

297. 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 und Horst Kächele

Einleitung

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

Unseres Erachtens gibt es im wesentlichen vier wichtige Gründe, die dazu geführt haben, daß erst relativ spät Therapiestudien der Borderline-Störung durchgeführt wurden, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen:

1. Das Störungsbild wurde lange von der klinischen Psychiatrie, besonders in Europa, ignoriert oder als z. B. "schizophrene Spektrumsstörung" verkannt.
2. Die Psychoanalyse, die sich viel früher als andere Schulen mit dem Borderline-Thema beschäftigte, arbeitete methodisch kasuistisch oder essayistisch und 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) lagen ausreichende Operationalisierungskriterien und Definitionen vor, die breite Anerkennung fanden.
4. Schließlich sind die besonderen klinischen Schwierigkeiten in der Arbeit mit dieser Patientengruppe und die noch immer (außerhalb der Spezialisten) weit verbreitete Unsicherheit über adäquates und erfolgversprechendes therapeutisches Vorgehen zu nennen.

In den 80er und 90er Jahren kam es dann zu vorwiegend behavioralen Zugangsweisen, die von der Arbeit mit Suizidalität (Linehan; vgl. Kap. ### Linehan) oder von der Anwendung kognitiver Modellvorstellungen auch auf diese Störung (Beck) ausgingen. Parallel dazu kam es zu einer zunehmenden Intensivierung und Manualisierung auch der psychodynamischen Ansätze (Kernberg und Clarkin; vgl. Kap. ### Manual). 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, 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; vgl. Kap. ### Herpertz) gelten als eine der am schlechtesten zu behandelnden Patientengruppen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Borderline-Patienten blieben, wie die Follow-up-Studien zeigten, in den ersten fünf bis zehn 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, Frank et al. 1989). Traditionelle Psychotherapien, so resümierten Waldinger und Gunderson (1987) noch Ende der 80er Jahre, konnten die Verläufe wenig beeinflussen.

Von der Diagnose zum Ergebnis

Dem naiven Betrachter des Themas drängt sich der Eindruck auf, daß sehr viel unternommen wurde, um die diagnostischen Besonderheiten und Eigenarten des Borderline-Syndroms zu erhellen - weit mehr als bei jeder anderen Persönlichkeitsstörung. Dieser Befund kann 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 (Dulz, Gümmer et al. 1998). 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 hieß es, die wenigen retrospektiven Nachuntersuchungen, die bisher publiziert wurden, belegten vorwiegend, wie schwierig und wenig lohnend die therapeutische Arbeit sei (McGlashan 1986; Pope, Jonas et al. 1983; Skodal, Buckley u. Charles 1983; Waldinger u. Gunderson 1984). Fast zynisch erscheint die nach Krankenblattauswertungen einer Poliklinik getroffene Folgerung: Je ausgeprägter die manifeste Borderline-Symptomatik sei, desto größer sei auch die Wahrscheinlichkeit, daß die Patienten weiter überwiesen werden, oder daß die Behandlungsbemühungen ein jähes abruptes Ende nähmen (Skodal, Buckley u. Charles 1983).

Kontrollierte Studien zur Borderline-Störung gibt es kaum. Shea (1993) führt lediglich neun Studien auf, von denen aber sechs die sogenannte "vermeidende (avoidant) Persönlichkeitsstörung" betreffen. Unseres Erachtens stellt diese Persönlichkeitsstörung jedoch eher eine Ausnahme unter den Persönlichkeitsstörungen dar, da sie dem Schweregrad nach mehr 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 anderen drei Studien waren zum einen die von Linehan und Mitarbeitern (Linehan, Armstrong et al. 1991) sowie zwei zu gemischten Persönlichkeitsstörungen, die ebenfalls an späterer Stelle erwähnt werden sollen, da ein Teil der Patienten zumindest einige Borderline-Persönlichkeitsorganisations-Kriterien aufwiesen (Lieberman u. Eckman 1981; Winston, Pollack et al. 1991).

Interludium I: Ergebnisforschung - eine "unendliche Geschichte"

Nach Kordy & Kächele (1996) ist Ergebnisforschung in der Psychotherapie eine 'unendliche Geschichte', da in diesem Feld diese Aufgabe nicht einfach durchzuführen ist. Viele Therapeuten tun 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.

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 u. 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", also immer auf die zu der jeweiligen Zeit akzeptierten Werte und den Stand der therapeutischen Versorgung bezogen.
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 "versus" 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 jenem Maße, in dem sich die Fragen nach den Ergebnissen von Psychotherapie ändern, müssen immer neue Antworten gefunden werden.

Rahmenbedingungen für Therapiestudien

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, daß die meisten Persönlichkeitsstörungen (aus heute noch unbekannten Gründen) sich mit der Zeit auch von alleine zu stabilisieren scheinen (aging-out) (vgl. Kap. ### Stone, ### McGlashan). Ferner bringen nosologische Aspekte (s. Kap. ###; ###), Komorbidität (s. Kap. ### Kernberg1; Formenkreis) sowie die hohe Suizidrate (s. Kap. ### Götze) erhebliche methodische Probleme mit sich.

Therapieabbrüche und Non-Compliance

Als gesichert gilt, daß Borderline-Patienten häufig die Therapien abbrechen oder in ihrer Therapie Schwierigkeiten mit der Compliance zeigen (Skodol, Buckley u. Charles 1983; Stevenson u. Meares 1992; Waldinger u. Gunderson 1984; Yeomans, Gutfreund et al. 1994).

Macht man mit dem generischen Modell der Psychotherapie (Orlinsky u. Howard 1986) Ernst, so haben wir an den Anfang zu stellen, 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 Ambulanz für Psychotherapie und Psychosomatik 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, Buckley u. Charles (1983)		67
Waldinger u. Gunderson (1984)	4,5 Jahre	60
Gunderson, Frank et al. (1989)	6 Monate	23 - 60
Kernberg, Selzer et al. (1989)	nach 12 Wochen	35
Linehan, Armstrong et al. (1991) ("TAU"-Gruppe)	1 Jahr	58,3
Dulz u. Schneider (1995, 1996)		20
Linehan, Armstrong 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. (1983). 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 Borderline-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 u. Meares (1992), die 48 Patienten während einer einjährigen Therapie untersuchte, weist zwar nur eine Abbruchquote von 16% (in den ersten drei 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, Selzer et al. 1989) steht die Abbruchquote in den ersten zwölf 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, Gutfreund et al. 1994). Die Schlußfolgerung ist deutlich: Es bestätigt sich die große Bedeutung der aktiven Verantwortung von Therapeuten für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Behandlungen (s. Kap. ### Station.Ther.).

Mit einem weiteren Hinweis schließen wir diese Frage ab. Im "NIMH Treatment of Depression Collaborative Program" (Elkin, Shea et al. 1989) hatten unter den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung die mit Cluster C-Störungen die geringste Abbruchrate über alle vier Behandlungsformen hinweg (Shea, Widiger et al. 1992). Dieser Befund betont nochmals die Bedeutung der Bedrohung der Therapie durch die spezifische Beziehungsgestaltung bei Vorliegen einer Borderline-Störung.

Verbesserungen?

Neben den belastenden Aspekten der Therapien sollte der Blick auch auf mögliche 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 vier Jahren therapeutischer Mühen folgendes 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 psychodynamischen Ansatz von Kernberg, Selzer et al. (1989) und seiner manualisierten Weiterentwicklung (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999) als “übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten (TFP)”, die im Kapitel ### dargestellt wird, gibt es eine Reihe weiterer (weniger operationalisierter) psychodynamischer Ansätze, die andere Aspekte der Störung oder des therapeutischen Vorgehens betonen. Auf diese Ansätze (Abend, Adler, Boyer, Masterson, Meissner, Rinsley, Searles, Steiner), die zumeist etwas supportiver sind als jener von Kernberg, kann hier nicht näher eingegangen 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 Studien (d. h. ohne Kontrollgruppe und ohne standardisierte Therapie), die sich mit der Borderline-Störung beschäftigt haben, die Menninger-Studie (Wallerstein 1986) besondere Erwähnung finden. Sie lieferte auch eine empirische Basis (Kernberg, Burstein et al. 1972) für die später vorliegende, expressive psychodynamische Therapie für Borderline-Patienten (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999; Kernberg, Selzer et al. 1989).

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-ambulanten psychoanalytischen Behandlung von Schwerkranken gewidmet hatten (Sargent 1961; Sargent, Horwitz et al. 1968; Wallerstein, Robbins et al. 1956).. 42 Patienten mit einer Struktur, die man heute als “Borderline-Persönlichkeitsorganisation” (s. Kap. ### Kernberg¹) bezeichnen könnte, 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 inzwischen auch zu den für das Thema Borderline relevanten Therapiestudien gezählt werden kann - Stone (1990) rechnet mit 18 Borderline-Fällen im engeren Sinn aus der Gesamtzahl von insgesamt 42 Projekt-Patienten - soll die Studie hier beleuchtet werden. Deren zum Teil ernüchternde Ergebnisse entsprachen nicht immer den Erwartungen der Beteiligten. Insgesamt konvergierten die Ergebnisse der mehr analytisch und der mehr

supportiv geführten Therapien mehr, als es nach den gängigen Erwartungen hätte sein sollen; und die Art der Veränderungen, die in den beiden Therapiemodalitäten erreicht wurden, waren weniger unterscheidbar (sowohl in der Qualität als in der Dauerhaftigkeit) als erwartet worden war (Wallerstein 1986). So klingt die letzte Zusammenfassung auch beinahe wie eine Altersweisheit: “Unsere Ergebnisse zeigen deutlich, jedes therapeutische Verfahren muß zu dem Patienten passen” (Wallerstein 1989, p. 203).

	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 (ambulante und stationäre) Klinikprogramm hinter sich. Die wesentlichen Hauptbefunde dieser Langzeitstudie waren (Kernberg, Burstein et al. 1972):

1. Bessere Ich-Stärke ist mit besserem Outcome 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. Für die Borderline-Patienten ging klar hervor, daß diejenigen, die einen Therapeuten gehabt hatten, der intensiv die Übertragung fokussierte, einen besseren Verlauf nahmen 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, hätten mehr Nutzen durch den supportiven Ansatz als erwartet gezeigt. Wallerstein (1986) geht freilich ohnehin davon aus, daß alle Therapien (an der Menninger-Klinik) eine Mischung aus supportiven und expressiven Interventionen beinhalteten.

Die Studie von Stevenson u. Meares

Erstaunlich ist die Erfolgsbilanz von Stevenson u. Meares (1992), welche die Ergebnisse von 30 Patienten 12 Monate vor und nach einjähriger analytischer 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, Wolff 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 u. Meares (1992) 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 - oft 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, Singer u. Luborsky 1975) zu tun haben, oder ob nur differentielle Instrumente fehlen, die Veränderungsprozesse präzise genug 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. Es zeigte sich kein grundlegender Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Gewinns an Ich-Stärke und hinsichtlich einiger Verhaltensmerkmale. Patienten nach Analyse, die im Schnitt länger in Behandlung waren, berichteten aber über bessere Sozialbeziehungen.

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-Persönlichkeitsorganisation aufweisen (Abend, Porder u. Willick 1983).

