

Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Zusammenfassung

Bereits 1681 beklagte sich ein englischer Arzt in einem Brief über Patienten, die ohne jedes Maß jene lieben, die sie alsbald ohne jeden Grund hassen würden. Weiterhin seien plötzliche Ausbrüche von Wut, Schmerz, Angst oder ähnlichen Emotionen zu beobachten.

Mit dieser frühen Beschreibung typischer Borderline-Symptome wird die Darstellung der Entwicklung der Theorie der Borderline-Störung von den Anfängen bis heute eingeleitet. Vor diesem Hintergrund werden der Stand der Diagnostik und die derzeit wichtigen Behandlungskonzepte umrissen, und zwar die psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen und klientenzentrierten Ansätze. Es wird dargelegt, welche Antworten es auf die Frage gibt, was das angemessene therapeutische Setting ist, insbesondere mit Blick auf stationäre Behandlungskonzepte. Die vorliegenden empirischen Studien bestätigen die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Borderline-Störungen. Die geringe Zahl der Studien belegt aber auch die Schwierigkeit der empirischen Forschung in diesem Bereich. Der abschließende Ausblick in die Zukunft der Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen prognostiziert eine weitere Zunahme von Persönlichkeitsstörungen im Spektrum psychiatrischer Erkrankungen und eine zunehmende Differenzierung des Behandlungsangebots bzw. Spezialisierung der Behandler.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung · Psychotherapie · Wirksamkeit · Setting

Die Theorie der Borderline-Störung

Bereits 1681 beschrieb der englische Arzt Thomas Sydenham (1624–1689) in einem Brief an seinen Kollegen William Cole hysterische Patientinnen und Patienten, die durch Launenhaftigkeit gekennzeichnet seien: Sie würden ohne jedes Maß jene lieben, die sie alsbald ohne jeden Grund hassen würden; die außerordentliche Aufregung des Geistes dieser Kranken entstünde aus plötzlichen Ausbrüchen von Wut, Schmerz, Angst sowie ähnlichen Emotionen (nach Veith 1965). Diese von Sydenham so charakterisierten Patienten erinnern deutlich an Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Von einer, wie es manchmal heißt, „neumodischen Erscheinung“ kann also hier nicht die Rede sein. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass es die Diagnose „Borderline“ auch deshalb so schwer hatte, von den Psychiatern akzeptiert zu werden, weil sie primär der psychoanalytischen Literatur entstammt und dem Grabenkrieg zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zum Opfer fiel; daneben spielten sicherlich aber auch die Borderline-typischen Probleme in Therapie und Gegenübertragung eine Rolle bei der „schweren Geburt.“ Auch die ICD-10 spiegelt diese Aspekte wider. Während die meisten Persönlichkeitsstörungen präzise beschrieben sind, wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung nur diffus-pauschal skizziert; im Vorwort (WHO 1991, S. 30) läßt sich die Ursache erahnen:

„Nach anfänglichem Zögern wurde eine kurze Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ... schließlich doch noch einbezogen, auch hier in der Hoffnung, die Forschung zu stimulieren.“

Hinzuzufügen ist jedoch, dass über keine Persönlichkeitsstörung so umfangreiche Forschungsergebnisse vorliegen, wie gerade zur Borderline-Störung.

Frühe Arbeiten zur Borderline-Störung

Der Begriff („borderland“) wurde erstmalig von Hughes (1884) – deutlich vor der Prägung des Begriffes Schizophrenie durch Bleuler (1908) in einem Vortrag im Jahre 1907 – erwähnt. Schon Rosse (1890) verwendete „schwarz-weiß“ als Metapher zur Illustrierung der „borderland insanity“ und verwies auf deren forensische Bedeutung, während Moore (1921) die Rolle von Angst bei „borderline mental states“ hervorhob. Für die Anwendung einer modifizierten psychoanalytischen Behandlung bei „borderland neuroses and psychoses“ plädierte Clark (1919).

Freud selbst hat den Begriff Borderline nicht benutzt, nahm allerdings die Existenz von Grenz- und Mischfällen (1925) an, ohne damit aber Borderline-Störungen zu meinen. Allerdings würden heute Freuds bzw. Breuers (z.B. Anna O., Dora und Emmy v. N.), aber auch Kraepelins Hysteriepatientinnen

Prof. Dr. Jochen Eckert
Psychologisches Institut III der Universität
Hamburg, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg
e-mail: jeckert@uni-hamburg.de

J. Eckert · B. Dulz · C. Makowski

The treatment of borderline personality disorder

Summary

As early as 1681 a physician in England complained already in a letter about patients who were loving excessively, to hate intensely those same persons soon after without any obvious reason. In addition, they showed sudden outbursts of rage, pain and similar emotions. This early description of typical borderline symptoms introduces the account of the development of the theory of borderline disorder from its beginnings until today. Before this background the stand of diagnostics and the most important contemporary treatment concepts such as the psychodynamic, the behavioural and the client-centered approaches are presented. Answers to the question, which the adequate therapeutic setting could be for inpatient treatment concepts, are suggested. Present empirical studies confirm the efficacy of psychotherapy in borderline disorders. The small number of these studies shows, however, how difficult it is to make empirical research in this field. For the future of the psychotherapy of borderline disorders a further increase in personality disorders and an increasing differentiation in the treatment forms and in the specialization of therapeutic is predicted.

Key words

Borderline personality disorder · Psychotherapy · Efficacy/efficiency · Setting

Übersicht

(ebenso wie dessen Psychopathen) wahrscheinlich zu einem großen Teil als Borderline-Patientinnen diagnostiziert werden (Dulz 2000a; Mentzos 1991; Stone 1992). Die diagnostische Varianz der Hysterie in jener Zeit läßt sich anhand von Freuds Schriften belegen: Die Namen seien „zwar alle im Gebrauch, aber ihr Inhalt ist unbestimmt und schwankend“ (1917, S. 405) und es ließen sich verschiedene Formen der Hysterie wie „Abwehrhysterie“, „Hypnoïdhysterie“ (1895, S. 288f.) unterscheiden; als neuen und häufigen Typus gebe es die gemischten Neurosen (1898). Auch eine „ungebundene Angst“ (heute: frei flotierende Angst) zählte Freud zu den Symptomen der Hysterie (1917, S. 418).

Der „Frage der Grenzfälle“ nahm sich Reich (1925) an, der in „Der triebhafte Charakter“ eine nach heutiger Terminologie Borderline-Patientin beschrieb. Auch Fenichel (1931) erwähnte Grenzfälle, denen die „verschrobene Psychopathen“ und Personen mit einem „großen Rest von primitivem Narzißmus“ zuzurechnen seien. Deutsch (1934) ging hinsichtlich eines „Typus der Pseudoaffektivität“ von unecht wirkenden „Als Ob“-Individuen aus, die der „Inbegriff der Charakterlosigkeit“ seien, und „es lohnt der Mühe, diese Sonderlinge ... einzeln einer analytischen Betrachtung zu unterziehen“, aber „die Wirkung des analytischen Prozesses ist bei diesen Menschen gleich Null“ (S. 325ff.). Sterns (1938) umfassende und differenzierte Schrift über die „border line group of neuroses“ prägte bis heute alle nachfolgenden Ausführungen zur Diagnostik und (modifiziert-psychoanalytisch) Falltherapie (einschl. der Übertragung) der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Schmeideberg (1947) zog einen Vergleich zwischen Psychopathen und Borderline-Fällen, die weder neurotisch noch psychotisch und stabil in ihrer Instabilität seien. Hoch und Polatin (1949) postulierten die pseudoneurotische Schizophrenie und Fromm-Reichmann (1954) zählte Borderline häufigsten Patienten.

Die Zeit der Etablierung: Klein, Kernberg, Volkan und andere

Kleins (1946, 1962) Theorie von der Teilwahrnehmung der Objekte, also von Teilobjektbeziehungen führte zur Annahme der Existenz der „guten“ und „bö-

sen“ Brust der Mutter (paranoid-schizoide Position). Wut werde projiziert, wodurch paranoide Angst vor den bösen, vernichtenden Objekten entstehe, das gute Objekt hingegen werde introjiziert. Das Kind halte die guten und bösen Anteile durch Aufspaltung der Mutter in eine gute und böse Imago getrennt, um die ersteren vor den letzteren zu schützen. Zu diesem Prozess sei insbesondere die projektive Identifizierung notwendig. Erst in der depressiven Position sei die Wahrnehmung der Mutter als ganzes (gutes und böses) Objekt möglich. Wenn nun schmerzliche Erfahrungen erfolgten, regrediere das Kind in die paranoid-schizoide Position zur Vermeidung von Ambivalenz und Schuldgefühlen.

Die Entwicklung von spezifischen Abwehrmechanismen zur Abwehr von Angst

Winnicott (1978, 1992, S. 211) postulierte, dass bei einer unzuverlässigen, nicht haltenden Mutter bzw. Umwelt der Säugling spezifische Abwehrmechanismen entwickle, er sei „beschäftigt mit der doppelten Aufgabe, das wahre Selbst zu verbergen und sich den Forderungen zu fügen, die die Welt ... an es stellt.“ Dadurch bedingte Verzerrungen lägen bei Borderline-Patienten vor (1965, 1984), gegen die mit der fehlenden Erfahrung eines Gehaltenwerdens verbundene Angst werde die Abwehr mittels Desintegration eingesetzt. Die Funktion des Haltens sei auch für die Borderline-Therapie notwendig, zudem solle der Therapeut die tiefe Angst des Patienten kennen und verstehen. Winnicott führte einen „dritte(n) Bereich des menschlichen Lebens“ (1971, 1995, S. 11) ein, einen zwischen Innen- und Außenwelt angesiedelten Erlebensbereich.

