatment as usual” als Kontrollgruppe soll näher dargestellt werden.

Treatment as usual:

In verschiedenen Studien wurde TAU (‘treatment as usual’) als Kontrollgruppe verwendet. Wegen ihres sehr naturalistischen Aspektes ist TAU eigentlich eine höchst interessante Kontrollgruppe (verglichen etwa mit Wartelistengruppe etc.). Dabei sind jedoch leider kaum Versuche unternommen worden, TAU zu definieren oder wenigstens deskriptiv zu beschreiben (“they benefitted for day centres, polypharmacy, community support, outpatient services and occasional inpatient services...”). Zumindest sollten, wie in der Linehan-Studie nicht geschehen, Dauer der therapeutischen Erfahrung der Therapeuten, Behandlungsfrequenz u.ä. erfaßt werden, wenn TAU verwendet werden soll. Die Studie von Persons et al. (1988) ist auch deshalb wichtig, weil sie den Erfolg von kognitiver Therapie in einem naturalistischen “treatment as usual” Setting (Praxen von Niedergelassen) untersuchte.

Grundlagen-orientierte Beurteilung

Fonagy et al. (1995) untersuchten 35 (von 85 Patienten, bei denen insgesamt durch ein Adult Attachment Interview nach Main, der Bindungsstil erhoben wurde) in der Londoner ‘Cassell Hospital Study’ nach einem Jahr intensiver stationärer Psychotherapie. Die Therapie umfaßte natürlich nicht nur Einzelbehandlung, sondern auch andere Komponenten, die nicht separat untersucht wurden. 40% der Patienten, die am Anfang einen unsicheren Bindungsstil gezeigt hatten, zeigten bei Klinikentlassung einen inzwischen sicher-autonomen Bindungsstil (Fonagy, 1995).

Neben dem Attachment könnten aber auch andere Konzepte von Bedeutung sein. Schleffer et al. (1989) fanden etwa für die “Core Conflictual Relationship Themes (CCRT, dt. ZKBT) nach Luborsky typische Muster (etwa die häufigsten Wünsche “Konflikte vermeiden” und “anderen nahe sein” etc.) die auch als Indikator für Therapieerfolg verwendet werden könnten.

Wenig aufgegriffene Probleme

1. Das Problem von Patienten mit zahlreichen Therapieversuchen in der Vergangenheit, die an der dysfunktionalen Symptomatik kaum etwas änderten, ist ebenfalls empirisch noch nicht aufgegriffen worden.

2. Weiter muß davon ausgegangen werden, daß die kränksten Patientinnen (d.h. die hochdissoziativen, die mit Komorbidität einer schizotypen oder antisozialen PS oder stärkster Identitätsdiffusion) z.T. noch immer in sozialpsychiatrischen Einrichtungen (Werkstätten, Beratungsstellen, Langzeitstationen) eingebunden sind und kaum eine adäquate Einzeltherapie erhalten. Auch für diese Patientengruppe müßten Therapien angeboten werden, die stärker Rehabilitationsaspekte umfassen sollten.
3. Schließlich fehlen Multizenterstudien völlig.

Resultate der empirischen Forschung von Persönlichkeitsstörungen

Nach Roth und Fonagy (1996) lassen sich die wichtigsten Befunde zur empirischen Forschung wie folgt zusammenfassen:

1. Patienten mit chronischer Depressivität, geringer Impulsivität, guter sozialer Unterstützung und Offenheit für psychologische Zusammenhänge (psychological-mindedness) profitieren am meisten von expressiven (psychodynamischen) Therapie.
2. Bei Patienten unter 30 Jahren stellt die Suizidalität das größte Risiko dar und sollte daher ein wesentliches Ziel der Therapie sein.
3. Psychotherapie scheint bei den weniger schwer kranken Borderline-Patienten besser zu wirken als bei den kränkeren.
4. Ein stationärer Aufenthalt vor der ambulanten Psychotherapie verbessert die Erfolgsaussichten der letzteren deutlich.
5. Patienten mit Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle, wie man sie häufig bei DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen des B-Clusters findet, können von einer mit den "Grenzen" arbeitenden Gruppe profitieren.
6. Bei Patienten mit Substanzmißbrauch oder -abhängigkeit erscheint eine suchtspezifische Vorgehensweise im Vorfeld der weiteren Behandlung der Persönlichkeitsstörung erfolgsversprechender zu sein.

Weitere Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

7. Roth und Fonagy (1996) betonen zurecht, daß besonders bei Persönlichkeitsstörungen der Effekt von Psychotherapie nur durch ein außerordentlich langes Follow-up aussagekräftig untersucht werden kann. Die in der Forschung häufig angewandten kürzeren Untersuchungszeiträume sind besonders bei Persönlichkeitsstörungen - etwa was die Punkte Suizidalität und das manchmal schnelle "Verschwinden" der kategorialen Diagnose-Kriterien angeht (was zu voreiligen positiven Schlüssen verführen kann), oft kaum aussagekräftig. Andererseits stellt sich bei Langzeituntersuchungen die Frage nach den kaum mehr zu kontrollierenden anderen "Einflußvariablen" (Partnerschaften etc.) neben der eigentlichen Psychotherapie.

8. Als gesichert gilt, daß spezifischere Therapien, und selbst solche, die nur einige störungs-spezifische Elemente in die Gesamttherapie einbauen (Horwitz et al., 1996; Dammann et al., 1999) völlig störungs-unspezifischen Therapien gegenüber überlegen sind.
9. Der Abbruch erfolgt meist in den ersten 3 Monaten und sollte in dieser Zeit zum Thema der beginnenden Behandlung gemacht werden.
10. Drop-out scheint mit Patienten und Therapeutenvariablen zusammenzuhängen
11. Manche Patienten profitieren kaum von angebotenen Therapien und sollten im Vorfeld frühzeitig identifiziert werden (Hostility hoch, antisoziale Züge) um ihnen zunächst ein anderes Angebot zu unterbreiten (Motivationstraining, sozialpsychiatrische Betreuung).
12. Die soziale Situation und das Vorhandensein einer Partnerschaft bzw. das Nicht-Allein sein sind (auch prognostisch) wichtige Punkte und sollten beachtet werden.
13. "Aging-out" bei der Borderline-Störung (d.h. oft deutliche Verbesserung in ca. 2/3 der Fälle nach dem 40-45 Lebensjahr).
14. Ein Ergebnis der Forschung ist die Tatsache, daß äußere soziale Strukturierung Therapiefortsetzungen begünstigt (Clarkin et al., 1992) und (teil)-intakte soziale Funktionsfähigkeit (Arbeitsplatz etc.) den Langzeitverlauf bessert (McGlashan, 1986). Waldinger (1992) fordert deshalb eine "multimodale", McGlashan (1993) eine "intermittent, continuous and eclectic" Vorgehensweise, die zwischen strukturierter Standardisierung und therapeutischer Flexibilität balancieren sollte (Shea, 1992). Solche Strategien führten zu Erfolgsverbesserungen (Linehan et al., 1991; Clarkin et al., 1992).