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

In einer randomisierten, kontrollierten Studie zu einer intensiven psychodynamischen Therapie im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung für Borderline-Patienten, die Bateman und Fonagy (Fonagy 1998) durchführten, wurden 44 Patienten (welche 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: "Zu den Hauptbestandteilen des Behandlungsprogramms ... gehörten seine Beständigkeit und Zuverlässigkeit, sein hochstrukturierter Aufbau, seine Intensität, Klarheit einerseits aber in Verbindung mit Flexibilität, sein Augenmerk auf die Beziehung und die individualisierten Behandlungspläne" ("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.") (p.34). Gefunden wurde, daß sich die Anzahl der Suizidversuche nach sechs 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 sechs Monaten der Untersuchung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe reduzierte sich zudem die Anzahl und die Dauer der notwendig gewordenen Hospitalisationen. Es fanden sich also insgesamt vergleichbare Ergebnisse wie in den Linehan-Studien: Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzung und Verringerung der Anzahl der Hospitalisationen: allerdings ohne daß hier ein 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, Armstrong 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 (Smith, Koenigsberg et al. 1995). 37 Patientinnen (Durchschnittsalter 28 Jahre), 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 zwei Stunden in der Woche (inklusive Supervision und Videoaufzeichnungen). Ein Patient brach nach der einen Stunde ab, weitere 31% der verbleibenden 36 Patientinnen in den ersten 3 Monaten und nach 6 Monaten insgesamt 36%. Weitere fünf Patienten brachen schließlich zwischen dem sechsten 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 u. Meares, jedoch immer noch deutlich niedriger als in den drei großen naturalistischen Studien von Skodol, Buckley u. Charles (1983), Waldinger u. Gunderson (1984) und Gunderson, Frank et al. (1989). Insgesamt vollendeten 18 von 37 Patienten den angebotenen Therapiezyklus, der von 12 darüber hinaus fortgesetzt wurde. 19 Patienten brachen zu verschiedenen Zeitpunkten, zumeist in den ersten drei Monaten ab. Die Autoren kamen bei der Analyse der Daten zu interessanten Befunden. Je älter die Patienten waren, um so eher blieben sie in der Therapie; ein hoher Grad an Feindseligkeit war ebenfalls signifikant mit Abbruch korreliert und sollte in Zukunft (so die Autoren) stärker bei der Therapieplanung beachtet werden. Eine 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 Patienten von 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, Patrick u. Valentine (1998) in ihrer Studie gefunden, daß die Beurteilungen von sechs erfahrenen Psychotherapeuten bezüglich ihrer Einschätzung psychodynamischer Aspekte der interpersonellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut in den videoaufgezeichneten Sitzungen eine hochreliable Übereinstimmung zeigten (30-Items des "Personal Relatedness Profile"). Es zeigte sicher ferner, daß die psychoanalytischen Einschätzungen geeignet waren, zwei Patientengruppen (Dysthymia und Borderline-Persönlichkeitsstörung) voneinander zu unterscheiden.

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

Winston und Kollegen untersuchten in zwei kontrollierten Therapiestudien (Winston, Pollack et al. 1991; Winston, Laikin et al. 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 Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen, wurden ebenso wie jene mit einer Narzißtischen, Schizoiden und Schizotypischen Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen. Die Autoren 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 bei beiden Verfahren ohne große Unterschiede 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

Zu der Manualisierung des psychodynamischen “TFP”-Verfahrens (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999) wird auf das Kapitel ### Manual verwiesen.

Vorarbeiten zur “Transference Focused Psychotherapy”

Von der Gruppe um Kernberg und Clarkin am “Personality Disorders Institute” der Cornell University wurden seit den frühen 80er Jahren erhebliche empirische Vorarbeiten zur Etablierung und Erforschung eines psychodynamischen Manuals für die Behandlung der Borderline-Störung geleistet. Das Manual (s. Kap. ### Manual) bezieht sich dabei auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn, aber auch auf die Borderline-Persönlichkeitsorganisation (alle Persönlichkeitsstörungen) mit Schwerpunkt auf die Störungen des Cluster B im Sinne des DSM-IV (s. Kap. ### Herpertz). Die Autoren haben zunächst Arbeiten zur Etablierung einer stabilen (Barrasch, Frances et al. 1985) und reliablen, phänomenologisch-orientierten (Clarkin, Widiger et al. 1983; Frances, Clarkin et al. 1984; Hurt, Clarkin et al. 1986; Hurt, Hyler et al. 1984; Widiger, Hurt et al. 1984) und Komorbiditäten (Fyer, Frances 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, Aronoff et al. 1983; Clarkin, Friedman et al. 1984; Russ, Shearin et al. 1993). Parallel dazu kam es zur Entwicklung eines diagnostisch integrativen (weil strukturelle, dimensionale und kategoriale Merkmale umfassenden) psychodynamischen Modells der Persönlichkeitsstörungen (Kernberg 1996a; 1996b; 1998; vgl. Kap. ### Kernberg1).

Nach verschiedenen theoretischen und aus der klinischen Erfahrung stammenden Vorstufen (Kernberg, Selzer et al. 1989; Yeomans, Selzer u. Clarkin 1992) erfolgte dann eine Manualisierung (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999). Zur Operationalisierung des Verfahrens “Transference Focused Psychotherapy (TFP)” gehören neben dem Manual Behandlungsseminare, eine Sammlung von videographierten Stunden unterschiedlicher Therapeuten sowie die “Adherence and Competence Rating Scale” (Koenigsberg, Kernberg et al. 1985; 1993). Das Verfahren bzw. seine Vorstufen wurde nunmehr im Hinblick auf verschiedene Fragestellungen (wie etwa frühzeitiger Therapieabbrüche oder Symptomveränderungen) i.S. einer Pilotstudie untersucht (Clarkin, Koenigsberg et al. 1992; Hull, Clarkin u. Kakuma 1993; Kernberg u. Clarkin 1993; Smith, Koenigsberg et al. 1995; Yeomans, Gutfreund et al. 1994). Vergleichende Therapiestudien (etwa mit der Dialektisch-behavioralen Therapie oder “treatment as usual”) stehen noch aus.

Empirische Befunde zur “Übertragungsfokussierten Therapie (TFP)”

Zur Entwicklung des Manuals wurden zahlreiche empirischen Vorarbeiten geleistet, insbesondere wurde 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 u. Clarkin (1993) berichten von 34 Patientinnen einer Pilotstudie, welche die DSM-III-R-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten. Patienten mit hirnorganischen Psychosyndromen, bipolarer oder schizophrener Psychose wurden ebenso

wie substanzabhängige und antisoziale Persönlichkeitsgestörte ausgeschlossen. Die Patienten wurden auf Grund der DSM-Kriterien in 3 Gruppen (Cluster) aufgeteilt (Hurt u. Clarkin 1990), die als ein Identitäts-, ein impulsives und ein affektives Cluster definiert werden können. Manche Patienten fallen in mehrere 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. Bei der Studie handelte es sich allerdings um eine Untersuchung ohne Kontrollgruppe, so daß differenzierte Aussagen über das Verfahren noch nicht getroffen werden konnten. Die Autoren hatten eine drop-out-Rate von 35% nach zwölf 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 vom drop-out allein auf das Verfahren schließen kann. Wichtiger sei wohl - besonders am Anfang - die Beziehung zwischen Therapeut und Patient (s. a. Faller 1999; vgl. Kap. ### Stat.Ther.). 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.

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 u. Kakuma (1993), die über sechs Monate Borderline-Patienten mit unterschiedlicher Clusterausprägung untersuchten. Diejenigen mit schwerer Kernsymptomatik (besonders im Bereich der Identität: etwa Leeregefühle, Angst vor dem Alleinsein) berichteten insgesamt - trotz Behandlung - eher über ein Persistieren der Symptome und zum Teil sogar über eine Verschlechterung, während gerade die "leichter" gestörten Patienten oft erheblich von gleichen Behandlungsangeboten profitierten.

Clarkin, Koenigsberg et al. (1992) untersuchten 31 Patientinnen zwischen 18 und 45 Jahren (DSM-III), die von 28 Therapeuten nach der "TFP"-Methode behandelt wurden. Auch hier betrug die drop-out-Rate nach zwölf Wochen 42% (wobei 23% die Therapie während der Kontraktphase abbrechen). Die Abbruchrate für Psychotherapien entsprach interessanterweise auch hier wieder ziemlich genau der von vergleichbaren Pharmakastudien in diesem Bereich (z. B. Goldberg, Schulz 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 dies keiner der Frühabbrecher 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 (sechs Monate bis zu fünf Jahren) bezüglich Symptomveränderung, sozialer Situation und spezifischer Borderline-Pathologie weiter untersucht. Auch in dieser Studie erfüllten fünf der sechs Patienten dann nicht mehr die DSM-III-R-Kriterien, wobei die Kriterien in unterschiedlichem Ausmaß zurückgingen (affektive Instabilität und Suizidgedanken in allen Fällen, die Identitätsdiffusion jedoch nur in 33%). Allerdings kam es (im Gegensatz zur sozialen Situation, bezüglich der sich vier der sechs Patientinnen verbesserten) bezüglich der Symptomatologie (Beck Depressions Inventar, SCL-90 und Buss-Durkee Hostility Inventory) nur in einem Fall zu einer signifikanten Verbesserung.

Limitierungen der “TFP”-Studien

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

1. Ein Großteil der Therapeuten waren Postgraduierte, d. h. Psychologen oder Ärzte in der Weiterbildung.
2. Bislant gibt es keine Kontrollgruppe.
3. Die Forschergruppe stand in enger Zusammenarbeit mit der Therapeutengruppe.
4. Die Zahl der untersuchten Patienten ist noch zu gering.
5. Es wurden auch in diesen Studien nur Frauen einbezogen.

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

Supportiv oder Konfrontativ

Innerhalb der psychoanalytischen Schulen besteht eine große Kontroverse in der Frage, ob die Borderline-Patienten eher supportiv (wobei der im Deutschen verwendete Begriff “supportiv” zu sehr das unterstützende, Halt gebende 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 kontrastiert etwa deutlich mit den Befunden von Høglend (1993), der in seiner Analyse von 45 Patienten eine interpersonelle statt intrapersonale Fokussierung empfiehlt. In einer weiteren Studie (HØglend 1996) bei 15 Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (sieben Cluster B-, acht Dependente oder Vermeidende Persönlichkeitsstörungen) kommt er zum Schluß, daß häufige Übertragungsdeutungen mit schlechterem Outcome verbunden seien (“Häufige oder geballte Übertragungsdeutungen können einen “toxischen” Effekt haben” (“A high frequency or concentration of transference interpretations may have a ,toxic‘ effect.”) (p. 130).

Aber insbesondere auch die Befunde der Arbeitsgruppe um Piper (Piper, Azim et al. 1991) scheinen gegenwärtig zu bestätigen, daß interpersonelle Interpretationen mit zunächst besserem Outcome verbunden sind als frühe intrapsychische Deutungen. Viele Elemente eines empirisch gestützten Therapieverfahrens weist auch der supportive psychodynamische Ansatz von Piper et al. (Piper, Rosie et al. 1993; Piper, Rosie et al. 1996) auf. Die Autoren haben in Edmonton ein subtiles Netz von mehr oder weniger intensiven tagesklinischen Übergangssystemen aufgebaut. Die rein gruppentherapeutische Behandlung dauerte insgesamt 18 Wochen und bestand aus drei Phasen. Die Ergebnisse scheinen hoffnungsvoll zu sein.