Die Störung des Individuationsprozesses als Grundlage der Borderline-Störung

Für Mahler (1975a, b) ist die Borderline-Störung das Resultat einer Störung des Prozesses von Loslösung und Individuation in der Wiederannäherungsphase; als deren Folge müsse das Kind auf die Vorstellung von der eigenen Größe und auf die eigene Beteiligung an der Allmacht der Eltern verzichten. So entstünde einerseits Enttäuschung über und

Hass auf die Mutter, andererseits aber halte das Kind am Bild der guten, völlig mit ihm verbundenen Mutter fest. Das Kind habe die Objektwelt permanent in gut und böse aufgespalten und verteidige so das gute Objekt gegen die Abkömmlinge des Aggressionstrieb. An diesen Zustand sei der Borderline-Patient fixiert.

Nach Masterson (1976, 1992) – sich beziehend auf Mahler – habe die Mutter dem Patienten als Kind in der Separations- und Individuationsphase die Liebe entzogen, was eine Verlassenheitsdepression auslöse. Es geht also weniger um das gute/böse, denn um das belohnende/verlassende Objekt. Das Kind verleugne die Trennung und durchlaufe nicht die Individuation. In der Behandlung habe der Therapeut als reale Person die Individuation des Patienten zu unterstützen und ihn mit der Verleugnung der Destruktivität seines pathologischen Ich zu konfrontieren, damit sich ein Real-Ich entwickeln könne. Die Durcharbeitung der Verlassenheitsdepression führe zur Umwandlung der gespaltenen Objektbeziehungs-Teileinheiten in integrierte Einheiten und des gespaltenen in ein integriertes Ich.

Das Konzept der Borderline-Organisation

Insbesondere Mahlers Objektbeziehungsansatz, aber auch Freuds Strukturmodell, Ich-psychologische Konzepte und die Objektbeziehungstheorie synthetisierte Kernberg (1967; 1978, 1990). Kernbergs Theorie zur Spaltung widerspricht aus Sicht der Säuglingsforschung Dornes (1993, 1995): Der Zustand der Aufgespaltenheit von Selbst- und Objektrepräsentanzen werde nicht erst ab 18 Monaten durch Integration überwunden, sondern Selbstempfinden und Objektwahrnehmung seien schon in den ersten Lebensmonaten einheitlich. Durch diesen Einwand wird die Borderline-Theorie Kernbergs nicht erschüttert, die davon ausgeht, dass die sog. Borderline-Persönlichkeitsorganisation zwischen einem höheren (neurotischen) und einem niederen (psychotischen) Funktionsniveau operiere. Die Niveaus unterschieden sich sowohl in der Abwehr, Ich-Identitätsstörungsprägung, Objektbeziehungsgestaltung, Realitätsprüfung sowie Übertragungsart als auch in der Reaktion auf Deutungen.

Insbesondere der Aggressionstrieb sei bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ausgeprägt, die auf der oralen Stufe fixiert sei. Das (sadistisch-rigide) Über-Ich sei nicht integriert. In der Grenzsetzungen und Strukturierungen einschließenden Therapie seien die hochgradig verzerrten negativen Übertragungsanteile unverzüglich zu bearbeiten, genetische Deutungen hingegen – jedenfalls anfangs – zu vermeiden. Die interpretative Bearbeitung primitiver Abwehrvorgänge bzw. der ihnen entsprechenden primitiven Objektbeziehungen des Patienten stärke das Ich und führe zur Auflösung der Pathologie.

Das Konzept des „Containers“ und der „haltenden Funktion“

Bion (1962) entwickelte Kleins Konzept der projektiven Identifizierung weiter als Beziehung zwischen Container (der Mutter) und Contained (das, was das Kind in die Mutter projiziert/verlagert, insbes. seine namenlosen Ängste). Im Container gereinigt werde es dann modifiziert zurückgegeben. In Bions Modell geht es weniger darum, dass die Mutter versorgt, sondern mehr darum, dass sie denkt und versteht. Das „Prinzip Container“ wurde auch auf die therapeutische Situation angewendet. Zur „Konkurrenz“ von Bions Container und Winnicotts haltender Funktion meinen Dulz et al. (2000, S. 496):

„Beim Containing durch das Team geht es ... um die ‚Eliminierung‘ unerwünschter Teile des Selbst, um negative Affekte und hier insbesondere um das Zentralsymptom der Angst als – wie wir heute wissen – Traumafolge, um den Preis der projektiven Identifizierung mit dem ‚Container‘ (sprich Therapeuten) und somit letztlich um den Preis der Forderung nach dem Ausbau eines Borderline-typischen und in der Therapie zu bearbeitenden und zu reduzierenden Abwehrmechanismus. Die haltende Funktion des Teams hingegen dient der Herstellung einer von vornherein nicht traumatisierenden Umgebung ... , in der dann die übermächtigen Ängste des Patienten gar nicht erst angemessen sind und ... neue Erfahrungen möglich werden.“

Die Rolle des Traumas bei der Ausbildung einer Borderline-Störung

Eine wesentliche Ergänzung erfuhren die Theorien zur Ätiologie der Borderline-Störung durch den Nachweis der

Rolle von Traumata bei der Entwicklung der Störungen: Schwer und schwerstgestörte Borderline-Patienten sind fast alle realtraumatisiert worden, ohne dass ein monokausaler Zusammenhang besteht (Paris 2000). Dulz und Jensen (2000) fanden bei 82% der stationär behandelten Borderline-Patienten körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch, unter Einbeziehung schwerer Vernachlässigung stieg der Anteil auf 100%. Die Daten legen den Schluss nahe, dass derartige Ereignisse um so häufiger und – jedenfalls im subjektiven Erleben des Betroffenen – um so drastischer stattgefunden haben, je schwerer die Borderline-Störung ist.

Die Fülle der inzwischen vorliegenden empirischen Befunde zur Rolle von Traumatisierungen bei der Entwicklung von Persönlichkeits-Störungen führt auch zu einer neuen Aktualität von Freuds sog. Verführungstheorie (Dulz 2000a).

Für Rohde-Dachser (1979, 1995) ist die Borderline-Störung angesichts der massiven Kindheitstraumata eine Überlebensstrategie. Die Spaltung der Objektbeziehungen betreffe die Beziehung zu einem wichtigen Objekt der Kindheit, das gehasst und gleichzeitig zum Überleben gebraucht wurde.

Die Bedeutung von Spaltung und Spaltungsübertragung für die Borderline-Therapie

Von einer sechsstufigen Borderline-Therapie, die im Liegen durchgeführt werde und auf dogmatische Grenzsetzungen verzichte, geht seit Ende der 70er-Jahre Volkan (Volkan u. Ast 1992) aus. Zentral sei die Entwicklung einer Spaltungsübertragung, andere Formen der Übertragung könne der Patient nicht entwickeln. Notwendig sei die therapeutische Regression, damit der Patient die Spaltung aus Abwehr aufgeben und zur entwicklungsgemäßen Spaltung zurückkehren könne, wodurch er lerne, Selbst- und Objektrepräsentanzen zu integrieren.

Divergierende und integrierende theoretische Ansätze

Adler et al. (1983, 1994) sehen im Gegensatz z.B. zu Kernberg die Borderline-Störung nicht als diagnostische Entität und bevorzugen als Terminus „schwere sadomasochistische Charakterstörung.“

Insbesondere existierten keine spezifischen, allen Borderline-Patienten gemeinsame entwicklungsbedingte oder strukturelle Probleme; zwischen intensiver Ambivalenz und Spaltung bestehe kein Unterschied. Wie bei allen, so habe auch bei diesen Patienten die Verdrängung einen entscheidenden Anteil an der Abwehrstruktur. In der Analyse seien genetische Deutungen schon früh fruchtbar als Mittel zur Angstverminderung. In Abgrenzung auch von Masterson sei eine Konfrontation mit regressivem Verhalten nicht zu empfehlen.

Heigl-Evers et al. (1993) verbinden für ihre psychoanalytisch-interaktionale Methode u.a. Techniken des Antwortens, der Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion und des Umgangs mit Affekten. Angestrebt werde eine Veränderung der Borderline-Objektbeziehungen in Richtung auf triadische Ganzobjektbeziehungen.

Dulz und Schneider (1995, 1996) integrierten für ihren für die stationäre Borderline-Psychotherapie entwickelten Ansatz Elemente von Ferenczi (Sympathie als Fundament der therapeutischen Beziehung), Winnicott (haltende Funktion) sowie von Kernberg (technische Neutralität); das flexible Setting sei stets dem aktuellen Befinden des Patienten anzupassen mit dem Ziel der Bearbeitung von Realtraumata in einer haltenden, nicht-ängstigenden Umgebung durch ein multiprofessionelles Team. Nach Dulz und Schneider, aber auch Hoffmann (2000) stellt also Angst den Kernaffekt der Borderline-Störung dar, für Kernberg (1997) hingegen Wut und Hass (s. hierzu weiter unten).

Diagnostik

Die Diagnose „Borderline-Störung“ wurde lange Zeit als Verlegenheitsdiagnose benutzt für Patienten, auf die keine der klassischen psychiatrischen Diagnosen zuzutreffen schien. Das änderte sich erst 1980 mit der Aufnahme der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung in die 3. Revision des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM) und der Entwicklung standardisierter bzw. halbstandardisierter Interviews zur Prüfung der Diagnose.

Wenn die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf der Ebene der Psychopathologie diagnostiziert wird, z.B. anhand von DSM-IV-Kriterien (APA 1994,

Übersicht

s. unten), dann weist sie eine hohe Komorbiditätsrate auf, und zwar sowohl mit anderen Persönlichkeitsstörungen als auch mit anderen psychischen Störungen auf der Achse I des DSM. Nach Fiedler (1994, 1995) ist die Komorbidität unter den Persönlichkeitsstörungen so hoch, dass es kaum eine persönlichkeitsgestörte Person gebe, die nicht die Kriterien von mindestens zwei Persönlichkeitsstörungenbildern erfülle.

Die Frage der Komorbidität stellt sich nicht, wenn die Diagnose im Kontext eines psychoanalytischen Konzepts der Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt wird, weil dort, wie oben dargestellt, die Störung als nosologische Einheit mit eigener Ätiologie aufgefasst wird. Die psychoanalytische Diagnostik stützt sich auch auf psychopathologische Merkmale, viel stärker aber auf Strukturmerkmale, z.B. auf das Ausmaß der Fähigkeit zur Realitätskontrolle. Zur Erfassung dieser Strukturpathologie entwickelte Kernberg (1988, 1991) das „Strukturelle Interview“.