Interludium II: Ein generisches Modell

Eine vereinfachende Zusammenfassung der Befundlage der bisherigen Verlauf-Ergebnis-Forschung führte zu einem sog. 'generischen Modell' psychotherapeutischer Beeinflussung. Psychotherapie findet in einem gesellschaftlichen Kontext statt. Die Behandlung wird zwischen den direkt beteiligten Parteien - Patient und Therapeut - vereinbart, wobei oft weitere Parteien wie z.B. Partner, Familien, Kliniken oder Kranken- bzw. Rentenversicherungen indirekt Einfluß nehmen. Der Kontext, in dem psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden, ist bestimmt durch die theoretische Orientierung des Therapeuten, durch die gesellschaftlichen Normen über Gesundheit und Krankheit, sowie die sozialpolitischen (z.B. Regelung der Kostenübernahme) und organisatorischen (z.B. stationäre und ambulante Psychotherapie) Strukturen des therapeutischen Versorgungssystem. Patient und Therapeut vereinbaren - meist implizit - in diesem allgemeinen Kontext ihr therapeutisches Vorgehen. Persönliche Merkmale von Therapeut und Patient prägen die Qualität der therapeutischen Beziehung. Eine positive therapeutische Beziehung hilft dem Patienten, den Glauben an sich selbst wiederzufinden ("Remoralisierung"); das schafft die Basis, auf der therapeutische Interventionen wirksam werden können. Therapeutische Interventionen verändern die Offenheit ("self-relatedness") des Patienten. Positive Wirkungen in einer Sitzung wie z.B. durch Katharsis oder spezifische Einsichten führen zu

Mikroergebnissen im Befinden des Patienten. Diese wiederum wirken auf die therapeutische Beziehung zurück. Auf diese Weise verbessern sich die Voraussetzungen für weitere positive therapeutische Veränderungen (Natürlich gilt auch die umgekehrte Richtung: negative Wirkungen in der Sitzung wie z.B. uneinfühlsames oder abweisendes Verhalten des Therapeuten schwächen die therapeutische Beziehung, sie verstärken die defensive Haltung des Patienten und reduzieren so die Chancen therapeutischer Interventionen). Das hier skizzierte komplexe Gefüge beschreibt den psychotherapeutischen Prozeß als ein rückgekoppeltes System. Das Ergebnis einer Sitzung beeinflußt den Verlauf und damit das Ergebnis weiterer Sitzungen (Nothing succeeds like success!). Daß gerade auch die Borderline-Therapie Phasen unterliegt haben Gunderson, Sabo & Najavits (1993) herausgearbeitet. Schließlich kehrt das Generische Modell zur Makro-Perspektive zurück und fragt, wie aus den vielen Mikro-Ergebnissen, aus dem Auf und Ab im Verlauf einer realen Psychotherapie, sich das Gesamtergebnis der Behandlung ergibt. Die Mikro-Ebene wird in der Prozeßforschung untersucht.

Traditionell hat die Evaluationsforschung die Behandlungsergebnisse zum Gegenstand. Prozeß-Ergebnis-Forschung verbindet beide Perspektiven. Eines der Schlüsselprobleme zum Verständnis der Wirksamkeit einer Psychotherapie ist die Frage, wie Mikro-Ergebnisse in Makro-Ergebnisse übergehen. Für dieses Problem gibt es derzeit kein schlüssiges Modell und allenfalls spärliche Daten. Bekannt und durch eine Vielzahl von Studien empirisch gestützt ist, daß die Erfolgsaussichten mit der Dauer der Therapie und der Gesamtzahl der Therapiesitzungen positiv assoziiert sind (Orlinsky & Howard 1986; Kordy et al. 1988; Weber et al. 1985). Dies spricht dafür, daß Mikro-Ergebnisse in irgendeinerweise zu Makro-Ergebnissen akkumulieren. Ob diese Akkumulation einer einfachen Addition entspricht oder ein komplexeres Modell konstruiert werden muß, ist derzeit offen. Erste Annäherungen an dieses Problem sind Dosis-Wirkungsmodelle (Howard et al., 1986, Kordy et al., 1988). Für die Borderline-Störung hat dieses Modell deutlich gemacht, dass beim Vergleich von drei Symptomgruppen - Angst, Depression und Borderline- die Borderline-Störungen weitaus mehr an Dosis zu benötigen scheinen, um eine symptomatische Besserung zu erzielen.. Die Dosis-Wirkungs-Metapher ist allerdings nicht unproblematisch für die Psychotherapie, worauf u.a. Stiles & Shapiro (1989) hingewiesen haben.

Diskussion, Fazit und Ausblick

Gerade weil diese Darstellung der empirischen Befunde zur Psychotherapie der Borderline-Störung stark "ansatz-zentriert" vorging, soll nicht unerwähnt bleiben, daß neuere Befunde relativierende Hinweise auf die Bedeutung der ursprünglichen theoretischen Orientierung (besonders bei erfahrenen Therapeuten) liefern (Goldfried et al., 1998).

Es war die Unzufriedenheit von Therapeuten (und letztlich auch von Patienten) mit den herkömmlichen therapeutischen Vorgehensweisen, die zur Entwicklung neuer, überprüfbarer ambulanter Therapieansätze geführt hat. Es wird jetzt darum gehen, durch Therapiestudien auch andere wichtige Bereiche (Psychiatrische Kliniken, Therapeutische Wohngemeinschaften, Rehabilitationsmaßnahmen etc.) zu evaluieren.

Festzustehen scheint eines, eine wachsende Zahl von Therapieansätzen beschäftigen sich mit dem Borderline-Störungsbild:

- Langzeit ambulante analytische Psychotherapie (Gunderson 1992)

- Langzeit ambulante supportive Psychotherapie (Adler, 1985)
- ‘Transference focused Psychotherapy’ (Kernberg et al., 1989; Clarkin et al., 1999)
- Psychoanalyse (Abend et al., 1983)
- kognitiv-behaviorale Therapie (z.B. DBT nach Linehan, 1993a)
- Relationship Management Therapy ‘RMP’ (Dawson & Macmillan, 1993; Munroe-Blum, 1992)
- Interpersonelle Therapien (Benjamin, 1993)
- Kurzzeit Hospitalisierung
- Langzeit Hospitalisierung (Adler, 1973; Dulz & Schneider, 1995)
- Tagesklinische Behandlung (Mehlum 1991)
- Individualisierte psychopharmakologische Behandlung (Dulz 1994)

Die lapidare Feststellung von Rohde-Dachser (1989), die modifizierte psychoanalytische Therapie sei die Therapie der Wahl, dürfte sich kaum als evidenz-basierte Feststellung erweisen. Erstaunlich genug auch, daß in den in Deutschland am meisten verbreiteten Werken zur Borderline-Thematik kaum systematische Bewertungen der psychoanalytisch-orientierten therapeutischen Bemühungen finden.

Die Vielzahl der verschiedenen Therapieansätze wirft auch in diesem Gebiet die Frage auf, wie findet man für den jeweiligen Patienten und die jeweilige Patientin das passende therapeutische Angebot. In der jüngsten Zeit ist ein Trend zu eher supportiven Ansätzen zu beobachten. Wichtig waren insbesondere dabei die Arbeiten von Eckert, von Stevenson & Meares, Mehlum et al., Dolan et al. (zur ‘therapeutic community treatment’) sowie von Tucker et al. (zur Langzeithospitalisation). Ob sich die expressiv-konfrontative Methode in der jüngsten Version von Clarkin et al (1998) halten wird, bleibt abzuwarten.