Supportive Psychotherapie im engeren Sinn

Die supportive Psychotherapie hat im Deutschen trotz ihrer Wiederentdeckung durch Heim (1980) keine klare Zuordnung; sie ist wohl mit einer Vielzahl anderer Verfahren der "tiefenpsychologisch-fundierten" Psychotherapie zuzuordnen (Crown 1988; Pinsker, Rosenthal u. McCullough 1991; Winston, Pinsker u. McCullough 1986; Wöller, Kruse u. Alberti 1996). Im Borderline-Bereich gibt es insbesondere folgende Ansätze: Rockland (1989), der stark von Kernberg, Selzer et al. (1989) beeinflusst wurde, sowie Kernberg (1982). Empirische Studien liegen dazu jedoch noch nicht vor.

Kognitiv-behaviorale Therapien

In ihrer Übersichtsarbeit zur kognitiven Therapie von Persönlichkeitsstörungen kommen Pretzer und Beck (1996) zu dem Schluß, daß sich in den zehn Jahren seit der Aussage von Kellner (1986) - es gebe mit eindeutig diagnostizierten Patienten zu wenige kontrollierte Studien, die eine empirische Basis für Therapieempfehlungen darstellen könnten - kaum etwas geändert hat.

Es gibt tatsächlich sehr wenige verhaltenstherapeutische Studien. Der Bereich wird in der Verhaltenstherapie noch immer weitgehend von Linehan dominiert. Bis in die 90er Jahre waren das Interesse und die (prognostische) Einschätzung der Verhaltenstherapeuten über die Behandlungsmöglichkeiten dieser Patientengruppe eher negativ: "Die rein prognostischen Studien haben nahegelegt, daß Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, weniger gut auf kognitiv-behaviorale Interventionen anzusprechen scheinen als andere Patienten, z. B. Burns u. Nolen-Hoeksema, 1992" ("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 u. Nolen-Hoeksema, 1992" (Hollon u. Beck 1994, p. 451). In ähnliche Richtung gehen auch andere Bewertungen, die eine starre Anwendung von verhaltenstherapeutischen Techniken bei Borderline-Klienten für weniger effektiv als bei anderen Klienten halten (Mays 1985). Bis vor kurzem gingen einige Autoren davon aus, daß diese Patientengruppe nicht effektiv mit der kognitiven Therapie behandelt werden könne (Rush u. Shaw 1983).

Neben dem Ansatz von Linehan wurden seit Ende der 80er Jahre für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen verschiedene andere kognitiv-behaviorale Ansätze entwickelt (oder ausgehend von entsprechenden Therapien für Achse-I-Störungen adaptiert), die z.T. ebenfalls manualisierten Charakter haben. Die wichtigsten, die insbesondere auch die Borderline-Störung fokussieren, sind jene von Beck, Freeman et al. (1990), Fleming u. Pretzer (1990), Freeman (1988), Layden, Newman et al. (1993), Turner (1989), Young (1990) sowie Young u. Swift (1988). Letztlich gehen diese Ansätze davon aus, daß es typische maladaptive kognitive Schemata und Verhaltensweisen gibt, die wie Achse I-Störungen (Depressionen, Phobien, Ängste) behandelt werden müssen. Die Autoren in diesem Gebiet (Arntz 1994) räumen bezüglich der Therapie von Borderline-Störungen ein, daß diese zumeist mehr Zeit und (technisch gesehen) eines größeren behavioral-kognitiven Repertoires bedürfen. Die kognitiven Therapien 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 (Gasperini, Provenza et al. 1989; O’Leary, Cowdry et al. 1991).

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 (McKeegan, Geczy u. Donat 1993; Silk, Eisner et al. 1994).

Turkat u. Maisto (1985) berichteten über die kognitiv-behaviorale Therapie von insgesamt 35 Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Der therapeutische Ansatz fokussierte jeweils die individuellen Schwierigkeiten der Patienten kognitiv-behavioral. Die Autoren schildern dabei zahlreiche Mißerfolge. Von den 16 Fällen zeigten nur vier (25%) einen eindeutig guten Therapieerfolg, von denen jedoch keiner eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hatte. Für die restlichen Patienten wurden Therapieabbrüche, mangelnde Compliance und die Schwierigkeiten, überhaupt einen Behandlungsplan zu formulieren, geschildert. Turkat (1990) bzw. Turkat u. Maisto (1985) haben in diesen Studien ein innovatives experimentelles Einzelfalldesign (ohne Kontrollgruppe) 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 hinsichtlich der Reduktion von Ängstlichkeit und impulsiven Handlungen für eine Überlegenheit dieses störungsspezifischen Vorgehens im Vergleich zu einer “üblichen” supportiven psychodynamischen Therapie .

Grundsätze der kognitiven Therapie von Persönlichkeitsstörungen

Nach Pretzer u. Beck (1996) lassen sich folgende Grundsätze der behavioral-kognitiven Therapie für Persönlichkeitsstörungen festhalten, die auch an psychodynamische Interventionsstrategien erinnern:

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, gemeinsam in Richtung klar identifizierter, gemeinsamer Ziele zu arbeiten
3. Es muß in stärkerem Ausmaß die Aufmerksamkeit auf die Therapeut-Patient-Beziehung fokussiert werden
4. Das Beginnen mit Interventionen in der Therapie 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. Die Therapie sollte nicht primär auf rein verbale Interventionen gestützt sein
7. Die Angst des Klienten sollte zunächst identifiziert und angesprochen werden, bevor man versucht Veränderungen zu implementieren
8. Dem Klienten soll geholfen werden, mit aversiven Emotionen immer adaptativer umgehen zu können
9. Compliance-Probleme sollten antizipiert werden

10. Man sollte nicht davon ausgehen, daß der Patient in einer angemessenen sozialen Umgebung lebt
11. Beachten der eigenen emotionalen Reaktion während des Therapieverlaufs
12. Realistische Einschätzung bezüglich Länge der Behandlung, 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. (Linehan, Armstrong et al. 1991; Linehan, Heard u. Armstrong 1993; Linehan, Tutek et al. 1994) verdienen auch deshalb besondere Erwähnung, weil sie - i.S. eines “empirisch gestützten Verfahrens” - auf zahlreichen wissenschaftlichen und konzeptuellen Vorarbeiten fußen (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, empirisch gestützten Therapieverfahren. Die zum Teil beeindruckenden Ergebnisse der von Linehan entwickelten “Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT)” haben zu Recht für Furore gesorgt (Shea 1993). Dieses Therapieverfahren fokussiert primär drohende Suizidgefahr und Therapieabbruch.

Hinsichtlich des Verfahrens wird auf das Kapitel ### (Linehan) verwiesen.

Empirische Befunde zur “Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT)” nach Linehan

Zur Studie (Linehan, Armstrong et al. 1991; Linehan, Heard u. Armstrong 1993): 41 (von ursprünglich 47 untersuchten) Patientinnen mit einer Borderline-Störung (nach DSM-III-R und DIB-R [Zanarini, Gunderson et al. 1989] 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 - randomisiert und parallelisiert (bezüglich Klinikaufenthalt, Parasuizidalität und Alter) - zwei Gruppen zugeteilt. Verglichen wurde das hochmanualisierte und supervidierte “DBT” (20 Patientinnen) mit einem möglichst naturalistischen “treatment as usual (TAU)” (21 Patientinnen) durch psychodynamisch sowie kognitiv-behavioral orientierte Therapeuten ohne spezielle Borderline-Ausbildung. Der Untersuchungszeitraum war zwölf Monate (mit Untersuchungen alle 4 Monate) und ein Zwölfmonats-follow-up mit zwei Meßzeitpunkten nach sechs und nach zwölf Monaten. 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% (“DBT”) versus 95,5% (“TAU”). Auch die Häufigkeit dieser Handlungen pro Patient waren unterschiedlich (1,5 Ereignisse [“DBT”] versus 9 [“TAU”]). 83% der “DBT”-Patienten blieben bei ihrem ursprünglichen Therapeuten, während die Konstanz bei “TAU” lediglich 42% betrug (Abbruch und Wechsel). Auch Hospitalisationsfrequenz und -dauer waren 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, 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 "DBT" ist.

Trotz der eindrucklichen Unterschiede zeigten sich andererseits in wichtigen Bereichen zwischen "DBT" und "TAU" keine Unterschiede, wobei immer wieder vor Augen geführt werden muß, daß es sich bei der "DBT" um eine extrem aufwendige Therapie handelt (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Supervision der Therapeuten und Sozialarbeiter). Während der Behandlungszeit fanden sich zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bei der Depressivität, der Hoffnungslosigkeit und den Suizidvorstellungen. Für den Katamnesezeitraum bestanden (bei weniger Patienten erhoben) schließlich zwischen den beiden Gruppen auch keine signifikanten Unterschiede mehr für Hospitalisierungsdauer und -frequenz sowie für die parasuizidalen Handlungen. Allerdings konnte (in der "DBT"-Gruppe) eine signifikante Verbesserung der sozialen Situation (Arbeit) dokumentiert werden sowie eine Reduktion von Wut und Ärger, während die Häufigkeit von starken Ängsten bei beiden Gruppen gleich blieb. Von psychodynamischer Seite könnte zusammenfassend geurteilt werden, daß Depressionen, Ängste und interpersonelle Schwierigkeiten (Bereiche, die am meisten mit "struktureller Veränderung" in Verbindung gebracht werden könnten) sich (im Vergleich der beiden Gruppen) nicht änderten.

In einer weniger bekannten Arbeit zu ihrer Studie tragen Linehan, Tutek et al. (1994) 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" (p. 1771). Abschließend räumten auch Linehan, Tutek et al. (1994) ein: "... den Personen in der DBT-Gruppe ging es besser, sie blieben aber insgesamt in einem eher kläglichen Zustand" ("subjects in the dialectical behavior therapy group acted better but were still miserable") (p. 1775) und (Linehan 1997): "Die Tatsache, daß die Patienten am Ende eines Jahres klinisch weiterhin depressiv und hoffnungslos sind und noch immer Suizidgedanken hegen, wenn auch nicht mehr als die Vergleichspatienten, ist inakzeptabel" ("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.") (p. 332).

Linehan (1997) stellte sich der Kritik von Benjamin (1997), indem sie aus einer verhaltenstheoretischen Sicht auch interpersonelle Schwierigkeiten und intrapsychische Aspekte als "behavior" faßt, d. h. die Dichotomie von Benjamin in diesem Punkt ablehnt. Mit Aplomb schließlich erwidert sie (Linehan 1997, p.332) auf den Vorwurf, die Patientinnen ihrer Studien würden durch die Dialektisch-behaviorale Therapie nicht gerade "glücklicher" werden: "... es erscheint nicht unmittelbar einleuchtend, daß es vorzuziehen sei, glücklich und tot als unglücklich und am Leben zu sein" ("...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 u. Linehan (1994) lieferten erste Hinweise zum Prozeßgeschehen in den "DBT"-Ergebnis-Studien. So fanden die Autoren, daß eine "dialektische Vorgehensweise", die technisch sowohl "Akzeptanz" als auch "Veränderung" balancierte, erfolgreicher in der Verminderung suizidalen Verhaltens war als die Anwendung reiner "Akzeptanz-" oder reiner

“Veränderungs-Techniken”. In einer weiteren Studie (Kehrer u. 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, sich aber sogenannte emotionale Problemlösestrategien im Unterschied zu interpersonellen Problemlösestrategien bezüglich des Auftretens parasuizidaler Handlungen unterschieden.