Dennoch scheinen die beiden diagnostischen Zugänge nicht zu völlig un-

terschiedlichen Ergebnissen zu führen. Zwischen dem Kernbergschen „Strukturellen Interview“ und dem eher deskriptiv konzipierten „Diagnostischen Interview für das Borderlinesyndrom“ (DIB) von Gunderson (1985) wurde eine diagnostische Übereinstimmung bei 71% der Fälle gefunden (Carr et al. 1979; Kernberg et al. 1981).

Das DIB zeichnet sich durch eine hohe Interraterreliabilität und internationale Verbreitung aus. Eine deutsche Übersetzung der revidierten Fassung des DIB findet sich bei Rohde-Dachser (1995, S. 225ff.), Hinweise zur Anwendung bei Schödlbauer et al. (1997).

Psychodynamische Therapiekonzepte

Wie bereits aus der Zusammenstellung der verschiedenen Konzepte der Borderline-Störung ersichtlich geworden ist, ergeben sich aus den Unterschieden in den Auffassungen zur Ätiologie der Borderline-Störung entsprechend unterschiedliche Therapiekonzepte. Dennoch haben sich im Laufe der Entwick-

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 301.83 (F60.31) Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen.

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. **Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.**
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. **Identitätsstörung:** ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. **Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen** (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. **Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.**
6. **Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung** (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. **Chronische Gefühle von Leere.**
8. **Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren** (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. **Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.**

lung Behandlungsprinzipien für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen herausgeschält, deren Bedeutsamkeit von vielen psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten allgemein anerkannt wird. Eine erste Zusammenstellung dieser therapeutischen Prinzipien geht auf Rohde-Dachser (1979, 1995) zurück. Sie wird ergänzt durch neu entwickelte Behandlungsakzente, z.B. die traumazentrierte Psychotherapie (Reddemann u. Sachsse 2000), und solche, die sich im stationären Rahmen bewährt haben (vgl. Dulz et al. 2000).

Allgemeine Prinzipien des therapeutischen Settings bei ambulanter und stationärer Borderline-Therapie

- Als oberstes Prinzip jeder Borderline-Therapie wird ein variables Setting angesehen, das den jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen des Patienten angepaßt werden muss.
- Persönliche Sympathie für den Patienten (stationär: bei zumindest einigen Teammitgliedern).
- Technische Neutralität (jedes Teammitglieds) als „väterliche“ Komponente.
- Haltende Funktion im Sinne Winnicotts (durch das gesamte Team) als „mütterliche“ Komponente.
- Das Agieren des Patienten ist zu kontrollieren und zu steuern, ggf. durch deutliche und eindeutige Grenzsetzungen.
- Der Patient sollte umfassend über die Art seiner Erkrankung und das gewählte Therapiesetting aufgeklärt werden. Dazu gehört die Erläuterung wesentlicher psychodynamischer Annahmen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung sowie ggf. der Gründe für eine Medikation und eine Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen.

Beispielsweise bedeutet es für viele Patienten eine Entlastung, erklärt zu bekommen, dass sie unter Trennungen – und seien es nur vorgestellte oder befürchtete – sehr viel stärker als andere Menschen leiden und dass reale oder befürchtete Trennungen häufig Auslöser für heftige Symptome darstellen, z.B. ein Gefühl innerer Leere auslösen. Umgekehrt könnten sie sich auch fragen, ob ihre plötzlich aufgetauchten Suizidgedanken nicht darauf zurückzuführen seien, dass sie fürchten, von

jemanden verlassen zu werden, den sie sehr mögen.

- In der Regel ist den ohnehin oft wechselnden Symptomen weniger Aufmerksamkeit zu schenken als der Ich-Struktur und dem aus ihr resultierenden Verhalten, insbesondere bezüglich der Gestaltung von Beziehungen.

Allgemeine Prinzipien ambulanter und stationärer Borderline-Therapie

- Die am wenigsten konflikthafter Persönlichkeitsbereiche des Patienten werden eruiert, und auf diese erstreckt sich die therapeutische Arbeit in der ersten Therapiephase, um der Selbstentwertung entgegenzuwirken. Erst nach Ausbildung einer tragfähigen Beziehung und bereits fortgeschrittener Ich-Strukturierung werden die stärker mit Angst verbundenen Konfliktbereiche untersucht und bearbeitet – dies betrifft die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Eltern, aber auch einen sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung.
- Zu Beginn der Therapie sollten in Einzel- und Gruppensitzungen Schweigepausen alsbald unterbrochen werden. Später entwickeln die Patienten mehr Frustrationstoleranz, aber auch dann sollte eine besonders andauernde Schweigepause nicht ununterbrochen bleiben, da ansonsten die Angst des Patienten zu- und seine Fähigkeit zur Introspektion abnimmt.
- Zur freien Assoziation wird in der Regel nicht aufgefordert. Vielmehr werden die Mitteilungen und Assoziationen des Patienten in Richtung eines verbesserten Realitätsbezugs gesteuert. Statt der freien Assoziation steht das oft von verzerrten Wahrnehmungen bestimmte Verhalten des Patienten (bzgl. Mitpatienten und Teammitgliedern) im Zentrum der Therapie.
- In der Regel sollten keine genetischen Deutungen gegeben werden. Statt dessen sollten bevorzugt Deutungen vorgenommen werden, die sich insbesondere auf die Abwehr des Patienten beziehen und zu einem verbesserten Realitätsbezug des Patienten beitragen können.
- Gegebenenfalls muss der Patient mit verleugneten Inhalten und Gefahren nachdrücklich konfrontiert werden.

- Die positive Übertragung sollte nach Möglichkeit gefördert werden, damit die therapeutische Beziehung eine Stabilisierung erfährt – manchmal auch durch Partei ergreifung für den Patienten.

Beispiel einer entsprechenden Therapeutenäußerung: „Sicherlich war Ihre Mutter in der Zeit der Scheidung von Ihrem Vater sehr belastet und hatte gar nicht die Zeit, sich um Sie zu kümmern. Dennoch sind Sie von ihr allein gelassen worden und haben sehr darunter gelitten.“

- Eine positive Übertragung sollte nicht gedeutet werden; dieses kann zwar der Entlastung des Therapeuten dienen, birgt aber die Gefahr eines Rückzugs des Patienten, der – gewissermaßen im „Gegenzug“ – seine (Pseudo-)Autonomie stärken zu müssen meint: unter Umständen auch durch einen Therapieabbruch, der nicht selten allein „Schutz“ vor einer nun doch aufgenommenen intensiven und durch die Deutung vor allem bewusst gewordenen Beziehung (zum Therapeuten) bietet, sind doch enge Beziehungen bislang primär als traumatisierend und/oder unzuverlässig erlebt worden.
- Abgespaltene und inner- wie außerhalb der Therapie agierte negative Übertragungen sollten erkannt und thematisiert werden, wobei es häufig günstig zu sein scheint, diese in der ersten Therapiephase zunächst zu tolerieren, um dem Patienten das dann zwangsläufig erfolgende Anfluten der Angst bei abruptem Verlust der „bewährten“ Abwehrstrategie zu ersparen.
- Die Bilder der frühen Bezugspersonen sollten mit dem Ziel entzerrt werden, dass diese dem Patienten nunmehr als Menschen mit Vorzügen und Schwächen erscheinen (Entdämonisierung und Entidealisierung).
- Dem Patienten sollte nach Möglichkeit immer wieder bestätigt werden, dass er liebesfähig (und liebenswert) ist. Die Verzerrungen, in denen sich seine Liebesbedürfnisse manifestieren, sollten bearbeitet und befriedigendere Möglichkeiten für die Verwirklichung dieser Bedürfnisse gefunden werden.
- Dem Patienten sollte ggf. immer wieder versichert werden, dass die technische Neutralität des Therapeuten keine Ablehnung bedeutet.

Übersicht

- Gegenübertragungsgefühle sollten dem Patienten nach Möglichkeit mitgeteilt, verzerrte Wahrnehmungen der Person des Therapeuten korrigiert werden (Heigl-Evers u. Ott 1994). Dies beinhaltet die Beantwortung von Fragen, soweit sie nicht sehr persönliche Bereiche betreffen und ebenso dem Fortgang der Therapie dienen. Der Therapeut sollte sich, so Singer (1994, S. 834), als „reale Person“ präsentieren. Zwischen seinem Verhalten dem Patienten gegenüber und seinem Denken und Fühlen sollte Kongruenz bestehen.
- Die unbewusste Identifikationsphantasie, nach der ein Patient häufig alle seine Beziehungen gestaltet, sollte mit dem Ziel herausgearbeitet werden, die Fremdbestimmung durch eine sichere eigene Identität zu ersetzen; hierdurch verlieren Abwehrmechanismen wie projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenzgefühl an Bedeutung.
- Bei der Bearbeitung realtraumatischer Erlebnisse ist ein Investigieren zu vermeiden. Statt dessen sollte stets das, was der Patient berichtet, ernst genommen werden. Das wesentliche Kriterium sind die subjektiven Erinnerungen des Patienten und die damit verbundenen Gefühle. Auch abstrus erscheinende Berichte über Traumatisierungen sollten nicht zu Widerlegungsversuchen und Argumentationen auf dem Boden eigener Anschauungen Anlaß geben, sondern als schlüsselter Ausdruck früheren Erlebens angesehen werden. Die Traumatherapie (s. auch Reddemann u. Sachse 2000) kann auch genetische Deutungen und freies Assoziieren beinhalten. Ein solches, den Patienten sehr belastendes Vorgehen soll Spezialisten vorbehalten bleiben, um den Patienten (Induktion eines Suizids) nicht zu gefährden.