Trotz der inzwischen vorliegenden Vielzahl von Studien und Befunden wird deutlich, daß nach wie vor ein Mangel an wissenschaftlich hochwertigen Arbeiten zur psychotherapeutischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht. Eine Feststellung, die im übrigen auch für psychopharmakotherapeutische Behandlungsstudien und grundlagenorientierte Arbeiten gelten muß. Lediglich der epidemiologische Bereich (Häufigkeiten, Komorbiditäten, Verlauf etc.) erscheint inzwischen ausreichend bearbeitet.

Für die Borderline-Störung bleibt bis heute unklar, ob sich eine Überlegenheit einer Methode (wie z.B. der Verhaltenstherapie bei der Zwangsstörung) oder eher eine ‘Unerheblichkeit’ - wie tendenziell bei der Depression zu finden (Elkin et al. 1989) - abzeichnen wird.

Insgesamt gibt es auch zuwenige Studien, die unterscheiden, ob es sich bei Erfolgen in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen um Psychotherapieeffekte oder um die Wirksamkeit anderer Faktoren handelt. Beispielsweise zeigten Woody et al. (1985) beim Vergleich einer kognitiv-behavioralen Therapie und der supportiv-expressiven Therapie nach Luborsky bei opiatabhängigen Patienten in einem Methadonprogramm, daß weit entscheidender als die gewählte Therapieform etwa die Frage war, ob antisoziale Persönlichkeitsstörung mit einer Depression einherging (was in diesem Fall “positiv”war) oder nicht. Zwar hat die Aussage, daß das Vorhandensein einer Achse-II-Persönlichkeitsstörung mit generell schlechterem outcome verbunden ist, noch immer überwiegend Bestand, allerdings wird auf einer Prozeßebene dieser Zusammenhang differenzierter gesehen und etwa in Beziehung zur akuten Belastung untersucht (Kolden & Klein, 1996).

Es fehlen praktisch völlig Studien, die die Kosten im Gesundheitssystem bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als längerfristig wichtige Variable berücksichtigen, wenn man von der indirekten Einschätzung dieses Punktes über die Dauer der Therapien und Hospitalisationen der verschiedenen Studien absieht (Casey & Tyrer, 1990; Perry et al., 1987).

Ohne Frage sind weitere kontrollierte Studien notwendig; trotzdem sollte man die notwendige Unterscheidung von Wirkungsforschung und Anwendungsforschung (Kordy & Kächele, 1996) im Auge behalten. Die Untersuchung komplexer institutionalisierter Klinik- und Poliklinikprogramme erfordert (bundesweite) Feldstudien, um die klinische Komplexität der Behandlungsangebote abschätzen zu können.

Die behandlungs-relevanten Ergebnisse einer fünfjährigen BMFT-Studie, bei der 1200 Behandlungen bundesweit prospektiv mit einer Katamnese von 2,5 Jahren verfolgt werden konnten, bestehen in Empfehlungen, keine überlangen stationären Behandlungen durchzuführen. (Kächele, 1992; 1999).

Ein Team von Borderline-Spezialisten sollte zusammen mit einem Team von Therapieforschern den Versuch wagen, auch eine solche multizentrische Studie für die Untersuchung der Versorgungsrealität von Borderline-Patienten im Interesse dieser und ihrer Behandler durchzuführen.

Roth und Fonagy (1996) betonen zurecht, daß besonders bei Persönlichkeitsstörungen der Effekt von Psychotherapie nur durch ein außerordentlich langes Follow-up aussagekräftig untersucht werden kann. Die in der Psychotherapieforschung häufig angewandten kürzeren Untersuchungszeiträume sind besonders bei Persönlichkeitsstörungen - etwa was die Punkte Suizidalität und das manchmal schnelle "Verschwinden" der kategorialen Diagnose-Kriterien angeht (was zu voreiligen positiven Schlüssen verführen kann), oft kaum aussagekräftig. Andererseits stellt sich bei Langzeituntersuchungen die Frage nach den kaum mehr zu kontrollierenden anderen "Einflußvariablen" (Partnerschaften etc.) neben der eigentlichen Psychotherapie.

Vorsichtig formuliert kann heute folgendes Fazit gegeben werden. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen stellen sehr wohl eine gut zu behandelnde Gruppe dar. Dabei beginnt sich zunehmend ein einheitliches, auf empirischen Grundlagen basierendes, Therapierationale für die Settingbedingungen der Therapie (Therapievertrag, Umgang mit suizidalem Agieren etc.) abzuzeichnen. Dennoch sind viele Fragen offen: Hängt die zu wählende Behandlungsform vom bisherigen Verlauf der Störung oder vom bereits erreichten Chronifizierungsgrad ab, oder sind letztlich Aspekte der prämorbidem Persönlichkeit (Struktur u.ä.) entscheidend? Gibt es Kriterien zur differentiellen Indikation? Welche Rolle spielen Komorbiditäten? Wann und in welcher Form sind spezielle Interventionen zur Motivierung eines Patienten erforderlich, um überhaupt die Anfangsbedingungen für eine erfolgsversprechende Behandlung zu erreichen? Welches sind die wesentlichen wirksamen Therapieelemente bei Borderlinestörungen (supportive versus konfrontative etc.)? Schließlich, gilt es auch die Behauptung von A. Frances (1981), der für manche Borderline-Patienten postulierte "no treatment is the best treatment", zu überprüfen. Gibt es diese Patienten tatsächlich? Und welches sind es?