Inhaltliche und methodische Limitierungen von “DBT”-Studien und des “DBT”-Ansatzes

Linehan (Linehan, Armstrong et al. 1991; Linehan, Heard u. Armstrong, 1993) hat in der Diskussion ihrer Studien auf die meisten der möglichen methodologischen Kritikpunkte selbst offen hingewiesen. Zu den Kritikpunkten gehören:

1. Ein Großteil der “DBT”-Patienten (fünf von 20 Einzeltherapien und vier in der Fertigkeitengruppe) wurde von Linehan selbst behandelt. Neben der Frage, ob das Verfahren nur bei der charismatischen Erfinderin wirkt, beinhaltet der Bias dieser Doppelfunktion von Untersucherin und Therapeutin eine Stärkung der Therapeutenvariable zugunsten der “DBT”.
2. Die Pharmakotherapie wurde nicht kontrolliert respektive standardisiert oder in Beziehung zum Therapieverlauf gesetzt. Das heißt: Die Patienten hatten unterschiedliche Medikamente und Dosierungen. Außerdem gab es zwischen der “TAU”- und der “DBT”-Gruppe Unterschiede in diesem Punkt, da es Teil der “DBT” ist, möglichst weitgehend auf eine (überflüssige) Medikation zu verzichten. Vielleicht waren die “TAU”-Patienten seditierter als die der “DBT”-Gruppe?
3. Insbesondere bei der Follow-up-Studie, die zu Ungunsten der “DBT” nicht mehr so gute Ergebnisse zeigte, waren die Stichproben klein (zehn 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 Effektstärken der verschiedenen Teile der “DBT”-Therapie (Einzeltherapie, Gruppentherapie, zusätzlichen telefonische Beratung etc.) wurden nicht erfaßt. Möglich wäre damit, daß es nicht therapiespezifische Strategien waren, die zur Besserung führten, sondern kumulierende Therapiekomponenten.
5. Es wurden 25% der 20 Kontrollgruppenpatienten für “TAU” in die Datenerhebung einbezogen, obwohl sie gar nicht mit der Behandlung begannen.
6. Obwohl Linehan und Mitarbeiter im Design ihrer Arbeiten (Linehan, Armstrong et al. 1991; Linehan, Heard u. Armstrong, 1993) 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 Outcome war, was er im Sinne von Winnicott so interpretierte, daß Acting-out, das im therapeutischen Rahmen gehalten werden kann, eher ein prognostisch günstiges Zeichen dafür sein könnte, daß sich der Patient in der therapeutischen Beziehung engagiert.

7. Das Verfahren von Linehan besteht grundsätzlich aus verschiedenen Phasen: Konzeptuell sieht das Manual in der zweiten Therapiephase z. B. die Bearbeitung von traumatisierenden Ereignissen vor. Die bisherigen Studien betreffen allerdings nur die 1. Phase (Umgang mit therapieschädigendem und selbstschädigendem 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 haben, können also nur begrenzt Aussagen über das Verfahren als Ganzes getroffen werden.

Aus psychodynamischer Sicht gibt es zusätzliche kritische Gesichtspunkte:

1. Die Beziehung selbst wird nicht fokussiert.
2. Es wird von der Grundposition ausgegangen, Borderline-Patienten seien wegen ihrer vielfachen Probleme bereit, die Hausaufgaben, Verhaltensketten und das "skill-training" in der Therapie durchzuführen.
3. Mit Widerstand wird theoretisch nicht gerechnet, beziehungsweise (Ambivalenz, Versäumnisse und Weigerungen etc.) als therapiestörendes Verhalten fokussiert und behavioral bearbeitet. Dies kann zu einem gewissen Zirkelschluß führen (je mehr der Patient Widerstand zeigt, umso häufiger muß er Verhaltensketten davon machen, was wiederum diesen Widerstand verstärkt).
4. Der Aspekt der Sexualität ist ausgeklammert.
5. Ein u. E. limitierender Faktor des kognitiv-behavioralen Vorgehens, der sich auch in der "Dialektisch-behavioralen 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 gelernten Fertigkeiten alles zu tun, um in Zukunft dieses Verhalten aufzugeben. "Weigert" sich eine Patientin dann, ihr selbstschädigendes Verhalten zu ändern, oder hat sie 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).

Aber bei aller Kritik: Shea (1993) äußert zu den Studien von Linehan: "unter allen kontrollierten Studien ist die von Linehan die mit den am besten belegten Ergebnissen" ("of all the controlled studies, the strongest and most significant evidence is provided by Linehan") (p. 173). Insbesondere der Tatsache, daß gelang, die Abbruchquote erheblich zu senken, kommt größte Bedeutung zu. Zwar ist der Beitrag von Linehan nicht der erste behavioral orientierte Ansatz, aber 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 Annahmen des Patienten und Veränderungsorientierung, Nähren und wohlwollendes Fordern, Zentriertsein in der eigenen Person und Flexibilität in Balance gebracht werden (Lohmer u. Wernz 1996).

Gemeinsamkeiten zwischen “DBT” und “TFP”

Die wichtigsten Gemeinsamkeiten (siehe auch Hurt u. Clarkin 1990) zwischen dem “DBT”- und dem “TFP”-Verfahren sind:

1. Vorhandensein einer therapeutischen Hierarchie (d. h. von Punkten die mit Priorität bearbeitet werden)
2. Klare Definition der Rollen und Aufgaben (incl. Pflichten und Rechte) des Patienten und des Therapeuten
3. Setzen von Grenzen und Konfrontation
4. Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen
5. Supervision
6. Besonderer Umgang mit Suiziddrohungen. In beiden Verfahren wird anerkannt, daß der Therapeut Suizide nicht verhindern kann und daß er durch Suiziddrohungen in eine Situation gebracht werden kann, die Therapie nicht mehr weiterzuführen
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 New York (Barley, Buie et al. 1993) sowie in Freiburg (Bohus, Swenson et al. 1996). In Freiburg wird ambulante “DBT” versus ambulante “DBT” mit stationärer “DBT”-Vorbehandlung verglichen.

Barley, Buie et al. (1993) untersuchten 130 Patienten, die durchschnittlich 106 Tage stationär behandelt wurden. Die Autoren hatten ihre ursprünglich psychodynamische Behandlungsstrategie in Richtung der “DBT” verändert. Sie untersuchten die Anzahl der parasuizidalen Handlungen in den 19 Monaten vor Einführung der “DBT”, während der zehn Monate, als das Verfahren voll eingeführt wurde, und 14 Monate später. Es fanden sich signifikante Rückgänge in der Zahl parasuizidaler Handlungen, die bis in die Nachuntersuchungszeit anhielten.

Die Vor- bzw. Nachteile einer Adaptation von Elementen der “DBT” in die stationäre Gruppentherapie von Borderline-Patienten haben Springer u. Silk (1996) kritisch diskutiert. Zum weiteren Nachdenken regt eine vergleichende randomisierte Therapiestudie an, bei der im stationären Setting ein Kurzzeit-Interventionsprogramm nach Linehan evaluiert wurde (Springer, Lohr et al. 1996). Eine Problemlösungs- und Fertigkeitengruppe, die die

Parasuizidalität fokussierte, wurde mit einer Gesprächsgruppe als Kontrollgruppe verglichen. Veränderungen wurden mit Selbstbeobachtungsinstrumenten und Beobachtungen des Verhaltens auf Station eingeschätzt. Die Patienten verbesserten sich signifikant in beiden Behandlungsgruppen, wobei sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede zeigen ließen. Allerdings beurteilten die Patienten in der Fertigkeitengruppe die Interventionen als nützlicher für ihr Leben außerhalb der Klinik.

Weitere Studien zur Psychotherapie selbstverletzenden Verhaltens

Impulsives selbstverletzendes Verhalten (Sabo, Gunderson et al. 1995; s.a. Kap. ### Sachsse) und wiederholte Suizidversuche (zumeist in Form von Schneiden; s.a. Kap., ### Götze) gehören 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 u. Berardi 1987; Rosen u. Thomas 1984) wird hier lediglich auf die Studie von Liberman u. Eckman (1981) eingegangen. Die Autoren verglichen Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapie bei der stationären Behandlung von Personen mit wiederholten Suizidversuchen. Beide Behandlungen zeigten gute Resultate mit leichter Überlegenheit der Verhaltenstherapie.

Familientherapeutische Ansätze

“Es ist seltsam, daß ein Störungsbild, dessen Ursprung nach Auffassung der meisten analytischen Autoren in der Familie liegt, nicht zu verstärkten familientherapeutischen Bemühungen geführt hat.” (It is peculiar that a disorder that most analytic writers maintain is predominantly of family origin has produced so little in the way of family therapy”) (Aronson 1989, p. 523). Bis in jüngste Zeit gab es nur wenige Studienansätze in diese Richtung (Mandelbaum 1977; Walsh 1977; Zinner 1978; Slipp 1980; Green, 1983, Schulz, Schulz et al. 1985).

Einen psychoedukativen Ansatz, der die Familie der Patienten mit einbezieht, haben Gunderson, Berkowitz u. Ruiz-Sancho (1997) entwickelt, einen systemischen Everett, Halperin et al. 1989. Hinweise zu familientherapeutischen Ansätzen findet sich bei Aronson (1989) und Cierpka (1989) (vgl. a. Kap. ### Gunderson, ### Cierpka).

Gesprächspsychotherapie

Aus der Welt der Gesprächstherapie, der oft attestiert worden ist, sie sei nur für milde und mittlere Störungen geeignet (Grawe, Donati u. Bernauer 1994), wurde unlängst eine Studie von Eckert u. Wuchner (1996) vorgelegt. Zwar wurde die Eingangsfrage, ob diese Patienten für den Rest ihres Lebens an ihrer Störung leiden müßten, von den vorliegenden Langzeitkatamnesen bereits faktisch beantwortet (Stone 1990; Paris 1993). Trotzdem ist die Untersuchung (Eckert u. Wuchner 1996) - ein Vergleich von gesprächspsychotherapeutischer Gruppentherapie an drei diagnostischen Gruppen (vgl. Kap. ### Eckert) - ein Anhalt dafür, daß sich das Angebot von Therapieverfahren verbreitert:

	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 medizinische Behandlung	29%	62%	40%
Psychopharmakotherapie	36%	77%	40%

Mit Hilfe des Gunderson'schen DIB (vgl. Kap. ### Tests) wurde die Auswirkungen der Behandlung geprüft. Bemerkenswert waren für die Borderline-Gruppe die Veränderungen in den DIB-Bereichen Impulshandlungen, Affektivität sowie psychotische Erlebnisse, weniger beeindruckend hingegen im Bereich interpersonelle Beziehungen. Jedoch: Das Gesamtergebnis kann sich sehen lassen (Absinken des DIB-Gesamtscore von zunächst 8,3 auf 5,4 und somit auf den "Nicht-[mehr]-Borderline-Bereich"). Womit man allerdings bei der Frage wäre: Mit welchem Punktwert ist das "nach-therapeutische Leben" gut lebbar?