Natürlich sind nicht alle Interventionen auf der Grundlage der aufgeführten Therapieprinzipien bei jedem Patienten und zu jedem Zeitpunkt der Behandlung sinnvoll. Welche der Prinzipien das therapeutische Handeln bestimmen sollte, ist abhängig vom aktuellen Zustand des Patienten („variables Setting“). Bei einem Borderline-Patienten mit psychotischer Symptomatik beispielsweise unbewusste Identifikationsphantasien her-

ausarbeiten zu wollen, brächte eine kontraproduktive Überforderung und möglicherweise eine Dekompensation mit sich.

Welches Gewicht die einzelnen Therapieprinzipien in einer Behandlung zugewiesen bekommen, hängt natürlich auch von dem therapietheoretischen Kontext ab, innerhalb dessen die Behandlung erfolgt. So spielt das Prinzip der haltenden Funktion im Sinne Winnicotts in der übertragungsfokussierten Psychotherapie (s. unten) eine eher untergeordnete Rolle, in einer Gesprächspsychotherapie (s. unten) aber die zentrale. Unterschiedliche Auffassungen gibt es auch zu der für die therapeutische Haltung (Gegenübertragung) relevanten Frage, ob Angst oder Aggression bzw. welche Beziehung zwischen beiden die zentrale Funktion in der Ausbildung der Psychodynamik und Symptomatik der Borderline-Störung haben (vgl. auch Biermann-Ratjen u. Eckert 1999).

Zur Rolle der Angst in der Borderline-Therapie

Auf der Grundlage therapeutischer Erfahrungen im stationären Rahmen und in Abgrenzung von der Kernbergschen Therapiekonzeption (Kernberg et al. 1993) haben Dulz (2000b) und Hoffmann (2000) die Reduktion der Angst von Borderline-Patienten zur Leitlinie therapeutischen Handelns erhoben. Im Hinblick auf den therapeutischen Umgang mit der Angst der Borderline-Patienten schließt sich Hoffmann (S. 235) der Auffassung Mastersons (1976, 1992) an:

„Die Kunst der Therapie basiert in einzigartiger Weise auf der Fähigkeit, während des ganzen Behandlungsverlaufs von Moment zu Moment zu beurteilen, wieviel Konfrontation der Patient aushalten kann, damit der Fortschritt anhält, ohne daß gleichzeitig seine Angst so ansteigt, daß die Behandlung abbrechen muß. Es geht darum, die Trennungsangst gegen die Stärke der Übertragungsbeziehung zu titrieren.“

Auch Eagle (1988, S. 175) postuliert, dass in der Behandlung früher Traumata „die heilsamen therapeutischen Wirkungen nicht in erster Linie auf der Beseitigung von Entwicklungsdefiziten und strukturellen Defekten beruhen, sondern darauf, daß sie die Auswirkungen der unrealistischen Ängste und ungelösten Konflikte abmildern...“. Erst wenn eine

Angstreduktion gelingt, wird der Borderline-Patient zur Aufnahme einer therapeutischen Beziehung in der Lage sein und eine Therapie durchhalten können, während der es zwangsläufig immer wieder zu einem Anfluten der Angst kommen wird. Gerade um Realtraumata bearbeiten zu können, muss die Beziehung zwischen Therapeut und Patienten stabil und jedenfalls einigermaßen entängstigt sein.

Die manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung

Als eine neuere Entwicklung ist der Versuch zu erwähnen, die psychodynamische Therapie von Borderlinepatienten als lern- und lehrbar zu manualisieren (Clarkin et al. 1999; Dammann et al. 2000a). Mit diesem Schritt wird auch versucht, den Anforderungen der Psychotherapieforschung gerecht zu werden.

Das Manual zur übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP=Transference Focused Psychotherapy) beschreibt wesentliche Elemente des therapeutischen Vorgehens, z.B. Diagnostik, Bestimmung von Therapiezielen, Merkmale des Therapieprozesses, Therapietechniken (u.a. Klärung, Konfrontation, Deutung), Therapiephasen (Kontraktphase, Eingangs-, Mittel- und Schlussphase der Behandlung), Umgang mit besonderen Problemsituationen (z.B. Suizidalität und Selbstverletzung, Vertragsbruch, Kontakt mit anderen Therapeuten, Medikation, Telefonieren mit dem Therapeuten). Das Durchlaufen der Kontraktphase dient gerade auch der Beziehungsaufnahme, und die so entstandenen Verträge – das muß betont werden – sind gegenseitige Vereinbarungen und also auch für die Therapeuten bindend, die den Kontrakt mit ihrem Patienten nicht seltener als diese brechen.

Sofern es möglich war, sind für diese einzelnen Elemente Regeln aufgestellt worden, deren Umsetzung unterschiedlich schwierig ist. Eine einfache Regel lautet, dass bei längerer Abwesenheit des Therapeuten, besonders im ersten Behandlungsjahr, ein Ersatztherapeut zur Verfügung stehen sollte. Eine komplizierte Regel besteht in der korrekten Erfüllung der vier zentralen, aufeinander aufbauenden Therapieziele. So

ist als Ziel 1 die Definition der „dominierenden Objektbeziehung“ zu leisten. Diese Definition soll in vier Schritten erfolgen. Aber bereits der erste Schritt, nämlich die Erfahrung zu tolerieren, dass der Patient im Therapeuten jemanden sieht, der voller undurchsichtiger und im Zweifel bösartiger Motive steckt, kann für manche Therapeuten eine zu hohe Hürde darstellen.

Das Vorgehen stellt große Anforderungen an Therapeuten und Patienten, da es auf supportives Verhalten des Therapeuten, z.B. Trost und Ermutigung, verzichtet und vielmehr versucht, Aggressivität und selbstschädigendes Verhalten zum Fokus der Behandlung zu machen.

Aus klinischer Sicht liegt die Annahme nahe, dass mit der TFP (aber auch der DBT, hierzu s. unten) behandelbare Borderline-Störungen – zu nennen ist u.a. die notwendige Kontraktfähigkeit – nicht zu schwer sein dürfen, soll die Therapie erfolgreich abgeschlossen werden können. Die gerade anlaufende Beforschung der TFP wird hoffentlich dazu beitragen, auch die weitgehend offene Frage nach der Indikation für diese Behandlung zu klären. Die Klage über den Mangel an empirisch überprüften Indikationskriterien gilt auch für andere therapeutische Behandlungsansätze.

Wann ist welches therapeutische Setting indiziert?

In der Praxis der psychodynamischen Borderline-Therapie wurden in Abhängigkeit von der Schwere der Störung verschiedene therapeutische Behandlungskonzepte und Settings entwickelt (vgl. Kernberg et al. 2000), die spezifische Kenntnisse voraussetzen. Dazu wurden folgende Indikationsregeln aufgestellt:

- Borderline-Patienten mit ausreichend stabiler Objektrepräsentanz und Beziehungsfähigkeit sowie geringem Impulskontrollverlust sollten nach Möglichkeit ambulant behandelt werden. Das ambulante Setting sollte die Möglichkeit einer stationären Krisenbehandlung mit einschließen, wobei sich der dann zuständige Stationsarzt als Teil eines umfassenderen Behandlungskonzepts für den Patienten verstehen sollte, d.h. ambulanter Behandler und Stationsteam sollten eng miteinander kooperieren (Eckert 2000).

- Ich-strukturell schwer gestörte Borderline-Patienten, die folglich außerordentlich beziehungsgestört sind und Impulskontrollverluste erleiden, sollten zunächst stationär behandelt werden. Auf dem Weg aus der stationären in die ambulante Behandlung sollte nach Möglichkeit eine *spezialisierte* Tagesklinik liegen. Wichtig ist v.a., dass sich die verschiedenen Behandlungseinrichtungen als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes für einen Patienten verstehen. Andernfalls würde die Störung kaschiert bzw. u.U. manifestiert werden – aufgrund von Unzulänglichkeiten des Therapiekonzepts.
- Für besonders Ich-schwache Patienten wird eine primär strukturierte Therapie (ohne Deuten) mit soziotherapeutischen Hilfestellungen empfohlen.
- Für delinquente Borderline-Patienten, z.B. unter den Sexualstraftätern, sind spezielle Einrichtungen und spezielle Settings erforderlich (Pfäfflin 1997).

Eine empirische Überprüfung dieser Indikationsregeln steht noch aus. Das gilt auch für die Beantwortung der Frage, für welche Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Gruppenpsychotherapie (König u. Kreische 2000) oder eine Familientherapie (Cierpka u. Reich 2000) geeigneter ist als eine Einzelpsychotherapie.

Generell ist zu beklagen, dass die Indikationsstellung ausschließlich anhand der klinischen Erfahrung der Therapeuten erfolgt bzw. erfolgen muss, weil es bisher keine empirisch fundierten Indikationskriterien gibt. Das hat zur Folge, dass Abbruchraten zwischen 17% und 67% (Dammann et al. 2000b) berichtet werden, wobei die Abbruchraten im stationären Setting niedriger als im ambulanten zu sein scheinen.

Stationäre Psychotherapie

Die Gründe für eine stationäre Aufnahme von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer allgemeinspsychiatrischen Klinik sind v.a. Suizidalität und Suizidversuche, soziale Konflikte, Trennungserlebnisse, Depression (Einsamkeit und Isolation) und nicht zuletzt psychotische Erlebnisse (Pfitzer et al. 1990). Die Fortführung der stationären Behandlung ist v.a. dann indiziert, wenn die Selbst- oder

Fremdaggressivität so ausgeprägt ist und/oder die Symptomatik so einschränkend ist, dass ein Schutz erforderlich ist, der mit einer stationären Behandlung eher als in einem ambulanten Setting gewährt werden kann (Janssen 2000).