Literatur

- Abend, S.; Porder, M.; Willick, M. (1983) *Borderline Patients: Psychoanalytic Perspectives*, International Universities Press, New York
- Adler, G. (1973) Hospital treatment of borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 130, 32-35
- Adler, G. (1985) *Borderline Psychopathology and its treatment*, Jason Aronson, New York
- Alarcon, R.D.; Leetz, K.L. (1998) Cultural intersections in the psychotherapy of borderline personality disorder, *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 176-190
- Alfonso-Suarez, S.; Fernandez-Vega, F. (1992) Personality disorders in patients with panic disorder, *Actas Luso Espanolas Neurologica, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 20(6), 241-245
- Andreoli, A.; Gressot, G.; Aapro, N.; Tricot, L.; Gognalons, M. (1989) Personality disorders as a predictor of outcomes, *Journal of Personality Disorders*, 3, 307-320
- Antikainen, R.; Hintikka, J.; Lehtonen, J.; Koponen, H.; Arstila, A. (1995) A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 327-335
- Arntz, A. (1994) Treatment of borderline personality disorder. A challenge for cognitive-behavioural therapy, *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419-430
- Aronson, T.A. (1989) A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality: historical trends and future directions, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 511-528
- Barley, W.; Buie, S.; Peterson, E.; Hollingsworth, A.; Griva, M.; Hickerson, S.; Lawson, J.; Bailey, B. (1993) Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 232-240
- Barrasch, A.; Frances, A.; Hurt, S.; Clarkin, J.; Cohen, S. (1995) Stability and distinctness of borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, 1484-1486
- Beatson, J.A. (1995) Long-term psychotherapy in borderline and narcissistic disorders: when is it necessary? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(4), 591-597
- Beck, A.T.; Freeman, A. & Associates (1990; dt. 1993) *Cognitive therapy of personality disorders*, Guilford, New York
- Benjamin, L.S. (1993) *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, Guilford, New York
- Benjamin, L.S. (1997) Personality disorders: Models for treatment and strategies for treatment development, *Journal of Personality Disorders*, 11, 307-324
- Bohus, M.; Swenson, C.; Sender, I.; Kern, I.; Berger, M. (1996) Die Anwendung der "Dialektisch-Behavioralen Therapie" für Borderline-Störungen im stationären Bereich, *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 1(1), 32-43
- Brede, K. (1983) Psychoanalyse zwischen Therapie und Wissenschaft, In: H.-M. Lohmann (Hrsg.) *Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift*, Quamran, Frankfurt a. M., pp. 93-103
- Bronisch, T. (1996) The typology of personality disorders - diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior, *Crisis*, 17(2), 55-58
- Breslow, R.E.; Klinger, B.I. & Erickson, B.J. (1993) Crisis hospitalization on a psychiatric emergency service, *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 307-315
- Buchheim, P.; Dammann, G. (1997) Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie psychischer Störungen - Wandel und neue Perspektiven in Klinik und Forschung, In: P. Buchheim (Ed.) *Psychotherapie und Psychopharmaka. Störungsorientierte Behandlungsansätze - kombinierte Therapie*, Schattauer, Stuttgart, pp. 1-29
- Budman, S. (1993) Outcome in group therapy for patients with personality disorders: First facts, Paper presented at the Third International Conference of the International Society for the Study of the Personality Disorders, Cambridge, MA

- Burns, D.D.; Nolen-Hoeksema, S. (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60(3), 441-449
- Casey, P.R.; Tyrer, P. (1990) Personality disorder and psychiatric illness in general practice, *British Journal of Psychiatry*, 156, 261-265
- Cierpka, M. (1998) Patienten mit Borderline-Störungen und ihre Familien, *Persönlichkeitsstörungen*, 2(1), 22-31
- Clarkin, J.F.; Widiger, T.; Frances, A.; Hurt, S.W.; Gilmore, M. (1983) Prototypic typology and the borderline personality disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275
- Clarkin, J.F.; Friedman, R.C.; Hurt, S.W.; Corn, R.; Aronoff, M. (1984) Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatients, *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 19-22
- Clarkin, J.F.; Koenigsberg, H.; Yeomans, F.; Selzer, M.; Kernberg, P.; Kernberg, O.F. (1992) Psychodynamic Psychotherapy of the Borderline Patient, In: J.F. Clarkin, E. Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder. Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 268-287
- Clarkin, J.F.; Hull, J.W.; Cantor, J.; Sanderson, C. (1993) Borderline personality disorder and personality traits: A comparison of SCID-II BPD and NEO-PI, *Psychological Assessment*, 5(4), 472-476
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F.; Kernberg, O.F. (1999) *Psychotherapy for Borderline Personality*, John Wiley, New York
- Coccaro, E.F. (1993) Psychopharmacologic studies in patients with personality disorders: Review and perspective, *Journal of Personality Disorders*, 7, 181-192
- Conte, H.R.; Plutchik, K.; Karasu, T.B.; Jerrett, I. (1980) A self-report borderline-scale. Discriminative validity and preliminary norms, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 428-435
- Copas, J.B.; O'Brien, M.; Roberts, J.C. et al. (1984) Treatment outcome in personality disorder: The effect of social, psychological and behavioural variables, *Personality and Individual Differences*, 5, 565-573
- Crown, S.D. (1988) Supportive psychotherapy: a contradiction in terms? *British Journal of Psychiatry*, 152, 266-269
- Dammann, G.; Rutzmoser, E.; Lohmer, M.; Mestel, R.; Henrich, G.; Huber, D.; Ladwig, K.H. & von Rad, M. (1999) A Catamnestic Evaluation and Comparison of two In-Patient-Settings for Patients with Borderline Personality Disorder: An unspecific psychodynamic setting versus a setting with disorder-specific modifications, in *Vorbereitung*
- Dawson, D.L.; Macmillan, H.L. (1993) *Relationship management of the borderline patient: From understanding to treatment*, Brunner/Mazel, New York
- Dolan, B.M.; Evans, C.; Wilson, J. (1992) Therapeutic community treatment for personality disordered adults: Changes in neurotic symptomatology on follow-up, *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 243-250
- Dolan, B.; Warren, F.; Norton, K. (1997) Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 171, 274-279
- Dulz, B. (1994) Pharmakotherapie bei Borderlinestörungen. Eine Literaturübersicht, *Nervenarzt*, 65, 755-761
- Dulz, B.; Schneider, A. (1995) *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*, Schattauer, Stuttgart
- Eckert, J.; Wuchner, M. (1996) Long-Term Development of Borderline Personality Disorder, In: R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid, R. Stipsits (Eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion*, Peter Lang, Frankfurt a. M., pp. 213-233
- Elkin, I.; Shea, M.T.; Watkins, J.T. et al. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatment, *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982
- Fleming, B. & Pretzer, J. (1990) Cognitive-behavioral approaches to personality disorders, in : M. Hersen (Ed.) *Advances in behavior therapy*, Sage, Newbury Park, pp. 119-151
- Foa, E.B.; Hearst-Ikeda, D.; Perry, K. (1995) Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63, 948-955

- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R.; Mattoon, G.; Target, M. (1995) Attachment, the Reflective Self, and Borderline States: The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological emotional Development, In: S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (Eds.) *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 233-278
- Frances, A.; Clarkin, J.F. (1981) No treatment as the treatment of choice, *Archives of General Psychiatry*, 38, 542-545
- Frances, A.; Clarkin, J.F.; Gilmore, M.; Hurt, S.W.; Brown, R. (1984) Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients, *American Journal of Psychiatry*, 141(9), 1080-1084
- Frank, A.F. (1992) The therapeutic alliances of borderline patients, In: J.F. Clarkin, E. Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder. Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 220-247
- Freeman, A. (1988) Cognitive therapy of personality disorders, in: A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, H. Arkowitz (Eds.) *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Plenum, New York
- Friedman, R.C.; Aronoff, M.; Clarkin, J.F.; Corn, R.; Hurt, S.W. (1983) History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients, *American Journal of Psychiatry*, 140, 1023-1026
- Fyer, M.R.; Frances, A.J.; Sullivan, T.; Hurt, S.W.; Clarkin, J.F. (1988) Suicide attempts in patient with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 145, 737-739
- Gabbard, G.O.; Horwitz, L.; Frieswyk, S.H.; Allen, J.G.; Colson, D.B.; Newsom, G.E.; Coyne, L. (1988) The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 697-727
- Gabbard, G.O.; Lazar, S.G.; Hornberger, J.; Spiegel, D. (1997) The economic impact of psychotherapy: a review, *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 147-155
- Gasperini, M.; Provenza, M.; Ronchi, P.; Scherillo, P.; Bellodi, L.; Smeraldi, E. (1989) Cognitive processes and personality disorders in affective patients, *Journal of Personality Disorders*, 3, 63-71
- Goldberg, S.C.; Schulz, C.; Schulz, P.M.; Resnick, R.J.; Hamer, R.M.; Friedel, R.O. (1986) Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thithixene vs. placebo, *Archives of General Psychiatry*, 43, 680-686
- Goldfried, M.R.; Raue, P.J.; Castonguay, L.G. (1998) The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 803-810
- Grooth de, M. (1993) Personality change during drug abuse treatment, Paper presented at the Third International Conference of the International Society for the Study of the Personality Disorders, Cambridge, MA
- Gunderson, J.G. (1992) Studies of Borderline Patients in Psychotherapy, In: D. Silver; M. Rosenbluth (Eds.) *Handbook of Borderline Disorders*, International Universities Press, Madison, pp.291-305
- Gunderson, J.G.; Chu, J.A. (1993) Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder, *Harvard Review of Psychiatry*, 1(2), 75-81
- Gunderson, J.G.; Kolb, J.E. & Austin, V. (1981) The Diagnostic Interview for Borderline Patients, *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903
- Gunderson, J.G.; Frank, A.F.; Ronnigstam, E.F.; Wachter, S.; Lynch, V.J. & Wolf, P.J. (1989) Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42
- Gunderson, J.G.; Sabo, A.N. & Najavits, L.M. (1993) Stages of change in psychotherapy of borderline patients, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 64-71
- Gunderson, J.G.; Najaavits, L.M.; Leonhard, C.; Sullivan, C.N.; Sabo, A.N. (1997a) Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients, *Psychotherapy Research*, 7(3), 301-309
- Gunderson, J.G.; Berkowitz, C.; Ruiz-Sancho, A. (1997b) Families of borderline patients: a psychoeducational approach, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(4), 446-457
- Hampton, M.C. (1997) Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder, *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(2), 96-101

- Heim E. (1980): "Stütztherapie" - neu entdeckt? Plädoyer für adaptive Psychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol*
- Hengeveld, M.W.; Jonker, D.J.; Rooijmans, H.G. (1996) A pilot study of a short cognitive-behavioral group treatment for female recurrent suicide attempters, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(1), 83-91
- Henry, W.P. (1997) Conceptual Issues in Measuring Personality Disorder Change, In: H.H. Strupp, L.M. Horowitz, M.J. Lambert (Eds.) *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders: Toward a Core Battery*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 461-488
- Henry, W.P. (1998) Science, Politics, and the Politics of science: the use and misuse of empirically validated treatment research, *Psychotherapy Research*, 8(2), 126-140
- Henry, W.P.; Strupp, H.H.; Schacht, T.E.; Gaston, L. (1994) Psychodynamic Approaches, In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th Edition, John Wiley, New York, pp. 467-508
- Hobson, R.P.; Patrick, M.P.H.; Valentine, J.D. (1998) Objectivity in psychoanalytic judgements, *British Journal of Psychiatry*, 173, 172-177
- Høgland, P. (1993) Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy, *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 168-181
- Høgland, P. (1996) Analysis of transference in patients with personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 10(2), 122-131
- Hollon, S.D.; Beck, A.T. (1994) Cognitive and Cognitive-behavioral therapies, In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*, John Wiley & Sons, New York, pp. 428-466
- Horwitz, L. (1974) *Clinical Prediction in Psychotherapy*, Jason Aronson, New York
- Horwitz, M.; Gabbard, G.O.; Allan, J.G.; Frieswyk, S.; Colson, D.; Newsom, G. & Coyne, L. (1996) *Borderline Personality Disorder: Tailoring the psychotherapy of the patients*, American Psychiatric Press, Washington
- Howard, H.I.; Kopta, S.M.; Krause, M.S.; Orlinsky, D.E. (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy, *American Psychologist*, 41, 159-164
- Hull, J.W.; Clarkin, J.F.; Kakuma, T. (1993) Treatment response of borderline inpatients: a growth curve analysis, *Journal Nervous and Mental Disorder*, 181, 503-509
- Hurt, S.W.; Hyler, S.; Frances, A.; Clarkin, J.F.; Brent, R. (1984) Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview, *American Journal of Psychiatry*, 141(10), 1228-1231
- Hurt, S.; Clarkin, J.F.; Frances, A.; Abrams, R.; Hunt, H. (1985) Discriminate validity of the MMPI for borderline personality disorder, *Journal of Personality Assessment*, 49, 56-61
- Hurt, S.; Clarkin, J.F.; Koenigsberg, H.W.; Frances, A.; Nurnberg, N. (1986) The Diagnostic Interview for Borderlines: Psychometric properties and validity, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 256-260
- Hurt, S.W.; Clarkin, J.F. (1990) Borderline personality disorder: Prototypic typology and the development of treatment manuals, *Psychiatric Annals*, 20(1), 1-6
- Kächele H (1986) Aktuelle Trends der Ergebnisforschung in der Psychotherapie und deren Bedeutung für die Psychosomatik. *Psychother Med Psychol* 36:307-312
- Kächele, H. (1992) Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen", *Psychotherapie, Psychosomatik und Med. Psychologie, Disk Journal* 3, 1-33
- Kächele H, MZ-ESS (1999) Eine multizentrische Studie zur psychodynamischen Behandlung von Eßstörungen: Planung, Durchführung und erste Ergebnisse. *PPmP Psychother. Psychosom med Psychol* 50:im Druck
- Karterud, S.; Vaglum, S.; Friis, S.; Irion, T. (1992) Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: An empirical evaluation of the containment function, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(4), 238-243
- Kehrer, C.A.; Linehan, M.M. (1996) Interpersonal and emotional problem solving skills and parasuicide among women with borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 10(2), 153-163
- Kellner, R. (1986) Personality disorders, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46, 58-66