Stationäre Therapie

In ihrer Untersuchung konnten Dolan, Warren u. Norton (1997) unter 137 Patienten mit schweren (zumeist Borderline-) Persönlichkeitsstörungen diejenigen, die stationär nach einem Konzept der "therapeutischen Gemeinschaft" ("therapeutic community treatment") behandelt wurden (N = 70), mit denen vergleichen, die nicht aufgenommen wurden (N = 67). Bei Aufnahme und nach einem Jahr wurden ein globaler psychopathologischer Schweregrad der Störung über den BSI ("Borderline Syndrome Index") sowie nicht spezifische Symptomatiken erfaßt. Die behandelte Gruppe zeigte eine signifikante Verringerung im BSI-Score, die positiv mit der Dauer der Hospitalisation korreliert war. Auch Copas, O'Brien 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. Copas, O'Brien et al. schließen daraus, daß spezialisierte stationäre Angebote geeignet seien, die Kernpsychopathologie schwerer Persönlichkeitsstörungen zu reduzieren. Verglichen mit den wenigen anderen Studien zur stationären Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Copas, O'Brien et al. 1984; Norris 1983) verfügte die Untersuchung von Dolan, Warren u. Norton (1997) über eine adäquate, wenn auch nicht gematchte Vergleichsgruppe.

Antikainen, Hintikka et al. (1995) haben 42 (70%) von 62 Borderline-Patienten, die in einer offenen, auf die Behandlung von Borderline-Patienten spezialisierten Station aufgenommen

worden waren, in einem 3-Jahres-Follow-up nachuntersucht. Die mittlere stationäre Behandlungsdauer betrug 91 Tage (21- 296). Die meisten Patienten litten unter Ängsten und Depressionen, die sich bei Entlassung deutlich reduziert hatten, und diese Besserung fand sich auch noch im Follow-up. Allerdings wurden "nur" 70% der Patienten im Follow-up erreicht. Insbesondere Suizidgedanken persistierten bei vielen Patienten. Das Untersuchungssample konnte zwei Gruppen aufgeteilt werden: einer durchgehend arbeitsfähigen (33%) und einer chronisch arbeitsunfähigen Gruppe (46%). Die übrigen Patienten waren teilweise arbeitsfähig.

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

In einer Studie zu einer intensiven Langzeit-"therapeutischen Gemeinschaft" ("therapeutic community treatment") an einer medizinischen Universitätsklinik fanden Dolan, Evans u. Wilson (1992) bei 62 Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (einschließlich Borderline-Persönlichkeitsstörung) bei 65% eine Verbesserung im SCL-90-R direkt nach der Behandlung, die sich bei 55% auch noch nach acht Monaten im Follow-up nachweisen ließ. Insgesamt muß allerdings festgehalten werden, daß gerade der Gebrauch des SCL-90 oder SCL-90-R zur Outcome-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 (insbesondere wenn es sich um Nachbefragungen handelt) berücksichtigt werden, daß Borderline-Patienten oftmals stationäre Aufenthalte äußerst negativ beurteilen (Kelstrup, Lund et al 1993), was eine Borderline-typische Entwertung darstellen kann und dann mehr mit dem Patienten selbst als mit dessen stationärer Therapie zusammenhängt.

Tagesklinische Behandlungen

Sandell, Alfredson et al. (1993) haben alle Borderline-Patienten, die während eines Zeitraums von sechs Jahren in einer Tagesklinik aufgenommen worden waren, nach 3-10 Jahren mit einem postalisch verschickten Fragebogen nachuntersucht. Es zeigte sich, daß diese Patienten mit abgeschlossener Behandlung im Vergleich zwischen einer "gesunden" Gruppe und einer Gruppe von Borderline-Patienten, die in den ersten vier Monaten die Therapie abgebrochen hatten, anzusiedeln waren. Die späteren "drop-out-Patienten" zeigten schon bei ihrer Aufnahme mehr Ambivalenz und negative Einstellung bezüglich der Therapie. Zur tagesklinischen Behandlung sei auch die Arbeit von Karterud, Vaglum et al. (1992) erwähnt.

Gruppenpsychotherapie

Von der McMaster-Gruppe in Toronto wurden empirische Beiträge zu deren therapeutischen Gruppenverfahren vorgelegt (Munroe-Blum u. Marziali 1988; Munroe-Blum 1992).

Munroe-Blum (1992) fordert die traditionelle psychoanalytische Einzeltherapie-Perspektive explizit heraus, wenn folgende immanente Chancen der Gruppentherapie betont werden:

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

Trotz dieser theoretischen Begründungen (zumeist interpersonelle Ansätze in der Tradition von Sullivan), warum Gruppentherapie besonders geeignet sein sollte (Marziali u. Munroe-Blum 1994), zeigten die Studien von Marziali, Munroe-Blum u. McCleary (1997), Munroe-Blum u. Marziali (1988) sowie von Munroe-Blum (1992) zumeist keine besonders guten Ergebnisse. Eine größere kontrollierte Studie, bei der eine zeitlich begrenzte interpersonelle Gruppentherapie ("Relationship Management Group Therapy") mit Einzeltherapie verglichen wurde, erbrachte keine Überlegenheit von einem der beiden Verfahren (Marziali u. Munroe-Blum 1994). Die Studie von 1997 gehört allerdings wegen ihres kontrollierten und randomisierten Designs zu den wichtigeren empirischen Psychotherapiestudien im Borderline-Bereich. Die Autorinnen argumentieren, 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 Borderline-Patienten nicht bereit sind, in eine Gruppentherapie zu gehen, und statt dessen Dyaden suchen.

Im Rahmen ihrer kontrollierten und randomisierten Studie haben Marziali, Monroe-Blum u. McCleary (1997) den Einfluß von Gruppen-Kohäsion und gruppentherapeutischer Allianz untersucht, die sich bei einer 30 Sitzungen umfassenden Therapie als jene Elemente erwiesen, die am besten mit dem zukünftigen Outcome (psychiatrische Symptome, soziale Anpassung und dysfunktionales Verhalten) korreliert waren.

Eine interpersonell konzipierte Therapie der Borderline-Störung wurde von 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) auch für die Borderline-Störung zu adaptieren, wurden von Weissman (1997) beschrieben.

Budman (1993) präsentierte die unkontrollierten Resultate einer auf 18 Monate begrenzten Gruppentherapie für diverse Persönlichkeitsstörungen. Die Studie verdient trotz der methodischen Schwächen Erwähnung, weil wiederum der Therapieerfolg entscheidend davon abhing, ob Patienten die Gruppenbehandlung durchstanden. Allerdings wäre hier zu diskutieren, ob dann die Therapie oder nicht doch die "Ich-Stärke" das entscheidende Kriterium für den Verlauf der Therapie war. Der Tatsache, ob die Patienten die ihnen angebotene Therapieform ohne Abbruch durchstehen, messen auch Persons, Burns u. Perloff (1988) die entscheidende Bedeutung zu.

In der Studie von Kretsch, Goren u. Wasserman (1987) wurde sowohl Einzel- wie Gruppentherapie kombiniert. Die Autoren verglichen eine Gruppe von 25 (nach DSM-III diagnostizierte) Borderline-Patienten mit 18 als "neurotisch" klassifizierte Patienten, die je eine wöchentliche psychodynamisch-orientierte Einzel- und Gruppentherapie erhielten und über mehrere Jahre (3 und 4 Jahre) untersucht wurden. Da die Therapien individuell zugeschnitten wurden, begannen einige mit Einzeltherapie, während andere zunächst Gruppentherapie oder eine Kombination von beidem erhielten. Die Autoren fanden, daß die Gruppentherapie bei Borderline- und neurotischen Patienten einen unterschiedlichen Einfluß hatte. Während sie bei der ersten Gruppe zu einer Stärkung der Ich-Funktionen beitrug (gemessen mit der 'Bellak's Ego Functions Assessment Scale', [Bellak, Hurvich u. Gediman 1973]), führte sie bei den neurotischen Patienten eher zu einer Schwächung der Abwehr. Trotz zahlreicher methodischer Limitierungen folgert Waldinger (1992, p. 309) auf Grund weiterer Resultate dieser Studie, daß Gruppentherapie bei Borderline-Patienten zu anderen Änderungsmustern führt als Einzeltherapie alleine und daß sie ferner verschiedene diagnostische Gruppen differenzieren kann.

Es scheint Hinweise zu geben, daß Gruppentherapie bei Borderline-Patienten dann erfolgreicher ist, wenn diese auf die individuelle Situation abzielt, d. h. mehr als eine Form von Einzeltherapie in der Gruppe beschrieben werden kann, als klassische Gruppentherapie mit Selbsterfahrungselementen oder Gruppenfeedback (Macaskill 1982).

Katamnesen im Borderline-Bereich

Insgesamt muß sowohl bei Langzeittherapiestudien wie 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-out" (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; vgl. Kap. ### Abrams). Dieses Phänomen scheint unabhängig von früheren Therapieerfahrungen zu sein (Paris, Brown u. Nowlis 1987).

Langzeitkatamnesen

Generell dürfte gelten, daß die Aussagekraft von Kurzzeitzachuntersuchungen durch die z.T. stark wechselnde Symptomatik eingeschränkt wird. Ein signifikanter Teil der Borderline-Patienten erreicht einen stetigen Job, einen Platz, befriedigend zu leben, und er hört auf, immer wieder hospitalisiert zu werden, ferner entwickelt er stabile Beziehungen. Die Nachuntersuchung von Paris, Brown u. Nowlis (1987) weist 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 dabei jedoch noch relativ offen.

Eine Übersicht über die wichtigsten Langzeitkatamnesen (nach Mehlum, Friis et al. 1991):

Langzeit-Katamnesestudien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III

Studie	N	Alter bei Aufnahme	Katamnese-Intervall	GAS
Plakun, Burkhardt u. Muller (1985)	63	25	14	68
McGlashan (1986)	81	27	15	64
Paris, Brown u. Nowlis (1987)	100	26	15	63
Stone (1987)	224	22	16	66
Tucker, Bauer et al. (1987)	40	24	2	57
Perry u. Cooper (1985); Perry (1985)	23	28	2-3	55
Mehlum, Friis et al. (1991)	41	33	3	49
Najavits u. Gunderson (1995)	37	26	3	59

Stone (1987; 1992) kommt unter Zuhilfenahme seiner Langzeitkatamnesen zu dem Schluß, daß nur etwa ein Drittel aller Borderline-Patienten, bei denen die Indikation für eine Psychotherapie gestellt wurde, von der Behandlung profitierten, d. . daß also die Indikationsstellung restriktiver erfolgen sollte. Stone folgert weiterhin, daß lediglich bei 1/6 der Patienten ein expressiveres Vorgehen besser sein soll als supportive Therapie.

Langzeit- versus Kurzzeitbehandlungen

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

Ursprünglich gehörte z. B. auch Otto Kernberg zu den Vertretern einer stationären Langzeittherapie, um strukturelle Veränderungen zu erreichen, während etwa Nurnberg u. Suh (1982) für eine Kurzzeitbehandlung der Störung eintraten. Masterson u. 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, Bauer et al. 1987) zusammenfassend, kommen Silver u. Rosenbluth (1993) zu folgendem Schluß: Auf Grund des Fehlens einer deutlichen Evidenz der Überlegenheit längerer Hospitalisationen, der in

Kliniken wirksam werdenden Heterogenitäten der Störung, ihrer unklaren Ätiologie und den ökonomischen Realitäten der 90er Jahre weise alles in Richtung der stationären Kurzzeitbehandlung als der zur Zeit besten Alternative.