Als allgemein anerkannt gilt die Erkenntnis, dass eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nur in einem Rahmen möglich ist, der speziell auf die Behandlung dieses Krankheitsbilds eingestellt ist. Als wesentliche Bedingungen für eine stationäre Psychotherapie von Borderline-Patienten werden genannt:

- Ein Team von Mitarbeitern, die an der therapeutischen Arbeit mit diesen Patienten interessiert sind und über fundiertes Fachwissen verfügen, das sie in fallbezogener Supervisionsarbeit und kontinuierlicher theoretischer Fortbildung weiter ausbauen.
- Eine hohe personelle Konstanz im Team und bei der Betreuung der Patienten. Nach Möglichkeit sollte bei einer notwendigen Verlegung eines Patienten innerhalb der Klinik und auch bei einer Wiederaufnahme derselbe Therapeut zuständig sein. Therapeutenwechsel können aufgrund der häufig mangelhaft ausgeprägten Fähigkeit der Patienten zur Objektrepräsentanz die typischen Abwehrmechanismen beleben und die Störung „nähren“.
- Tägliche patientenbezogene Besprechungen („Fallkonferenzen“), so dass jedes Teammitglied jeden Patienten der Station und seinen derzeitigen Status kennt. Die engmaschigen Besprechungen dienen auch dazu, Teamkonflikte, z.B. vor allem in Form von Spaltungstendenzen, frühzeitig zu erkennen und zu bearbeiten.
- Formulieren von Therapiezielen für jeden einzelnen Patienten sowie für das Team als „Konzeptbestandteil“.
- Zum psychotherapeutischen Behandlungsangebot einer Borderline-Station sollten neben verbaler Einzel- und Gruppentherapie nach Möglichkeit auch körpertherapeutische Einzel- und Gruppenarbeit gehören, da bei missbrauchten und/oder misshandelten Borderline-Patienten regelmäßig schwere und schwerste Störungen des Körperschemas zu behandeln sind

Übersicht

(Dulz u. Schneider 1995, 1996; Dulz et al. 2000).

- Besteht die Notwendigkeit einer zusätzlichen medikamentösen Therapie, sollten nicht nur eine ausführliche Begründung der Maßnahme und Hinweise über Wirkungen und Nebenwirkungen gegeben werden, sondern auch psychodynamische Aspekte der Medikamentengabe berücksichtigt werden (Dulz 1997; Dulz u. Makowski 1999).

Zur stationären Behandlung von Borderline-Patienten ist kritisch anzumerken, dass eine empirische Überprüfung der Therapieprozesse und der Therapieeffekte bisher kaum erfolgt ist. In der weiter unten aufgeführten Übersichtsarbeit von Perry et al. (1999), in der 15 methodisch vertretbare Therapiestudien aus den Jahren 1974–1998 Berücksichtigung gefunden haben, findet sich nur eine (Lieberman u. Eckman 1981) aus dem stationären Bereich.

Ein verhaltenstherapeutisches Konzept

Aus der Verhaltenstherapie hat bisher v.a. ein Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen Verbreitung – auch in Deutschland – gefunden: Die im ambulanten Bereich entwickelte Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) von Marsha Linehan (1987; Linehan et al. 1991). Der Ansatz ist dem verhaltenstherapeutischen Paradigma verpflichtet, im Bereich der experimentellen Psychologie gefundene Gesetzmäßigkeiten der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung von Verhalten systematisch zu nutzen und die Ergebnisse empirisch zu überprüfen (Comtois et al. 2000). Zum Einsatz kommen in erster Linie vier therapeutische Strategien bzw. Interventionsmethoden, die in der Regel miteinander verknüpft werden:

1. Training von Kompetenzen: Es beinhaltet das Erlernen neuer Verhaltensweisen, den Ausbau bereits vorhandener Fertigkeiten und die Übertragung neu erlernter Verhaltensweisen auf geeignete Situationen.
2. Exposition: Wird das vorhandene Vermögen zu angemessenen Verhaltensweisen durch übermäßige Emotionen (z.B. Wut oder Angst) blockiert,

wird versucht, das dysfunktionale Verhalten (z.B. Vermeidungsverhalten) durch eine Exposition zu behandeln. Der Patient wird den Auslösern dieser Emotionen ausgesetzt.

3. Notfallmanagement: Zum Notfallmanagement wird dann gegriffen, wenn das Umfeld des Patienten dysfunktionale Verhaltensweisen verstärkt bzw. das Erlernen funktionaler Verhaltensweisen verhindert.
4. Kognitive Restrukturierung: Interventionen mit dem Ziel einer kognitiven Restrukturierung kommen dann zum Einsatz, wenn die Unfähigkeit eines Patienten, eine Veränderung vorzunehmen bzw. aufrechtzuerhalten auf einem dysfunktionalen Denk- und Überzeugungsmuster beruht.

Die Verhaltenstherapie der Borderline-Störung läßt sich am besten als komplexes Netzwerk verschiedener therapeutischer Interventionen beschreiben, deren Vielzahl damit begründet wird, dass Borderline-Patienten in der Regel in mehreren Bereichen gleichzeitig gestörtes Verhalten aufweisen. Eine empirisch gesicherte Antwort auf die Frage, welche Intervention wann angebracht ist, steht noch aus. In der therapeutischen Praxis versucht man durch eine Hierarchisierung der Therapieziele das Vorgehen zu strukturieren. So haben die Behandlung von Verhaltensweisen, die das Leben des Patienten gefährden oder die zu einem vorzeitigen Abbruch der Therapie führen können, stets Vorrang vor der Behandlung anderer Problemfelder.

Nach Comtois et al. (2000, S. 575) kann der Verhaltenstherapeut, der die Dialektische Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Borderline-Patienten einsetzt, verglichen werden mit „einem herausragenden Jazzmusiker, bei dem die technische Perfektion im Spiel auf seinem Instrument begleitet wird von einer Fähigkeit, spontan zu improvisieren, wenn sich sein Ensemble von dem ursprünglichen Notentext entfernt“.

Behandlungsziele und -schritte in der DBT

Die DBT hat das übergeordnete Therapieziel, dem Patienten ein „lebenswertes Leben“ zu ermöglichen, das (Comtois et al. 2000) in Form von vier Therapiezielen (Verhaltenskontrolle; Selbstachtung; Fähigkeit, ein Spektrum von

Gefühlen zu erleben; dauerhaftes Vermögen zur Lebensfreude) definiert wird. In dieser Zielsetzung unterscheidet sich die DBT nicht von der psychoanalytischen (Kernberg et al. 1993) oder der klientenzentrierten (Eckert 2000) Borderline-Therapie. Anders ist jedoch der Weg, den die DBT zur Erreichung dieser Ziele einschlägt. Auf dem Weg dorthin werden vier Einzelziele unterschieden, die aus dem spezifischen Störungsbild von Borderline-Patienten abgeleitet worden sind und in vier Therapie-stufen erreicht werden sollen:

1. Aufhebung fehlender Verhaltenskontrolle: Die Bearbeitung erfolgt gestuft in folgenden Bereichen:

- I. Reduktion suizidaler und selbstverletzender Verhaltensweisen
- II. Reduktion von Verhaltensweisen, die zu einem Therapieabbruch führen könnten
- II. Reduktion von Verhaltensweisen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen, z.B. Drogenkonsum oder wiederholte stationäre Behandlungen in kurzen Abständen
- IV. Ersatz fehlgepaßter durch adäquate Verhaltensweisen
- V. Erreichung individueller Therapieziele

2. Reduktion posttraumatischer Stressreaktionen: Das Ziel ist, die Fähigkeit, Emotionen zu erleben und zu verarbeiten, zu stärken. Es wird eine Expositionstherapie durchgeführt, wie sie u.a. Foa und Rothbaum (1998) vorgeschlagen haben.

3. Verbesserung der Fähigkeit, mit Lebensproblemen umzugehen: Es geht bei diesem Schritt um Lebensprobleme, die nicht notwendigerweise die Funktionsfähigkeit des Patienten beeinträchtigen, z.B. geringes Selbstvertrauen in bestimmten Situationen. Allgemeines Ziel dieser Behandlungsstufe ist die Hebung des Selbstwerts.

4. Beschäftigung mit dem Gefühl der Unvollkommenheit: Ziel ist es, die Fähigkeit zu dauerhafter Freude zu verbessern.

Auf dem Weg zur Erreichung dieser vier Therapieziele geht es um: Steigerung der Kompetenzen, Verbesserung der Motivation, Hilfe bei der Verallgemeinerung gelernter Verhaltensänderungen, Strukturierung des Umfeldes zur Unterstützung therapeutischer Fortschritte so-

wie Erweiterung der Fähigkeiten und der Motivation des Therapeuten (Comtois et al. 2000).

Behandlungsstrategien der DBT

Nicht alle in der DBT eingesetzten Behandlungsstrategien sind spezifisch für die Behandlung von Borderline-Patienten. Einige von ihnen verdeutlichen, warum das therapeutische Konzept dialektisch genannt wird.

1. Akzeptanzstrategien

Akzeptanz wird definiert als „Wahrnehmung der Realität und der eigenen Stärken und Schwächen des Patienten durch seine Umgebung und nicht notwendigerweise als deren Bestätigung“ (Comtois et al. 2000, S. 580).

Die DBT setzt zwei Strategien ein, um die Akzeptanz des Therapeuten dem Patienten zu kommunizieren: „Bestätigung“ und „Achtsamkeit“.

Bestätigung: „Bestätigung kommuniziert dem Patienten in unzweideutiger Weise, daß bestimmte Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen sinnvoll und vollkommen verstehbar sind. Der Therapeut akzeptiert in der Dialektisch-behavioralen Verhaltenstherapie den Patienten aktiv und kommuniziert diese Akzeptanz dem Patienten“ (Comtois et al. 2000, S. 580). Bestätigung habe verschiedene Funktionen. Die wohl wichtigste sei die Festigung der Therapeut-Patient-Beziehung, sie diene aber auch zur Erhöhung der Selbstbestätigung und des Selbstbewußtseins. In der DBT werden sechs Ebenen der Bestätigung unterschieden:

1. Ebene: Zuhören und Wahrnehmen
2. Ebene: Genaue Wiedergabe
3. Ebene: Artikulation des Unausgesprochenen
4. Ebene: Bestätigung bezogen auf die zugrundeliegenden Ursachen
5. Ebene: Bestätigung bezogen auf die aktuelle Situation und auf normale Verhaltensweisen
6. Ebene: Radikale Echtheit

Achtsamkeit: Das Konzept der Achtsamkeit basiert auf der asiatischen Meditationstechnik des Zen, bei der eine Person ihr eigenes Verhalten, einschließlich der Gefühle und Gedanken, genau beobachtet. Vermieden werden soll durch

diese Position, dass sich die Person von diesem Verhalten weder kontrollieren läßt, noch anstrebt, dieses zu kontrollieren.