- Kelstrup, A.; Lund, K.; Lauritsen, B.; Bech, P. (1993) Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. Relationship to diagnosis and medical treatment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 374-379
- Kernberg, O.F. (1982) Supportive psychotherapy with borderline conditions, In: J.O. Caverer, H.K. Brodie (Eds.) *Critical problems in psychiatry*, Lippincott, Philadelphia
- Kernberg, O.F. (1996a) A psychoanalytic Model for the Classification of Personality Disorders, In: M. Ackenheil, B. Bondy, R. Engel, M. Ermann, N. Nedopil (Eds.) *Implications of Psychopharmacology to Psychiatry: Biological, Nosological, and Therapeutical Concepts*, Springer, Berlin, pp. 66-78
- Kernberg, O.F. (1996b) A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders, In: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (Eds.) *Major Theories of Personality Disorder*, Guilford, New York, pp. 106-140
- Kernberg, O.F. (1998) Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte für die Befunderhebung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen, In: H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka, P. Buchheim (Eds.) *OPD in der Praxis: Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Hans Huber, Bern, pp. 55-68
- Kernberg, O.F.; Burstein, E.D.; Coyne, L. et al. (1972) Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 3-275
- Kernberg, O.F., Goldstein, E.G.; Carr, A.C. et al. (1981) Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 225-231
- Kernberg, O.F.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.C.; Appelbaum, A.M. (1989) *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*, Basic Books, New York
- Kernberg, O.F.; Clarkin, J.F. (1993) Developing a disorder-specific manual: the treatment of borderline character disorder, In: N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, J.P. Docherty (Eds.) *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*, Basic Books, New York, pp. 227-244
- Klerman GK, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York
- Koenigsberg, H.W.; Kernberg, O.F.; Haas, G.; Lotterman, A.; Rockland, L.; Selzer, M. (1985) Development of a scale for measuring techniques in the psychotherapy of borderline patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 424-431
- Koenigsberg, H.W.; Kernberg, O.F.; Appelbaum, A. et al. (1993) A method for analyzing therapist interventions, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 119-134
- Kolden, G.K.; Klein, M.H. (1996) Therapeutic process in dynamic therapy for personality disorders: the joint influence of acute distress and dysfunction and severity of personality pathology, *Journal of Personality Disorders*, 10(2), 107-121
- Korchin, S.J. (1983) Nonspecific factors in psychotherapy, In: W.-R. Minzel, W. Herff (Eds.) *Methodology in Psychotherapy Research*, Peter Lang, Frankfurt, pp. 1-13
- Kordy, H.; Rad v., M.; Senf, W. (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(2), 212-222
- Kordy, H.; Kächele, H. (1996) Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik, In: R.H. Adler et al. (Hrsg.) *Thure von Uexküll: Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München, pp. 490-501
- Krauthauser, H.; Bassler, M. (1997) Das Problem der Randomisierung bei Psychotherapiestudien, *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 47, 279-284
- Kullgren, G.; Armelius, B.-è. (1990) The concept of personality organization: A long-term comparative follow-up study with special reference to borderline personality organization, *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 203-212
- Layden, M.A.; Newman, C.F.; Freeman, A.; Byers Morse, S. (1993) *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*, Allyn & Bacon, Boston
- Leichsenring, F. (1997) *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Manual*, Hogrefe, Göttingen
- Lieberman, R.P. & Eckman, T. (1981) Behavior therapy vs. insight-oriented therapy for repeated suicide attempters, *Archives of General Psychiatry*, 38, 1126-1130
- Linehan, M.M. (1987a) Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide, *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 328-333

- Linehan, M.M. (1987b) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder, theory and method, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261-276
- Linehan, M.M (1993a) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York
- Linehan, M.M. (1993b) *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, Guilford, New York
- Linehan, M.M. (1997) Theory and treatment development and evaluation: reflections on Benjamin's "models for treatment", *Journal of Personality Disorders*, 11(4), 325-335
- Linehan, M.M.; Armstrong, H.E.; Suarez, A.; Allmon, D.; Heard, H.L. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064
- Linehan, M.M.; Heard, H.L.; Armstrong, H.E. (1993) Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974
- Linehan, M.M.; Tutek, D.; Heard, H.; Armstrong, H. (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776
- Link P.S. (Hrsg) (1990): *Family environment and borderline personality disorder*. Washington. American Psychiatric Press
- Links, P.S.; Mitton, M.J.; Steiner, M. (1993) Stability of Personality Disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(4), 255-259
- Luborsky L., Strupp H. (1962): Research problems in psychotherapy; a three-year-follow-up. In: Strupp H.H.L., L (Hg) *Research in psychotherapy*. Washington DC, S 308-329
- Luborsky L. (1984): *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York; dt. 1988
- Luborsky, L.; Singer, B.; Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- Luborsky, L.; Diguer, L.; Luborsky, E.; Singer, B.; Dickter, D.; Schmidt, K. (1993) The efficacy of dynamic psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? In: N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, J.P. Docherty (Eds.) *Psychodynamic Treatment Research: A handbook for clinical Practice*, Basic Books, New York, pp. 497-516
- Maier W. et al. (1992) Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community, *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196
- Malon, D.W.; Berardi, D. (1987) Hypnosis with self-cutters, *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 531-541
- Marchand, A.; Wapler, M. (1993) Effect of personality disorders on response to cognitive behavioral therapy of panic disorder with agoraphobia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(3), 163-166
- Marziali, E. (1992) The Etiology of Borderline Personality Disorder: Developmental Factors. In: J.F. Clarkin, E. Munroe-Blum, P. Links (Eds.) (1994) *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 27-44
- Marziali, E. & Murnoe-Blum, H. (1994) *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*, Basic Books, New York
- Marziali, E.; Munroe-Blum, H.; McCleary, L. (1997) The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group, *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(4), 475-479
- Masterson, J.F.; Costello, J.L. (1980) *From borderline adolescent to functioning adult: the test of time*, Brunner/Mazel, New York
- Mays, D.T. (1985) Behavior therapy with borderline personality disorder: One clinician's perspective, In: D.T. Mays; C.M. Franks (Eds.) *Negative outcome in psychopathology and what to do about it*, Springer, New York
- McGlashan, T.H. (1986) The Chesnut Lodge follow-up study: III. Long-term outcome of borderline personality disorder, *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30
- McGlashan, T.H. (1993) Implications of Outcome Research for the Treatment of Borderline Personality Disorder, In: J. Paris (Ed.) *Borderline Personality Disorder: Etiology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington

- McKay, J.R. et al. (1995) Effect of random versus nonrandom assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 70-78
- McKeegan, G.; Geczy, B.; Donat, D. (1993) Applying behavioral methods in the inpatient setting: Patient with mixed borderline and dependent traits, *Psychological Rehabilitation Journal*, 16(3), 55-64
- Mehlum, L.; Friis, S.; Irion, T.; Johns, S.; Karterud, S.; Vaglum, P.; Vaglum, S. (1991) Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study, *Acta Psychiatr. Scand.*, 84, 72-77
- Modestin, J.; Villinger, C. (1989) Follow-up study on borderline versus non-borderline personality disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 30, 236-244
- Monsen, J.; Odland, T.; Faugli, A.; Daae, E. et al. (1995) Personality disorders and psychological changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of the treatment, *Scandinavian Journal of Psychology*, 36(3), 256-268
- Munroe-Blum, H. (1992) Group Treatment of Borderline Personality Disorder, In: J.F. Clarkin, E. Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder. Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 288-299.
- Munroe-Blum, H.; Marziali, E. (1988) Time-limited group psychotherapy for borderline patients, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 364-369
- Najavitis, L.M. & Gunderson, J.G. (1995) Better than expected: Improvements in borderline personality disorder in a three-year prospective outcome study, *Comprehensive Psychiatry*, 36, 1-9
- Nehls, N. (1991) Borderline personality disorder and group therapy, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(3), 137-146
- Nehls, N. (1992) Group therapy for people with borderline personality disorder: interventions associated with positive outcomes, *Issues in Mental Health Nursing*, 13(3), 255-269
- Norris, M. (1983) Changes in patients during treatment at Henderson Hospital therapeutic community during 1977-1981, *British Journal of Medical Psychology*, 56, 135-143
- Nurnberg, H.G.; Suh, R. (1982) Time-limited psychotherapy of the hospitalized borderline patient, *American Journal of Psychotherapy*, 36, 82-90
- O'Leary, K.M.; Cowdry, R.W.; Gardner, D.L.; Leibenluft, E.; Lucas, P.B. & deJong-Meyer, R. (1991) Dysfunctional attitudes in borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 5, 233-242
- Orlinsky, D.E.; Howard, K.I. (1986) The relation of process to outcome in psychotherapy, In: S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Outcome and Behavior Change*, 3rd Edn., Wiley, New York, pp. 311-381
- Paris, J. (1993) Management of acute and chronic suicidality in patients with borderline personality disorder, In: J. Paris (Ed.) *Borderline Personality Disorder. Etiology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 373-383
- Paris, J. (1997) Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite, *Santé Mentale au Québec*, 22(1), 16-29
- Paris, J.; Brown, R.; Nowlis, D. (1987) Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535
- Perry, J.C. (1993) Longitudinal studies of personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 7 (Supplement, Spring 1993), 63-85
- Perry, J.C.; Lavory, P.W.; Hoke, L. (1987) A Markov model for predicting levels of psychiatric service use in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder, *Journal of Psychiatric Research*, 21, 215-232
- Persons, J.B.; Burns, B.D.; Perloff, J.M. (1988) Predictors of drop-out and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting, *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575
- Pinsker, H.; Rosenthal, R.; McCullough, L. (1991) Dynamic supportive psychotherapy, In: Crits-Christoph, P.; Barber, P., J.P.; (Eds.) *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*, Basic Books, New York
- Piper, W.E.; Azim, H.F.A.; Joyce, A.S.; McCallum, M. (1991) Transference interpretation, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953