Ultrakurzbehandlungen

Hengeveld, Jonker u. Rooijmans (1996) berichten in ihrer Pilotstudie von einer hochfrequenten kognitiv-behavioralen Kurzzeitgruppentherapie für Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen. Von neun ambulanten Patientinnen erfüllten sieben die Kriterien einer (Borderline-)Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse der Studie waren niederschmetternd: Vier von neun Patientinnen brachen die Therapie ab - besonders die chronisch Suizidalen mit mehr als acht Versuchen; aber auch bei den anderen Patienten kam es weder zu einer Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik noch zu einer Verringerung der Suizidversuche nach Entlassung, 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 u. Eckman (1981) blieb erstaunlicherweise selbst im Bereich der Borderline-Forschung relativ unbekannt. Die Autoren berichteten von den Resultaten einer ultrakurzen, aber sehr intensiven Therapie (vier Stunden am Tag über acht 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 als "Borderline-Studie" im weitesten Sinne zu betrachten. Die beiden Gruppen bestanden aus einem tiefenpsychologisch (einsichts-orientierten, "insight-oriented") zu nennenden 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. 9-Monats-Follow-up zeigte sich die behaviorale Gruppe zwar überlegen, was die Suizidgedanken anging, nicht jedoch bezüglich der Zahl der Versuche selbst.

Studien zur Allianz bei Borderline-Patienten

Einen interessanten Befund erhoben Burns u. Nolen-Hoeksema (1992) bei 185 Patienten, die wegen Depressionen kognitiv-behavioral behandelt wurden. Während für Patienten grundsätzlich galt, daß diejenigen, welche 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 diese sich deutlich weniger verbesserten, empfanden sie ihre Therapeuten genauso empathisch und fürsorglich wie die anderen Patienten: "Empathie", vielleicht sogar "Allianz", scheint bei Borderline-Patienten möglicherweise eine andere Relevanz zu haben als bei Psychotherapie-Patienten im allgemeinen.

Auch bei der Behandlung von Borderline-Patienten kommt der therapeutischen Allianz eine zunehmend größere Bedeutung zu. Inhaltlich umfaßt die "Allianz" sowohl Elemente der therapeutischen Beziehung als auch des Arbeitsbündnisses, d. h. der Arbeit an gemeinsamen Zielen der Therapie. Zur Allianz und ihrer Meßbarkeit gibt es inzwischen eine Vielzahl von Studien (Henry, Strupp et al. 1994).

Im "McLean Borderline Psychotherapy Engagement Project" fand Frank (1992), daß 60% der Borderline-Patienten nach sechs Monaten die Therapie nicht fortgesetzt hatten. Auf der Suche nach den Ursachen fand der Autor, daß 77% angaben, Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zu ihrem Therapeuten gehabt zu haben. Selbst für die Patienten, welche die Therapie fortsetzten, galt nach sechs Monaten, daß wirklich tragfähige therapeutische Allianzen noch ziemlich ungewöhnlich waren.

Andere Autoren (Gunderson, Najavits et al. 1997) untersuchten in einer prospektiven Studie bei 33 Borderline-Patienten die therapeutische Allianz mit dem "Penn Helping Alliance Questionnaire" nach sechs Wochen, sechs Monaten und in jährlichem Abstand während fünf 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 drei und vier 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 Veränderungsausmaß korreliert waren.

Eine interessante Einzelfallstudie zum Einfluß der therapeutischen Interventionen auf die therapeutische Allianz haben Gabbard, Horwitz et al. (1988) vorgelegt. Untersucht und beurteilt (durch sechs erfahrene Psychoanalytiker) wurden die 4., 64., 125., 195., 246. und die 309. Stunde einer mehrjährigen psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (drei 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 sechs Stunden konnten 13 deutliche Veränderungen in der Zusammenarbeit identifiziert werden (elf Mal davon in Richtung Verbesserung). In zwölf dieser 13 Situationen konnten Übertragungsdeutungen des Therapeuten klar als dafür verantwortlich identifiziert werden.

Allianz wird von Clarkin, Koenigsberg et al. (1992) auch daher mit gutem Grund weniger als Prädiktorvariable denn als Outcome-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 Elemente von Traumatherapien eingebaut (Foa, Hearst-Ikeda u. Perry 1995; Gunderson u. Chu 1993), ohne daß derzeit eine Psychotherapiestudie vorliegt, die Borderline-Patienten mit spezifischer Traumatherapie

(nach Foa, Meichenbaum, Shapiro, Reddemann/Sachsse [s. Kap. ### Reddemann/Sachsse] etc.) behandelt hätte.

Auch was die Therapie traumatisierter Kinder und Jugendlicher mit Borderline-Pathologie angeht, die in einer breit angelegten Follow-up-Studie am Anna Freud Centre in London untersucht werden, gilt: “allgemein gesprochen, scheint es nicht so zu sein, daß traumatisierten Borderline-Kindern durch Deutungen im Bereich von ödipalen oder präödipalen Konflikten wirksam geholfen wird. Einfachere therapeutische Vorgehensweisen, die auf die gegenwärtig entwickelte Mentalisierung des Kindes, etwa im Bezug auf die therapeutische Situation oder das alltägliche Leben abzielen, scheinen dagegen weit effektiver für diese Art von kindlichen Störungen zu sein.” (“speaking broadly, it seems that traumatized borderline children are not substantially helped by interpretations 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, p. 27).

Gesundheitsökonomische Aspekte

Gabbard, Lazar et al. (1997) weisen - gerade auch bezüglich der Borderline-Störung - darauf hin, daß in Psychotherapiestudien der ökonomische Kostenaspekt zunehmend mit berücksichtigt 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 hoch suizidale 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-Störung vorliegen. In Australien (The Quality Assurance Project 1991) wurde offiziell konstatiert, daß diese Patienten lange Zeitdauer von Psychotherapie benötigen, und daß die Therapeuten möglichst ein Spezialverfahren erlernen und Supervision für die Behandlung in Anspruch nehmen sollten.

Krankenpflegerische Milieuthérapie

Nehls (1991; 1992) hat einen sogenannten “Milieuthérapeutischen Ansatz”, der besonders für die Arbeit psychiatrischer Krankenpflegekräfte entwickelt wurde und der gute Erfolge zeigte, beschrieben und untersucht. Die Autorin hat auf die Bedeutung, die das Ansprechen existentieller Fragen (“Sinn”) für Borderline-Patienten in einem gruppentherapeutischen Ansatz haben kann, hingewiesen (Nehls 1991).

Kombination mit Pharmakotherapie

In den meisten Therapiestudien wurde der Effekt von psychopharmakologischer Medikation, welche die Patienten neben der Psychotherapie erhielten, bislang gar nicht oder ungenügend erfaßt, was eine wesentliche methodische Schwachstelle darstellt, zumal die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie eine bei Borderline-Störungen übliche Vorgehensweise ist (s. a. Kap. ### Stat.Ther.).

In einer maßgeblichen Übersichtsarbeit zur Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen vertreten Soloff, Siever et al. (1994) die Meinung, daß Medikamenteneffekte im allgemeinen mittelmäßig sind; die Patienten sollten verstehen lernen, daß Medikation nicht die Persönlichkeit "heilt". Paris (1997) empfiehlt die Kombination von Pharmakotherapie mit kognitiver Therapie, weil sich, so die Meinung dieses Autors, psychodynamische Psychotherapie nicht als effektiv erwiesen hat.

Obwohl ein gewisser positiver Effekt von psychopharmakologischer Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen - besonders der Borderline-Störung - als belegt gelten kann (Coccaro 1993; Stein 1993; Zanarini, Frankenburg u. Gunderson, 1988; vgl. Kap. ### Moleman), 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 u. Dammann [1997]).

Spezialaspekte empirischer Psychotherapieforschung der Borderline-Störung

Empirisch gestützte Therapieverfahren

Bei der Diskussion um die empirisch validierten Behandlungsverfahren ("empirically supported treatments"), 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 u. 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 "empirisch gestützte Therapieverfahren" (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures 1995) gelten, weil sie über relativ kurze operationalisierte Behandlungspläne verfügen, und als Ergebnis-Kriterium etwa Symptomveränderungen nach einer Gruppentherapie definieren würden (selbst die "DBT" wird im Task Force-Bericht lediglich als vermutlich wirksame Therapie ["Probably Efficacious Treatment PEVT"] bezeichnet); andererseits würde diese kurze Therapiedauer und Symptom- oder Verhaltensfokussierung gerade das verfehlen, was kennzeichnend ist für eine Persönlichkeitsstörung. Damit scheinen also ausgerechnet empirisch-gestützte Verfahren durch ihre Konzeptualisierung und ihr therapeutisches Vorgehen für die klinische Behandlung der Persönlichkeitsstörungen eher ungeeignet zu sein. Benjamin (1997) argumentiert, daß die Wirksamkeit dieser Verfahren - durch die Analogie mit pharmakologischen Studien - vermutlich überschätzt wurde. Sie fordert stattdessen angemessene psychodynamische Modelle, die neben überprüfbaren

ätiopathogenetischen Vorstellungen über damit verbundene Behandlungsrationale verfügen, die die Therapie-Interventionen, den Therapieprozeß und die Erfolgsmessungen jeweils verbindend umfassen.

Auch Kernberg u. Clarkin (1993, p. 243) schreiben: ““In der jüngsten Geschichte der Psychotherapieforschung konnte man eine Überrepräsentation von kognitiv oder behavioral orientierten Kurzzeitverfahren beobachten. Die Gründe für diese ungleichmäßige Verteilung liegen in der relativen Einfachheit, Kurzzeitverfahren zu manualisieren und zu lehren, die relativ konkrete und gut spezifizierte Strategien vorsehen. Die Untervertretung von psychodynamisch orientierten Langzeitverfahren ist eine Tribut an die Schwierigkeit, diesen hochkomplexen und subtilen Ansatz zu manualisieren und zu lehren.” (“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 “emprisch gestützten Therapieverfahren” Kurzzeiththerapien favorisieren, besteht die Gefahr, daß es kaum mehr Langzeitstudien im Bereich der Persönlichkeitsstörungen geben wird.

Ein Gegenbeispiel liefert die gegenwärtig laufende und von der finnischen Regierung finanzierte psychodynamische Langzeitstudie “Helsinki Psychotherapy Study” bei der aber bedauerlicherweise Patienten mit eigentlicher Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht einbezogen wurden, wohl aber Patienten mit “höherem Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau” (d. h. Ich-strukturellen Störungsanteilen). Diese psychodynamische Langzeitstudie vergleicht bei 390 Patienten vier Therapieformen: Problemlösetherapie, hochfrequente Psychoanalyse, psychodynamische Kurzzeittherapie und psychodynamische Psychotherapie. Ähnliches gilt für die schwedische Untersuchung von Sandell et al. (1997; 1999), die auch Lang- und Kurzzeittherapie von unterschiedlicher Intensität vergleicht. Erst solche Studien werden praxis-relevante Anhaltspunkte liefern können. Wenn nur noch Kurzzeiththerapien als “empirisch gestützte Therapieverfahren” gelten, besteht die Gefahr, daß es kaum mehr Langzeitstudien im Bereich der Persönlichkeitsstörungen geben wird. Auf der anderen Seite scheint sich der Trend aber nicht generell in diese Richtung zu entwickeln.