2. Änderungsstrategien

Die in der DBT eingesetzten sieben Änderungsstrategien (Aufklärung, Selbstmonitoring, Verhaltensanalyse/Lösungsanalyse und Fallbeschreibung, Kompetenztrainingsstrategien, Expositionsstrategien, Management von Einflussfaktoren, Strategien der kognitiven Umstrukturierung) werden auch in anderen Verhaltenstherapien und kognitiven Verhaltenstherapien eingesetzt und aus diesem Grund hier nicht weiter erläutert.

3. Dialektische Strategien

Dialektische Strategien beruhen auf dem Prinzip, „scheinbare Gegensätze in der therapeutischen Beziehung und im Leben des Patienten aufzulösen“ (Comtois et al. 2000, S. 588).

Dieses Prinzip wird für die Behandlung von Borderline-Patienten als in hohem Maße relevant angesehen, denn solche Strategien sollen helfen, deren Tendenz zu einer Abwehr durch Spaltung zu überwinden. Die spaltende Abwehr führt bekanntlich dazu, dass die Borderline-Patienten das Selbst und die Objekte nach einem rigiden Entweder-Oder-Prinzip als „ganz gut“ oder „ganz böse“ erleben – ohne Zwischentöne, und ohne die Möglichkeit zu sehen, dass sich gut und böse nicht gegenseitig ausschließen.

Der DBT-Therapeut weigert sich also, die Position eines „Entweder-Oder“ zu akzeptieren, sondern vertritt die „Sowohl-Als-Auch“-Position. In diesem Sinne könnte z.B. eine scheinbar paradoxe Feststellung des DBT-Therapeuten lauten: „Jeder Tag ist ein guter Tag und das Leben ist voller Leiden“ (Comtois et al. 2000, S. 588).

Die therapeutische Beziehung in der DBT

Wie in anderen Therapieverfahren auch, stelle die therapeutische Beziehung in der DBT einen wesentlichen Faktor der Therapie dar (Linehan 1993).

Die Besonderheit der therapeutischen Beziehung in einer DBT bestehe nun darin, dass diese Beziehung sowohl

echt als auch strategisch sein solle. Die Beziehung soll zum einen unterstützend sein, d.h. Wärme, Schutz und Bestätigung vermitteln, und zum anderen Verhaltensänderungen bewirken.

Das Ziel der therapeutischen Beziehung in der DBT sei eine reale Beziehung mit allen ihr innewohnenden natürlichen Einflussfaktoren: „In der Dialektisch-behavioralen Therapie wird diese strategische, aber dennoch echte Beziehung durch den Kommunikationsstil und durch eine schrittweise Priorität der therapeutischen Beziehung gegenüber anderen hergestellt“ (Comtois et al. 2000, S. 590).

Die DBT setzt zwei Kommunikationsstile ein:

1. Reziproke Kommunikation mit dem Ziel, Akzeptanz zu stärken: Der Therapeut betont aus einer zugewandten und verständnisvollen Position heraus nach Möglichkeit die Gültigkeit dessen, was der Patient sagt. Reziproke Kommunikation zeichnet sich dadurch aus, dass sich der Therapeut „strategischer Selbstoffenbarungen“ bedient, z.B. dem Patienten mitteilt, daß ihn das, was der Patient erlebt hat, auch betroffen macht, oder er läßt den Patienten wissen, dass er sich über dessen Bereitschaft, an einer Expositionsgruppe teilzunehmen, freue.
2. Konfrontierende Schonungslosigkeit mit dem Ziel, Wandel zu unterstützen: Der Therapeut nimmt bei diesem Kommunikationsstil gegenüber dem Patienten eine Gegenposition ein: Er reagiert sachlich und trocken, wenn der Patient intensive Gefühle zeigt, bzw. er reagiert engagiert, wenn der Patient sachlich ist.

Die Ziele dieses Vorgehens sind: die Aufmerksamkeit des Patienten zu gewinnen, seine Affektlage zu verändern und ihn zu veranlassen, neue Perspektiven in der Problemsicht einzunehmen.

Der Patient wird bei dieser Technik nicht „dort abgeholt, wo er sich gerade befindet“, sondern mit den fehlenden, d.h. vom Patienten im Moment „unterschlagenen“ Aspekten des Problemverhaltens konfrontiert. Dazu ein Beispiel für eine Therapeutenäußerung: „Was meinen Sie damit, Sie wollen sich umbringen? Ich dachte, Sie hätten gesagt, dass Sie die Therapie nicht abbrechen wollen“ (Comtois et al. 2000, S. 591).

Übersicht

Wann ist nun welche Kommunikationstechnik therapeutisch günstig? Es gilt die Regel: Beide Kommunikationstechniken sollten jeweils prompt und in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander eingesetzt werden – zuviel reziproke Kommunikation führe zwar zu einer sicheren Bindung, aber eine Entwicklung unterbleibe, und zuviel konfrontierende Schonungslosigkeit könne zwar viel bewegen, berge aber die Gefahr, dass Patienten sich nicht angenommen oder verletzt fühlen mit der Folge eines Behandlungsabbruchs. Die von der Dialektisch-behavioralen Therapie angestrebte therapeutische Beziehung zeichnet sich ferner dadurch aus, dass sie vom Therapeuten „priorisiert“ wird, d.h. die Beziehung des Patienten zum Therapeuten hat Vorrang vor allen anderen Beziehungen des Patienten. Der Therapeut vermeidet es nach Möglichkeit, auf die anderen Beziehungen des Patienten außerhalb der Therapie Einfluss zu nehmen. Diese Strategie basiert auf der Zielvorstellung, dass die Patienten lernen sollen, für ihre Beziehungen selbständig zu sorgen und eine aktive Rolle in der Gestaltung von Beziehungen zu übernehmen. Werden außertherapeutische Beziehungen Thema in der Therapie, dann wendet der Therapeut in der Regel die „Patientenkonsultationsstrategie“ an, d.h. er versucht, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben und direkte Interventionen, z.B. Rat schläge, zu vermeiden. In der Art der Beziehung, die von dialektisch-behavioralen Therapeuten angestrebt wird, besteht wohl der augenfälligste Unterschied zu anderen Therapiekonzepten.

So steht die o.g. Annahme, in einer sicheren (therapeutischen) Bindung bestehe die Gefahr, dass weitere Entwicklung unterbleibe, z.B. in klarem Widerspruch zu den Annahmen des klientenzentrierten Konzepts (s.u.), wonach sich Selbstaktualisierung nur auf der Grundlage einer sicheren Bindung vollziehen und damit Veränderungen ermöglichen kann. Die Vorstellungen davon, wie therapeutische Veränderungen bewirkt werden bzw. sich entwickeln können, sind diametral entgegengesetzte: Dialektisch-behaviorale Therapeuten sind von der Notwendigkeit überzeugt, Kontrolle aus-

zuüben und Interventionen – an Zielvorstellungen orientiert – strategisch einzusetzen. Gesprächspsychotherapeuten sind davon überzeugt, dass ihre Aufgabe darin besteht, dem Patienten eine sichere Basis zu bieten, damit sich das dem Patienten innewohnende Entwicklungspotential (Aktualisierungstendenz) entfalten kann.

Klientenzentrierte (gesprächspsychotherapeutische) Konzepte

Auch in der Gesprächspsychotherapie, die ja wie die Psychoanalyse kein symptomzentriertes Verfahren ist, wurde das therapeutische Vorgehen auf die Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung abgestimmt.

Die Unterschiede im therapeutischen Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu psychodynamischer Psychotherapie und Dialektisch-behavioraler Therapie lassen sich in erster Linie auf Unterschiede in den Annahmen über die Entstehung der Borderlinepersönlichkeitsstörung zurückführen. Die Unterschiede zwischen DBT und Gesprächspsychotherapie bezüglich der Gestaltung der therapeutischen Beziehung wurden bereits skizziert. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis angebracht, dass die Annahmen zur Genese der Borderline-Störung in der DBT überwiegend implizite sind. Als symptomzentriertes Verfahren identifiziert die DBT dysfunktionale Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken und entwickelt Strategien zu ihrer Veränderung: Im Vordergrund steht also das Interesse an der Veränderung von Verhalten und Erleben, nicht aber das an der Identifizierung von deren Quellen.

Psychodynamische bzw. psychoanalytische und klientenzentrierte Konzepte der Borderline-Therapie sind viel stärker von den Annahmen über die Entstehung der Störung geprägt. Diese unterscheiden sich jedoch erheblich, z.B. im Hinblick auf die Rolle der Aggression bei der Entwicklung der Störung.

Kernberg (1978) vertritt im Rahmen seiner Objektbeziehungstheorie eine triebtheoretische Annahme: Er geht von einer konstitutionell bedingt ungewöhnlich intensiven und deshalb nicht phasenadäquat zu bewältigenden prägenitalen Aggression bei der späteren Borderline-Persönlichkeitsstörung aus. Diese Aggression verhindere – im 2. und

3. Lebensjahr – die altersgemäße Entwicklung der Fähigkeit zur Integration der bisher in gut und böse gespaltenen Selbst- und Objektbilder. Der Abwehrmechanismus der Spaltung werde nicht überwunden.