- Piper, W.E.; Rosie, J.S.; Azim, H.F.A.; Joyce, A.S. (1993) A randomized trial of psychiatric day treatment for psychiatric patients with affective and personality disorders, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 757-763
- Piper, W.E.; Rosie, J.S.; Joyce, A.S. & Azim, H.F.A. (1996) *Time Limited Day Treatment for Personality Disorders*, American Psychological Association, Washington, D.C.
- Plakun, E.M. (1991) Prediction of outcome in borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 5(2), 93-101
- Plakun, E.M.; Burkhardt, P.E.; Muller, J.P. (1985) 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 26, 448-455
- Pope, H.G.; Jonas, J.M.; Hudson, H.I.; Cohen, B.M.; Gunderson, J.G. (1983) The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study, *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30
- Pretzer, J.L.; Beck, A.T. (1996) A cognitive theory of personality disorders, In: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (Eds.) *Major theories of Personality disorder*, Guilford, New York, pp.36-105
- The Quality Assurance Project (1991) Treatment outlines for borderline, narcissistic and histrionic personality disorders, *The Quality Assurance Project, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25(3), 392-403
- Rockland, L.H. (1989) *Supportive therapy: a psychodynamic approach*, Basic Books, New York
- Rohde-Dachser, C. (1986) *Das Borderline-Syndrom* (4. Auflage), Huber, Bern
- Rosen, L.W. & Thomas, M.A. (1984) Treatment technique for chronic wrist cutters, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(1), 33-36
- Roth, A.; Fonagy, P. (1996) *What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford, New York
- Ruiz-Sancho A., Gunderson J.B. (1999): Familien von Patienten mit BPS: Ein Literaturüberblick. In: Kernberg O., Dulz B., Sachsse U. (Hg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart-New York, Schattauer. S im Druck
- Rush, A.J.; Shaw, B.F. (1983) Failure in treating depression by cognitive therapy, In: E.B. Foa; P.G.M. Emmelkamp (Eds.) *Failures in behavior therapy*, Wiley, New York
- Russ, M.J.; Shearin, E.N.; Clarkin, J.F.; Harrison, K.; Hull, J.W. (1993) Subtypes of self-injurious borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1869-1871
- Sabo, A.N.; Gunderson, J.G.; Najavits, L.M.; Chauncey, D. & Kisiel, C. (1995) Changes in self-destructive behavior in borderline patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 370-376
- Sandell, R.; Alfredson, E.; Berg, M.; Crafoord, K.; Lagerloef, A.; Arkel, I.; Cohn, T.; Rasch, B.; Rugolska, A. (1993) Clinical significance of outcome in long-term follow-up of borderline patients at a day hospital, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 405-413
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A (1997) When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program. *Psychother Research* 7:333-344
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A (1998) Repeated long-term follow-up of long-term psychotherapy and psychoanalysis. dt. *Z Psychosom Medizin und Psychotherapie*
- Sargent, H. (1961) Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research, *Psychiatry*, 24, 93-108
- Sargent, H.D.; Horwitz, L.; Wallerstein, R.S.; & Appelbaum, A. (1968) Prediction in psychotherapy research. Method for the transformation of clinical judgements into testable hypothesis (Vol. Psychological issues), International Universities Press, New York
- Schleffer, E.; Selzer, M.; Clarkin, J.F.; Yeomans, F.; Luborsky, L. (1989) Rating CCRT's with borderline patients, Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco (May 1989)
- Schwartz, C.E. et al. (1997) The control group dilemma in clinical research: applications for psychosocial and behavioral medicine trials, *Psychosomatic Medicine*, 59, 362-371

- Shea, M.T. (1992) Borderline Personality Disorder: Research Implications, In: J.F. Clarkin, E. Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 319-328
- Shea, M.T. (1993) Psychosocial treatment of personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 7 (Supplement, Spring, 1993), 167-180
- Shea, M.T.; Widiger, T.A.; Klein, M.H. (1992) Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 857-868
- Shearin, E.N.; Linehan, M.M. (1994) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 379, 61-68
- Silk, K.R.; Lohr, N.E.; Ogata, S.N.; Westen, D. (1990) Borderline inpatients with affective disorder: Preliminary follow-up data, *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 213-224
- Silk, K.; Eisner, W.; Allport, C.; DeMars, K.; Miller, C.; Justice, R.W.; Lewis, M. (1994) Focused time-limited inpatient treatment of borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 8(4), 268-278
- Silver, D.; Rosenbluth, M. (1993) Inpatient treatment of borderline personality disorder, In: J. Paris (Ed.) *Borderline Personality Disorder. Etiology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 349-372
- Skodol, A.; Buckley, P. & Charles, E. (1983) Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality?, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405-410
- Smith, T.E.; Koenigsberg, H.W.; Yeomans, F.E.; Clarkin, J.F.; Selzer, M.A. (1995) Predictors of Dropout in Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213
- Soloff, P.H. (1994) Is there any drug treatment of choice for the borderline patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Suppl. 379), 50-55
- Soloff, P.H.; Siever, L.; Cowdry, R.; Kocsis, J.H. (1994) Evaluation of pharmacologic treatments in personality disorders, In: R.F. Prien, D.S. Robinson (1994) *Clinical Evaluation of psychotropic drugs: principles & guidelines*, New York, Raven, pp. 651-673
- Springer, T.; Silk, K.R. (1996) A review of inpatient group therapy for borderline personality disorder, *Harvard Review of Psychiatry*, 3(5), 268-278
- Springer, T.; Lohr, N.E.; Buchtel, H.A.; Silk, K.R. (1996) A Preliminary Report of Short-Term Cognitive-Behavioral Group Therapy for Inpatients with Personality Disorders, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 57-71
- Steiger, H.; Leung, F.; Thibaudeau, J.; Houle, L.; Ghadirian, A.M. (1993) Comorbid features in bulimics before and after therapy: are they explained by axis II diagnoses, secondary effects of bulimia, or both? *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 45-53
- Stein, D.J.; Simeon, D.; Frenkel, M.; Islam, M.N.; Hollander, E. (1995) An open trial of valproate in borderline personality disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(11), 506-510
- Stein, G. (1993) Drug treatment of personality disorders, In: P. Tyrer & G. Stein (Eds.) *Personality disorders reviewed*, Gaskell - Royal College of Psychiatrists, London, pp. 225-261
- Stevenson, J.; Meares, R. (1992) An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 149 (3), 358-362
- Stewart, A.L.; Ware, J.E. (Eds.) 1992) *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*, Duke University Press, Durham
- Stiles, W.B.; Shapiro, D.A.; Elliott, R. (1986) Are all psychotherapies equivalent?, *American Psychologist*, 41, 165-180
- Stiles, W.B.; Shapiro, D.A. (1989) Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research, *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543
- Stone, M.H. (1987) Psychotherapy of Borderline patients in light of long-term follow up. *Bulletin Menninger Clinic*, 51(3), 231-247
- Stone, M.H. (1990) *The Fate of Borderline Patients*, Guilford, New York