Manualisierung

Im Jahr 1984 eröffneten drei Manuale eine neue Ära der Therapieforschung (Kächele 1986). Neben den klassischen psychodynamischen Manualen (Luborsky 1984; Strupp u. Binder 1984) sowie dem interpersonellen Manual für die Depression (Klerman, Weissman et al. 1984) gab es in jüngster Zeit zwei Manualisierung im Borderline-Bereich (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999; Linehan 1993a+b). Allerdings ist ‘Manualisierung’ nicht gleich ‘Manualisierung’. Linehan (1997, S. 327) unterscheidet von der Konzeption her mindestens drei Arten von Manualen (“Protocol driven treatments”, “Matching clients to therapies” und “Theory driven multi-component treatments”), die man von ihrem Ausgangspunkt u. a. als entweder stärker störungszentriert, verfahrenszentriert oder patientenzentriert bezeichnen könnte und die sich daher in ihrer Anwendbarkeit für empirische Psychotherapieforschung unterscheiden.

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, "Struktur") gemessen. Grundsätzlich sollte Therapieerfolg durch verschiedene Kriterien erhoben werden (Henry 1997).

Wenig durchgesetzt haben sich bislang Outcome-Kriterien wie "Wohlbefinden" u.ä. im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, obwohl entsprechende Instrumente (z.T. aus der medizinischen Psychologie stammend) vorliegen (Stewart u. Ware 1992).

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

Erwähnen sollte man, daß die neun DSM-IV-Kriterien selbst auch als Outcome-Faktoren verwendet werden können. Erfolgreich behandelte Borderline-Patienten (oder im Langzeit-Follow-up) verlieren gar nicht einmal 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, Mitton u. Steiner 1993).

Kontrollgruppenproblem

Auf das Problem der Randomisierung in Psychotherapiestudien soll hier nicht eingegangen werden (siehe hierzu: Krauthauser u. Bassler 1997; McKay, Alterman et al. 1995; Schwartz, Chesney et al. 1997). Lediglich das Konzept des "treatment as usual (TAU)" als Kontrollgruppe soll näher dargestellt werden:

In verschiedenen Studien (Linehan, Armstrong et al. 1991; Fonagy 1998) wurde "TAU" als Kontrollgruppe verwendet. Wegen ihres sehr naturalistischen Aspektes ist "TAU" eigentlich eine höchst interessante Kontrollgruppe (verglichen etwa mit Wartelistengruppe). Dabei sind jedoch leider kaum Versuche unternommen worden, "TAU" zu definieren oder wenigstens deskriptiv zu beschreiben ("sie profitierten von Tageskliniken, Polypharmakotherapie, sozialpsychiatrischen Diensten, Ambulanzen und gelegentlichen stationären Aufenthalten") ("they benefitted for day centres, polypharmacy, community support, outpatient services and occasional inpatient services..."). (Fonagy 1998, p. 32). 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, Burns u. Perloff (1988) ist auch deshalb wichtig, weil sie den Erfolg von

kognitiver Therapie in einem naturalistischen “treatment as usual”-Setting (Praxen von Niedergelassen) untersuchte.

Grundlagenorientierte Beurteilung

Fonagy, Steele et al. (1995) untersuchten 35 Patienten (von 85, bei denen 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 Einzelpsychotherapie, sondern auch andere Komponenten, die nicht separat untersucht wurden. 40% der Patienten, die am Anfang einen unsicheren Bindungsstil gezeigt hatten, verfügten bei Klinikentlassung über einen inzwischen sicher-autonomen Bindungsstil (Fonagy, Steele et al. 1995).

Neben dem Attachment könnten aber auch andere Konzepte von Bedeutung sein. Schleffer, Selzer et al. (1989) fanden etwa für die “Core Conflictual Relationship Themes (CCRT, dt. ZKBT)” nach Luborsky typische Muster (die häufigsten Wünsche: “Konflikte vermeiden” und “anderen nahe sein”), die auch als Indikator für einen 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 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 Persönlichkeitsstörung 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 Multicenterstudien völlig.
4. Die Untersuchung der Effektivität von Therapierichtungen und –varianten je nach Schweregrad der Borderline-Störung fehlt u.E. ebenfalls.

Resultate der empirischen Psychotherapieforschung von Persönlichkeitsstörungen

Nach Roth und Fonagy (1996) (siehe folgende Punkte 1 bis 6) lassen sich die wichtigsten Befunde zur empirischen Psychotherapieforschung wie folgt zusammenfassen:

1. Patienten mit chronischer Depressivität, geringer Impulsivität, guter sozialer Unterstützung und Offenheit für psychologische Zusammenhänge (psychological-mindedness) profitieren am meisten von einer 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 Cluster B 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 erfolgversprechender zu sein.
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 störungsspezifische Elemente in die Gesamttherapie einbauen (Dammann, Rutzmoser et al. 1999; Horwitz, Gabbard et al. 1996) störungsunspezifischen Therapien gegenüber überlegen sind.
9. Der Abbruch erfolgt meist in den ersten drei 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 (Feindseligkeit 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 Psychotherapieforschung ist die Tatsache, daß eine äußere soziale Strukturierung Therapiefortsetzungen begünstigt (Clarkin, Koenigsberg et al. 1992) und eine (teil)-intakte soziale Funktionsfähigkeit (Arbeitsplatz etc.) den Langzeitverlauf bessert (McGlashan 1986). Waldinger (1992) fordert deshalb eine "multimodale", McGlashan (1993, p. 313) eine "intermittent, continuous and eclectic" Vorgehensweise, die zwischen

strukturierter Standardisierung und therapeutischer Flexibilität balancieren sollte (Shea 1992). Solche Strategien führten zu Erfolgsverbesserungen (Clarkin, Koenigsberg et al. 1992; Linehan, Armstrong et al. 1991).

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 (bzw. deren zumeist nicht therapeutisch orientierte Leitungen) 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 Versorgungssystems. Patient und Therapeut vereinbaren - meist implizit - in diesem allgemeinen Kontext ihr therapeutisches Vorgehen. Persönliche Merkmale von Therapeut (s. Kap. ### Gegenübertragung) 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. uneinfülsames 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 u. Najavits (1993) herausgearbeitet. Schließlich kehrt das Generische Modell zur Makro-Perspektive zurück und fragt, wie sich aus den vielen Mikro-Ergebnissen, aus dem Auf und Ab im Verlauf einer realen Psychotherapie das Gesamtergebnis der Behandlung entwickelt. 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 (Kordy, von Rad u. Senf 1988; Orlinsky u. Howard 1986; Weber, Bachrach u. Solomon 1985). Dies spricht dafür, daß Mikro-Ergebnisse in irgendeiner Weise zu Makro-Ergebnissen akkumulieren. Ob diese Akkumulation einer einfachen Addition entspricht oder ob ein komplexeres Modell konstruiert werden muß, ist derzeit offen. Erste

Annäherungen an dieses Problem sind Dosis-Wirkungsmodelle (Howard, Kopta et al. 1986; Kordy, von Rad u. Senf 1988). Diese Modelle haben deutlich gemacht, daß beim Vergleich von drei Symptomgruppen - Angst, Depression und Borderline-Störung - die Borderline-Störungen weitaus mehr an Dosis als die beiden anderen Gruppen zu benötigen scheinen, um eine symptomatische Besserung zu erzielen. Die Dosis-Wirkungs-Metapher ist allerdings nicht unproblematisch für die Psychotherapie, worauf u. a. Stiles u. 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 (Faller 1999; Goldfried, Raue u. Castonguay 1998).

Es waren die Unzufriedenheit von Therapeuten (und letztlich auch von Patienten) mit den herkömmlichen therapeutischen Vorgehensweisen und das einseitige Überwiegen von stark theoretisch ausgerichteten Auseinandersetzungen mit der Störung, die zur Entwicklung neuer, überprüfbarer ambulanter Therapieansätze geführt haben. Es wird jetzt darum gehen, durch Therapiestudien auch andere wichtige Bereiche (psychiatrische Kliniken, therapeutische Wohngemeinschaften, Rehabilitationsmaßnahmen etc.) zu evaluieren.

Zwar ist die Kritik von Aronson (1989, p. 524) noch immer gültig, daß die Literatur zur Behandlung der Störung heterogen und inkonsistent ist mit einem Überwiegen von unkontrollierten, wenig operationalisierten oder sogar anekdotisch zu nennenden Befunden bei zumeist kleinen Patientenzahlen. Hinzukommt, wie unter anderem auch Waldinger (1987) feststellt, daß die Therapieempfehlungen sich zumeist weniger von empirisch Bewiesenem als von persönlichen Erfahrungen, dem theoretischen Hintergrund oder sogar der Persönlichkeit des Autors herleiten lassen.

Festzustehen scheint aber auch: Eine wachsende Zahl von Therapieansätzen beschäftigen sich mit dem Borderline-Störungsbild, z. B.

- ambulante analytische Langzeit-Psychotherapie (Gunderson 1992)
- ambulante supportive Langzeit-Psychotherapie (Adler 1985)
- "Transference focused Psychotherapy" (Kernberg, Selzer et al., 1989; Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999; vgl. Kap. ### Manual)
- Psychoanalyse (Abend, Porder u. Willick 1983)
- kognitiv-behaviorale Therapie (z. B. "DBT" nach Linehan 1993a; vgl. Kap. ### Linehan)
- "Relationship Management Therapy (RMP)" (Dawson u. Macmillan 1993; Munroe-Blum 1992)
- Interpersonelle Therapie (Benjamin 1993)
- Kurzzeit-Hospitalisierung
- Langzeit-Hospitalisierung (Adler 1973; Dulz u. Schneider 1995, 1996; vgl. Kap. ### Stat.Ther.)
- tagesklinische Behandlung (Mehlum 1991)

- individualisierte psychopharmakologische Behandlung (Dulz 1994; 1997; vgl. Kap. ### Moleman).

Die Feststellung von Rohde-Dachser (1989), die modifizierte psychoanalytische Therapie sei die Therapie der Wahl, dürfte sich empirisch als kaum mehr haltbar erweisen. Erstaunlich genug auch, daß sich in den in Deutschland am meisten verbreiteten Werken zur Borderline-Thematik kaum systematische Bewertungen der psychoanalytisch-orientierten therapeutischen Bemühungen finden. Auch die (ein Fazit der Literatur ziehende) Feststellung von Aronson noch vor 10 Jahren (1989, p. 525), daß intensive Psychotherapien mit diesen Patienten nur etwas für "Elite-Patienten und Elite-Therapeuten" seien und daß die Borderline-Patienten in der Mehrzahl noch immer als an der Grenze der Behandelbarkeit ("it still appears that borderline patients remain on the border of treatability") anzusehen seien, sollte und kann so nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Die Vielzahl der verschiedenen Therapieansätze wirft die Frage auf: Wie findet man für den jeweiligen Patienten und die jeweilige Patientin gerade auch unter Berücksichtigung des Schweregrades der Störung (s. Kap. ### Stat.Ther.) 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 u. Wuchner (1996), von Stevenson u. Meares (1992), von Mehlum, Friis et al. (1991), von Dolan, Evans u. Wilson (1997) sowie von Tucker, Bauer et al. (1987) (zur Langzeithospitalisation). Ob sich die expressiv-konfrontative Methode (etwa in der jüngsten manualgeleiteten Version durch Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999) 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 Schulenüberlegenheit einer Methode (wie z. B. der Verhaltenstherapie bei der Zwangsstörung) oder eher eine "Unerheblichkeit" (wie tendenziell bei der Depression (Elkin, Shea et al. 1989) abzeichnen wird. Unklar ist weiterhin auch, ob eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, die von verschiedenen Autoren vorgeschlagen wird (Wong 1980; Horwitz 1987, Linehan 1993a) tatsächlich eine Überlegenheit (etwa gegenüber der Einzeltherapie alleine) aufweist.