Die Wut des Borderline-Patienten wird vor dem Hintergrund dieser Annahmen als Ausdruck eines Triebentwicklungsdefizites angesehen (s. auch Eckert u. Biermann-Ratjen 2000, S. 595f.). In der Theorie der Gesprächspsychotherapie, die den Annahmen von Rogers bezüglich der Entwicklung eines Selbst bzw. Selbstkonzepts (Rogers 1987) folgt, sind Wut und Aggression nicht Ausdruck eines spezifischen Aggressionstriebes, sondern eine natürliche Reaktion auf psychische Bedrohung (Biermann-Ratjen u. Swildens 1993), d.h. Ausdruck eines Selbstentwicklungsdefizites:

„Für den Borderline-Patienten ist Wut bzw. Aggression ein nicht in das Selbstkonzept integrierbarer Bestandteil seines Selbsterlebens, und Wutgefühle oder gar Hass werden als die Existenz des Selbst bedrohend erlebt“ (Eckert 2000, S. 539).

Diese Unterschiede in den Annahmen zur Entwicklung der Borderline-Störung führen auch zu unterschiedlichen therapeutischen Zielsetzungen.

Bezogen auf das dysfunktionale Wuterleben von Borderline-Patienten ergibt sich für die triebtheoretisch begründete Auffassung das therapeutische Ziel, die natürlich vorhandene, aber übermäßige Aggressivität zunächst zu kontrollieren und dann zu reduzieren (Aronson 1989). Aus der selbsttheoretischen Auffassung der Genese der Borderline-Aggression ergibt sich das therapeutische Ziel, dem Patienten die Verbindung des Erlebens von Wut mit dem Erleben einer existenziellen Bedrohung des Selbst bewusst zu machen und dabei das Erleben von Wut als eine natürliche Reaktion auf eine (auch psychische) Bedrohung verstehbar und damit akzeptierbar zu machen.

Seit erkannt wurde, eine wie große Rolle Traumata bei der Entwicklung einer Borderline-Störung spielen (s.oben), ist auch bekannt, dass Borderline-Patienten nicht nur fürchten, manipuliert und missbraucht zu werden, sondern dass sie in ihren Beziehungen – auch in den therapeutischen – dem Gesetz des Wiederholungszwangs folgend Gefahr laufen, diese Erfahrungen zu wiederho-

len. Die klientenzentrierte Psychotherapie mit ihrem therapeutischen Prinzip der Nichtdirektivität bietet hier einen gewissen Schutz.

Das vorrangige Ziel des Gesprächspsychotherapeuten ist nicht, bestimmte Veränderungen beim Patienten zu bewirken, sondern ihn in seinem Erleben, seinen Erfahrungen und seinem problematischen Verhalten möglichst vollständig zu verstehen und anzuerkennen. Dieses therapeutische Beziehungsangebot mindert die Gefahr, dass der Therapeut eigene Zielvorstellungen entwickelt, z.B. möglichst rasch eine Symptomminderung zu erreichen, um darüber bestätigt zu bekommen, dass er auch für diese als schwierig geltenden Patienten kompetent und hilfreich sein kann.

Die klientenzentrierte Theorie der Borderline-Störung geht davon aus, dass die Selbstentwicklung von Borderline-Patienten dadurch behindert worden ist, dass sie in ihrer Kindheit nicht als eigenständige und in ihrem Erleben getrennte Wesen gesehen bzw. zugelassen worden sind. Um eine Beziehung nicht zu gefährden, versuchen Borderline-Patienten daher herauszufinden, welche Erwartungen der andere an sie hat, um sich danach richten zu können. Auch hier schützt das Prinzip der Nichtdirektivität den Therapeuten davor, diesen Wünschen der Patienten nach Anleitung, Führung und Ratschlägen unreflektiert und eigennützig – „ich bin für den Patienten eine hilfreiche Person“ – nachzukommen.

Inzwischen wurde eine Reihe von störungsspezifischen Regeln für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts vorgeschlagen (Eckert u. Biermann-Ratjen 2000). Sie beziehen sich auf folgende Bereiche:

- störungsspezifische Beachtung des Prinzips der Nichtdirektivität (s. oben)
- störungsspezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit des Therapeuten auf das eigene Selbsterleben, v.a. auf Abweichungen von der bedingungs-freien Anerkennung
- störungsspezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit auf das Selbsterleben des Patienten, insbesondere auf das Erleben von Wut und die Wechselhaftigkeit des Erlebens

- Zentrierung der Aufmerksamkeit auf das Auftauchen störungsspezifischer Themen in der Therapie, z.B. das spezifische Abwehrverhalten oder psychotische Erlebnisse
- störungsspezifische Gestaltung des therapeutischen Settings, z.B. Maßnahmen, die einen Therapieabbruch verhindern sollen

Bisher liegt nur eine prospektive empirische Langzeitstudie zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit Borderline-Störungen vor (s. unten). Die Ergebnisse bestätigen klinische Erfahrungen (z.B. Swildens 1991), nach denen Gesprächspsychotherapie für viele dieser Patienten eine wirksame Behandlung darstellt.

Differentielle Indikation

Auch wenn davon auszugehen ist, dass eine auf die Behandlung von Borderline-Patienten abgestimmte Gesprächspsychotherapie bei diesen Patienten indiziert ist, muss einschränkend festgestellt werden, dass die Prognose eines Erfolgs von Gesprächspsychotherapie nicht für alle Borderline-Patienten gleich gut ist. Einige Borderline-Patienten würden möglicherweise von einer Dialektisch-behavioralen Therapie, andere wiederum von einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie mehr profitieren. Die therapeutischen Wege, die die drei Therapieansätze bedeuten, sind sehr unterschiedlich, und nicht jeder Patient kann auf jedem dieser Wege gut gehen. Dass viele Patienten auf einen für sie nicht geeigneten Weg geschickt werden, zeigen die (bereits erwähnten) hohen Abbruchquoten. Zählt man die Patienten, die die Therapie zwar nicht abbrechen, aber ohne Erfolg beenden, noch dazu, dann ergibt eine konservative Schätzung, dass die Hälfte der Patienten fehlindiziert sind. Man kann vermuten, dass zumindest ein Teil dieser Patienten von einer anderen Behandlung hätte profitieren können. Aber wir sind noch weit davon entfernt, die Frage nach der Indikation als eine Frage der differentiellen Indikation zu begreifen: Welcher Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung profitiert von welchem therapeutischen Angebot am ehesten? Da diese Frage kaum gestellt wird, ist es auch nicht verwunderlich, dass es bisher

auch keine Antwort auf sie gibt, jedenfalls keine empirisch überprüfte.

Weitere Konzepte zur Behandlung von Borderline-Patienten

Direkt der Psychoanalyse entstammen die wegen der bei Borderline-Störungen häufigen Körperschemastörungen wichtigen körpertherapeutischen Verfahren (Petzold 1992). Klinisch bewährt hat sich auch der Einsatz von Gestaltungs-/ Kunsttherapien, die insbesondere dann hilfreich sind, wenn die Patienten wenig fähig zur Verbalisierung sind. Dem Einwand, Borderline-Patienten seien unfähig zur Symbolisierung (Marmer u. Fink 1994), ist so nicht zuzustimmen. Die nicht selten sogar hohe Symbolisierungsfähigkeit drückt sich z.B. auch in den Pseudohalluzinationen aus: Allerdings ist die Art der Symbolisierung auch in den Träumen eine andere als bei Patienten mit neurotischer Persönlichkeitsorganisation.

Empirische Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien

Empirische Studien haben bestätigt, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen über lange Zeiträume hinweg in ihren sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionen erheblich beeinträchtigt sind und in klinisch bedeutsamer Weise darunter leiden (Perry 1993). Entsprechend umfangreich ist ihre Inanspruchnahme von psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungseinrichtungen (Perry et al. 1987).

In einer neueren Übersichtsarbeit über Psychotherapiestudien im Bereich der Persönlichkeitsstörungen für den Zeitraum von 1974 bis 1998 berichten Perry et al. (1999) von 15 Untersuchungen, die den von ihnen aufgestellten Kriterien für methodisch akzeptable Wirksamkeitsstudien genügen. Es handelt sich durchweg um prospektive Studien mit Prä- und Postdaten und/oder katalognestischen Daten, so dass die Berechnung von Effektstärken möglich war. Von diesen 15 Studien sind nur drei sog. RCT-Studien, d.h. Studien mit zufalls-mäßiger Zuweisung zu Behandlungs- und Kontrollbedingungen und manualgeleiteter Behandlung, von denen nur eine einzige (Linehan et al. 1994) Borderline-Patienten untersucht.

Übersicht

Diese magere Ausbeute von methodisch akzeptablen Studien zur Wirksamkeit von Borderline-Psychotherapie aus einem Zeitraum von immerhin 24 Jahren ist sicherlich auch ein Spiegel der vielfältigen methodischen Probleme bei der Erforschung der Wirksamkeit von Psychotherapie bei diesen Patienten (vgl. Dammann et al. 2000b). So stellen die erheblichen Schwierigkeiten von Borderline-Patienten hinsichtlich ihrer Selbsteinschätzung und die rapiden Wechsel in Befindlichkeit und Symptomatik die Wissenschaft vor nur schwer lösbare Aufgaben (Dulz u. Makowski 1999).

Ein weiteres Problem ist das der Bildung von angemessenen Kontrollgruppen. Eigenwartegruppen als Kontrollgruppen sind ethisch nicht zu vertreten: Eine Parallelisierung von Wartezeit und Therapiezeit würde Wartezeiten von einem Jahr und länger bedeuten. Ein anderes großes Problem ist die Repräsentativität der Behandlungsgruppen. Abbruchquoten von über 60% in den ersten drei Behandlungsmonaten (Skodol et al. 1983; Waldinger u. Gunderson 1984) schränken die Generalisierbarkeit der Therapieergebnisse auf alle Borderline-Patienten erheblich ein bzw. lassen sie eigentlich nicht zu. Die allgemeine Gültigkeit der Ergebnisse von Borderline-Studien wird auch durch die hohe Komorbidität dieser Störung eingeschränkt. Die klinische Praxis lehrt z.B., dass sich z.B. Borderline-Patienten, die auch eine Eßstörung aufweisen, klinisch erheblich von Borderline-Patienten unterscheiden, die zusätzlich die Kriterien für eine Major Depression erfüllen, und dass zwischen sexuell missbrauchten und körperlich misshandelten Borderline-Patienten klinisch relevante Unterschiede bestehen (Dulz u. Jensen 2000).