- Stone, M.H. (1992) Borderline Personality Disorder: Course of Illness, In: J.F. Clarkin; E.Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 67-86
- Stone, M.H.; Stone, D.K.; Hurt, S.W. (1987) Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization, *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 185-206
- Strauss B., Kächele H. (1998): The writing on the wall. *Psychother. Res.* 8: 158-170
- Strupp, H.H.; Hadley, S.W. (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes, *American Psychologist*, 32, 187-196
- Strupp H.H.; Howard, K. (1992) A brief history of psychotherapy research, In: D.K. Freedheim (Ed.) *A History of Psychotherapy*, American Psychological Association, Washington, DC
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association, (1995) Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations, *Clinical Psychologist*, 48, 3-23
- Taylor, M.A. (1993) Psychotherapy and borderline personality disorder (letter), *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 847-848
- Tucker, L.; Bauer, S.F.; Wagner, S.; Harlam, D.; Sher, I. (1987) Long-term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study, *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1443-1448
- Turkat, I.D. (1990) *The personality disorders: a psychological approach to clinical management*, Pergamon, New York
- Turkat, I.D.; Maisto, S.A. (1985) Personality disorders: application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders, In: D.H. Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders*, Guilford, New York
- Turner, R.M. (1989) Case study evaluations of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorder, *Behavior Therapy*, 20, 477-489
- Turner, R.M.; (1993) Experimental evaluation of the utility of psychodynamic techniques in the practice of cognitive-behavior therapy: Treating borderline personality disorder, Paper presented at the 26th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA
- Turner, R.M. (1994) Borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders, In: M. Hersen, T. Ammermann (Eds.) *Prescriptive treatments for adult disorders*, Pergamon, New York, pp. 393-420
- Turner, R.M.; Dudek, P. (1997) Outcome Evaluation of Psychological treatment for Personality Disorders: Functions, Obstacles, Goals, and Strategies, In: H.H. Strupp, L.M. Horowitz, M.J. Lambert (Eds.) *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders: Toward a Core Battery*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 433-460
- Waldinger, R.J. (1987) Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview, *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274
- Waldinger R.J. (1992) Multimodal treatment of Borderline Personality Disorder, In: J.F. Clarkin; E.Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, pp. 300-316
- Waldinger R.J.; Gunderson, J.G. (1984) Completed psychotherapies with borderline patients, *American Journal of Psychotherapy*, 38, 190-202
- Waldinger, R.; Gunderson, J. (1987) *Effective Psychotherapy with Borderline Patients*, Macmillan, New York
- Wallerstein, R.S. (1986) *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, Guilford, New York
- Wallerstein, R.S. (1989) The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205
- Wallerstein, R.; Robbins, L.; Sargent, H. & Luborsky, L. (1956) The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20, 221-278

- Weber J.J.; Bachrach, H.M.; Solomon, M. (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II), *International Review of Psychoanalysis*, 12, 127-141
- Weider, A.; Wolff, H.; Brodman, K.; Mittelman, B.; Wechsler, D. (1948) Cornell Index, Psychological Corp., New York
- Weissman, M.M. (1997) Interpersonal psychotherapy: current status, *Keio Journal of Medicine*, 46(3), 105-110
- Widiger, T.; Hurt, S.; Frances, A.; Clarkin, J.F.; Gilmore, M. (1984) Diagnostic efficiency and DSM-III, *Archives of General Psychiatry*, 41, 1005-1012
- Widiger, T.; Trull, T.; Hurt, S.; Clarkin, J.F.; Frances, A. (1987) A multidimensional scaling of the DSM-III personality disorders, *Archives of General Psychiatry*, 44, 557-563
- Winston, A.; Pinsker, H.; McCullough, L.; (1986) A review of supportive psychotherapy, *Hosp. Community Psychiatry*, 37, 1105-1114
- Winston, A.; Pollack, J.; McCullough, L.; Flegenheimer, W.; Kestenbaum, R.; Trujillo, M. (1991) Brief psychotherapy of personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 188-193
- Winston, A.; Laikin, M.; Pollack, J.; Samstag, L.W.; McCullough, L.; Muran, J.C. (1994) Short-term psychotherapy of personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194
- Wöller, W.; Kruse, Alberti, L. (1996) Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt*, 67, 249-252
- Woody, G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; O'Brien, C.P. (1985) Sociopathy and psychotherapy outcome, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086
- Yeomans, F.E.; Selzer, M.A.; Clarkin, J.F. (1992) *Treating the borderline patient: A contract-based approach*, Basic Books, New York
- Yeomans, F.E.; Gutfreund, J.; Selzer, M.; Clarkin, J.F.; Hull, J. & Smith, T. (1994) Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 16-24
- Young, J.E. (1990) Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Professional Resource Exchange, Sarasota
- Young, J.E. & Swift, W. (1988) Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I, *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4(5), 13-14
- Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Gunderson, J.G. (1988) Pharmacotherapy of Borderline Outpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 29(4), 372-378
- Zanarini, M.C.; Gunderson, J.G.; Frankenburg, F.R. et al. (1989) The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders, *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18

Dr. med. Dipl.-Psych. Gerhard Dammann
 Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
 Psychotherapie und Medizinische Psychologie
 Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar
 Langerstraße 3
 81675 München

Prof. John F. Clarkin, Ph.D.
 Personality Disorders Institute
 The New York Hospital, Westchester Division
 Cornell University Medical College
 21 Bloomingdale Road
 White Plains, N.Y., 10605, USA

Univ.-Prof. Dr. med. Horst Kächele
 Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
 Universitätsklinikum Ulm
 An Hochsträß 8
 89091 Ulm