Insgesamt gibt es auch zu wenige 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, McLellan 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 die Frage war, ob eine 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 u. Klein 1996). Nichts ist schließlich wissenschaftlich darüber bekannt, ob und welche Therapeutenvariablen möglicherweise die Fähigkeit, gut mit dieser Patientengruppe arbeiten zu können, modulieren.

Es fehlen praktisch völlig Studien, welche 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 u. Tyrer 1990; Perry, Lavory u. Hoke 1987).

Ohne Frage sind weitere kontrollierte Studien notwendig; trotzdem sollte man die notwendige Unterscheidung von Wirkungs- und Anwendungsforschung (Kordy u. Kächele 1996) im Auge behalten. Die Untersuchung komplexer institutionalisierter Klinik- und Poliklinikprogramme erfordert (bundesweite) Feldstudien, um die klinische Komplexität 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 - 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 prämorbidten 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 erfolversprechende Behandlung zu erreichen? Welches sind die wesentlichen wirksamen Therapieelemente bei Borderline-Störungen (z. B. supportives versus konfrontatives Vorgehen)? Schließlich gilt es auch die Behauptung von Frances und Clarkin (1981) zu überprüfen, die für manche Borderline-Patienten postulierten: "no treatment is the best treatment." Gibt es diese Patienten tatsächlich? Und welche 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. *Am J Psychiatry* 130: 32-35
- Adler G (1985) *Borderline Psychopathology and its Treatment*. Jason Aronson, New York
- 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 TA (1989) A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality: historical trends and future directions. *J Nervous 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. *J Personality Disorders* 7(3): 232-240
- Barrasch A, Frances A, Hurt S, Clarkin J, Cohen S (1985) Stability and distinctness of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 142: 1484-1486
- Beatson JA (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 AT, Freeman A, & Associates (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford, New York
- Bellak, L.; Hurvich, M.; Gediman, H. (1973) *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*, Wiley, New York
- Benjamin LS (1993) *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. Guilford, New York
- Benjamin LS (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
- Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ (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 (Hrsg) *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 DD, 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 PR, Tyrer P (1990) Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *Br J Psychiatry* 156: 261-265
- Cierpka M (1998) Patienten mit Borderline-Störungen und ihre Familien. *Persönlichkeitsstörungen* 2(1): 22-31

- Clarkin JF, Widiger T, Frances A, Hurt SW, Gilmore M (1983) Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnormal Psychology* 92: 263-275
- Clarkin JF, Friedman RC, Hurt SW, Corn R, Aronoff M (1984) Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatients. *J Clinical Psychiatry* 45: 19-22
- Clarkin JF, Koenigsberg H, Yeomans F, Selzer M, Kernberg P, Kernberg OF (1992) Psychodynamic psychotherapy of the borderline patient, In: JF Clarkin, E Marziali, H Munroe-Blum (Eds.) *Borderline Personality Disorder. Clinical and Empirical Perspectives*. Guilford, New York, pp. 268-287
- Clarkin JF, Hull JW, 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 JF, Yeomans F, Kernberg OF (1999) *Psychotherapy for Borderline Personality*. John Wiley, New York
- Coccaro EF (1993) Psychopharmacologic studies in patients with personality disorders: Review and perspective. *J Personality Disorders* 7: 181-192
- Copas JB, O'Brien M, Roberts J., Whiteley, J.S. (1984) Treatment outcome in personality disorder: The effect of social, psychological and behavioural variables. *Personality and Individual Differences* 5: 565-573
- Crown SD (1988) Supportive psychotherapy: a contradiction in terms? *Br J 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. (1988) Treatment of the borderline patient: Relationship management, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 370-374
- 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. (1997). Zur medikamentösen Behandlung von Borderline-Störungen, In: P. Buchheim (Hrsg.) *Psychotherapie und Psychopharmaka*. Schattauer, Stuttgart, pp. 169-185
- Dulz, B.; Gümmer, S.; Hoffmann, S.O.; Sachsse, U. (1998). Zum aktuellen Stand der Versorgung von Borderline-Patienten: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage, *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 201-208
- 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., Imber, S.D.; Sotsky, S.M.; Collins, J.F.; Glass, D.R.; Pilkonis, P.A.; Leber, W.R., Docherty, J.P.; Fiester, S.J.; Parloff, M.B. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: I. General effectiveness of treatments, Archives of General Psychiatry, 46, 971-982
- Everett, C.; Halperin, S.; Volgy, S.; Wissler, A. (1989) Treating the Borderline Family: A systemic approach, The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich Inc., New York
- Faller, H. (1999) Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozeß, Psychotherapeut, 44, 25-35
- 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. (1998) The outcome of psychodynamic therapy: the work of the Anna Freud Centre, Paper, presented to the Department of Psychosomatic Medicine and the Munich Psychoanalytic Institute, 2. Oktober 1998, München, pp. 1-39
- 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
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen
- Green, M.R. (1983) Treatment of borderline adolescents, *Adolescence*, 18, 729-738
- de Grooth 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.; 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.; Najavits, L.M.; Leonhard, C.; Sullivan, C.N.; Sabo, A.N. (1997) Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients, *Psychotherapy Research*, 7(3), 301-309
- Gunderson, J.G.; Berkowitz, C.; Ruiz-Sancho, A. (1997) 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, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 30(6), 261-273
- 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 an 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
- Høglend, P. (1993) Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy, *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 168-181
- Høglend, 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, L. (1987) Indication for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 248-260
- 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, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36, 307-312
- Kächele, H. (1992) Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen", *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Disk Journal* 3, 1-33
- Kächele, H.; MZ-ESS (1999) Eine multizentrische Studie zur psychodynamischen Behandlung von Eßstörungen: Planung, Durchführung und erste Ergebnisse, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 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.; Appelbaum, A.; Horwitz, L.; Voth, H. (1972) Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-275
- Kernberg, O.F., Goldstein, E.G.; Carr, A.C., Hunt, H.F.; Bauer, S.F.; Blumenthal, R. (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, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J.; Chevron, E.S. (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.H.; Smith, T. (1993) A method for analyzing therapist interventions, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2(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

- Kordy, H.; von Rad 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, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T. von Uexküll, W. Wesiack (Hrsg.) *Thure von Uexküll: Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München, pp. 490-501
- Krauthauser, H.; Bassler, M. (1997) Das Problem der Randomisierung bei Psychotherapiestudien, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 279-284
- Kretsch, R.; Goren, Y.; Wasserman, A. (1987) Change patterns of borderline patients in individual and group therapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 37, 95-112
- Layden, M.A.; Newman, C.F.; Freeman, A.; Byers Morse, S. (1993) *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*, Allyn & Bacon, Boston
- 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 MM (1993a) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York
- Linehan MM (1993b) *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, Guilford, New York
- Linehan MM (1997) Theory and treatment development and evaluation: reflections on Benjamin's "models for treatment", *Journal of Personality Disorders*, 11(4), 325-335
- Linehan MM, 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
- Links, P.S. (Ed.) (1990) *Family environment and borderline personality disorder*, American Psychiatric Press, Washington, DC
- Links, P.S.; Mitton, M.J.; Steiner, M. (1993) Stability of Personality Disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(4), 255-259
- Lohmer, M.; Wernz, C. (1996) Borderline-Persönlichkeitsstörung: Der DBT-Ansatz von M. Linehan - eine Bewertung aus psychoanalytischer Sicht, *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeut. Medizin und Klin. Psychologie*, 1(1), 44-46
- Luborsky, L. (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*, Basic Books, New York

- Luborsky, L.; Strupp, H.H. (1962) Research problems in psychotherapy: a three-year-follow-up, In: H.H. Strupp (Ed.) Research in psychotherapy, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 308-329
- 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
- Macaskill, N. (1982) Therapeutic factors in group therapy with borderline patients, International Journal of Group Psychotherapy, 32, 61-74
- Malon, D.W.; Berardi, D. (1987) Hypnosis with self-cutters, American Journal of Psychotherapy, 41(4), 531-541
- Mandelbaum, A. (1977) The family treatment of the borderline patient, In: P. Hartocollis (Ed.) Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patients, International Universities Press, New York, pp. 423-438
- 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.; Alterman, A.I.; McLellan, A.T.; Snider, E.C.; O'Brien, C.P. (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
- Monsen, J.; Odland, T.; Faugli, A.; Daae, E. ; Eilertsen, D.E. (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
- Najavits, 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. (1985) Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms, *American Journal of Psychiatry*, 142, 15-21
- Perry, J.C.; Cooper, S.H. (1985) Psychodynamics, symptoms, and outcome in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder, In: T.H. McGlashan (Ed.) *The borderline: Current empirical research*, American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 21-41
- Perry, J.C.; Lavory, P.W.; Hoke, L. (1987) A Markow 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
- 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, *Psychotherapy Research*, 7(4), 333-344
- Sandell, R.; Blomberg, J.; Lazar, A. (1999) Wiederholte Langzeitkatamnesen von Langzeit-Psychotherapien und Psychoanalysen. Erste Ergebnisse des "Stockholmer Outcome of Psychotherapy (STOP) Project", *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45, 43-56
- 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)
- Schulz, P.M.; Schulz, S.C. II.; Hamer, R.; Resnick, R.J.; Friedel, R.O.; Godlberg, S.C. (1985) The impact of borderline and schizotypal personality disorders on patients and their families, *Hospital and Community Psychiatry*, 36(8), 879-881
- Schwartz, C.E.; Chesney, M.A.; Irvine, M.J.; Keefe, F.J. (1997) The control group dilemma in clinical research: applications for psychosocial and behavioral medicine trials, *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 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*, Supp. 379, 61-68
- 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
- Slipp, S. (1980) Marital therapy for borderline personality disorders, *American Journal of Family Therapy*, 8, 67-70
- 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
- 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. (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
- Strauss, B.; Kächele, H. (1998) Writing on the wall: efficacy and efficiency and the concept of empirically validated treatments, *Psychotherapy Research*, 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.; Bindler, J. (1984) *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, Basic Books, New York
- 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
- Walsh, F. (1977) Family study 1976: 14 new borderline cases, In: R. Grinker, B. Werble (Eds.) *The borderline patient*, Jason Aronson, New York, pp. 158-177
- 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.; Pinsky, H.; McCullough, L.; (1986) A review of supportive psychotherapy, *Hospital and 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, J.; Alberti, L. (1996) Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt*, 67, 249-252
- Wong, N. (1980) Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: Heterogeneous versus homogeneous groups, *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 389-404
- 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.; Chauncey, D.L. (1989) The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders, *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18
- Zinner, J. (1978) Combined individual and family therapy of borderline adolescents: Rationale and management of the early phase, *Adolescent Psychiatry*, 6, 420-427

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 Hochstraße 8
89091 Ulm