Vor diesem Hintergrund sind die Aussagen zu sehen, die Perry et al. (1999) in Bezug auf die empirisch festgestellte Effektivität von Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen treffen:

1. Psychotherapie bewirkt in den klinisch relevanten Erfolgskriterien bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen signifikante Verbesserungen.
2. Das Ausmaß der Verbesserungen, gemessen an den Prä-Post-Effektstärken, ist als groß einzustufen: 1,11 für

Veränderungen, die durch Selbstbeurteilungen der Patienten erfasst wurden (z.B. in der SCL-90-R oder im Fragebogen zur Erfassung Interpersonaler Probleme), und 1,29 für Fremdbeurteilungen (z.B. Veränderung in der Health-Sickness Rating Scale).

3. Nach im Mittel 1,3 Jahren psychotherapeutischer Behandlung erfüllen 52% der Patienten nicht mehr die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung.
4. Eine Modellrechnung auf der Basis dieser Ergebnisse ergab, dass die jährliche Genesungsrate bei Anwendung von Psychotherapie mit 25,8% zu schätzen ist und damit siebenmal höher ist als bei unbehandeltem Krankheitsverlauf mit einer geschätzten jährlichen Genesungsrate von 3,7%.

Diese Aussagen gelten für die Psychotherapie von Patienten mit unterschiedlichen Formen von Persönlichkeitsstörungen und für verschiedene Behandlungsmethoden, nämlich psychodynamische Psychotherapie (6 Studien), kognitiv-behaviorale Therapie (3 Studien), supportive Therapie (2 Studien) und interpersonale Gruppentherapie (2 Studien). Zwei Studien verglichen psychodynamische Psychotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie. Die Drop-out Rate war mit 22% im Mittel vergleichsweise niedrig, was sich auch auf die eher kurzen Therapiezeiten (im Mittel 36 Wochen mit 54 Sitzungen) zurückführen lassen dürfte, wenngleich u.E. die typischen Drop-out-Phasen sein dürften:

- der Beginn der Therapie und Beziehungsaufnahme
- der Beginn der belastenden Traumarbeit
- die Feststellung, dass alte (Abwehr-)Mechanismen nicht mehr „wirksam“ sind
- der Abschied vom Therapeuten

Die Autoren entnehmen ihren Daten den Hinweis, dass der Therapieerfolg mit der Diagnose, d.h. der Art der Persönlichkeitsstörung, zusammenhängt. Vermutlich sind die Behandlungsergebnisse von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung weniger gut.

Dammann et al. (2000b) weisen darauf hin, dass auch die Frage, welches Therapiekonzept für die Behandlung von Borderline-Patienten generell effektiver ist, nicht entschieden ist. Sie

vergleichen die Ergebnisse der Studie von Linehan et al. (1994) mit denen von Bateman und Fonagy (1999) und stellen fest, dass die erzielten signifikanten Effekte vergleichbar sind: Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzung sowie eine verringerte Anzahl von Hospitalisationen.

Auch die Ergebnisse einer Studie zur Wirksamkeit von klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei der Behandlung von Borderline-Patienten (Eckert et al. 2000) zeigen, dass die Borderline-spezifische Symptomatik in bemerkenswerter Weise reduziert werden konnte: Nur 2 (=14%) von 14 Patienten erfüllten vier Jahre nach Therapiebeginn noch die DIB-Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Vor diesem Hintergrund drängt sich der Verdacht auf, dass sich eine ähnliche Befundlage wie bei der Neurosen-therapie ergibt: Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gibt es keine generelle Überlegenheit eines bestimmten therapeutischen Ansatzes gegenüber anderen. Die sprichwörtliche Weisheit, dass viele Wege nach Rom führen, scheint auch für die Borderline-Therapie zu gelten. Vermutlich gilt aber auch, und dafür sprechen u.a. die hohen Drop-out-Raten, dass nicht jeder der angebotenen Wege für jeden Patienten gleichermaßen gut begehbar ist. Gesucht werden also differentielle Indikationsregeln, die die Zuweisung eines Patienten in die für ihn optimale Behandlung ermöglichen (vgl. Dammann et al. 2000b). Auf eine empirische Fundierung dieser Regeln werden wir angesichts der Komplexität dieser Forschungsfrage sicherlich noch lange warten müssen.

Künftige Entwicklungen

Die Entwicklung der Borderline-Therapie wird in der Zukunft sicherlich davon mitbestimmt werden, dass die Anzahl der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, unter denen die Borderline-Persönlichkeitsstörung die größte und vor allem die klinisch relevanteste Gruppe ist, seit Jahren zunimmt und ein Ende dieser Entwicklung bisher nicht auszumachen ist. Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird mit bis zu 2% in der Allgemeinbevölke-

zung (DSM IV [American Psychiatric Association 1994, 1996]) angegeben, Swartz et al. (1990) fanden eine Prävalenz (gemäß DSM-III-Kriterien) von 1,8%, Reich et al. (1989) von 2,1% und Maier et al. (1992) für Deutschland gemäß DSM-III-R-Kriterien von 1,3%. Die Prävalenz der Schizophrenie beträgt laut Scharfetter (1983) zwischen 0,2 und 0,4%. Also kommen Borderline-Störungen mindestens doppelt, möglicherweise sogar knapp zehnmal so häufig vor wie die schizophrenen Psychosen. Für die beiden Störungsbilder werden etwa gleich hohe Gesamtbehandlungskosten (Schizophrenie 6,99 Mrd. DM, Borderline 6,2 Mrd. DM) (Jerschke et al. 1998) aufgewendet, wobei die Ausgaben für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen aufgrund der ambulant und stationär zumeist unspezifischen und deshalb ineffektiveren Borderline-Behandlungen in erheblichem Maße ineffizient „verpulvert“ werden dürften – wengleich ein formal korrekter Umgang mit einem Borderline-Patienten oft schon ein Erfolg ist, ohne dass dies dann Therapie genannt werden könnte.

Im deutschen Sprachraum fanden Modestin und Toffler (1985) in einer Gruppe von psychiatrisch hospitalisierten Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen (ICD-9-Diagnose) rund 26%, welche die Kriterien der DSM-III- Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten. Die Daten einer neueren Untersuchung (Dulz et al. 1998) belegen, dass in 30% aller deutschen psychiatrischen Kliniken mindestens 15% der Patienten eine diagnostizierte Borderline-Störung haben (für die USA gehen Widinger u. Weissman 1991 ebenfalls von einem 15%-Borderline-Anteil in den psychiatrischen Kliniken aus) und in jeder 10. dieser Kliniken jetzt schon mehr als 25% der Patienten an einer Borderline-Störung leiden; 2/3 der befragten Kollegen gehen davon aus, dass die Borderline-Störungen künftig zunehmen werden.

Stone (2000) prognostiziert nach einer Analyse der vorhandenen epidemiologischen Daten, daß Borderline-Störungen im Begriff sind, sich zu einem Massenphänomen zu entwickeln. Prägte im vergangenen Jahrhundert die Schizophrenie fast alle psychiatrischen Kliniken konzeptionell und auch atmosphärisch, so werden dies im vor uns

liegenden Jahrhundert die Persönlichkeitsstörungen – und hierunter besonders die Borderline-Störungen – sein. Alles in allem sind die therapeutischen Konzepte deutschsprachiger psychiatrischer Kliniken – von wenigen Spezialangeboten abgesehen, die sich zumeist an gerontologische, suchtkranke, forensische und vereinzelt an depressive Patienten richten – immer noch fast ausschließlich auf die Behandlung psychotischer Störungen bezogen (Dulz et al. 1998). Somit sind die Kliniken nicht auf künftige Entwicklungen vorbereitet: zum Nachteil dieser großen Borderline-Patientengruppe und, da psychotische Patienten aufgrund immer besserer außerklinischer Versorgung immer weniger stationärer Behandlung bedürfen (werden), in absehbarer Zeit zum Nachteil der Kliniken selbst. Krankenhäuser – und unter ihnen besonders psychiatrische Kliniken – tun sich in der Regel bedeutend schwerer als etwa Hersteller von Automobilen, Tierkleidung, Software und Müsli, wenn es darum geht, das Angebot der künftigen Nachfrage anzupassen und somit den gesellschaftlichen Auftrag hinsichtlich der therapeutischen Versorgung der Bevölkerung auszuführen. Jenen gegen Innovationen in psychiatrischen Institutionen häufig zu hörenden Einwand „Aber das haben wir schon immer so gemacht!“ nähme in Industrie und Wirtschaft niemand in den Mund.

Fazit für die Praxis

Auch im Rahmen einer psychotherapeutischen Praxis mag eine Spezialisierung auf Persönlichkeitsstörungen fachlich sinnvoll sein – allein aufgrund der Vielzahl psychotherapeutischer Techniken, deren Anwendung die Prognose eines Borderline-Patienten deutlich verbessert, z.B. Traumatherapie. Ökonomisch dürfte eine solche Spezialisierung erhebliche Probleme mit sich bringen – nicht allein wegen der Unzuverlässigkeit der Borderline-Patienten, insbesondere in Krisen, sondern auch wegen der Finanzierungsprobleme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Barth-Stopik 2000). Dieses Dilemma existiert im stationären/teilstationären Setting nicht, denn ökonomische Probleme etwa durch hohe Drop-outraten entstehen dort bei Spezialisierungen nicht. Daneben ist zu bedenken, dass

spezialisierte stationäre Behandlungen im Vergleich zu nicht spezialisierten allgemeinspsychiatrischen zu signifikant kürzeren Behandlungszeiträumen und damit geringeren Kosten führen (Dulz et al. 1998).

Obwohl die forensische Psychiatrie – zumindest was das Setting betrifft – bereits eine Spezialisierung darstellt, haben die praktischen Erfahrungen und die Forschung in der Forensik in Lippstadt (Eickelborn) dazu geführt, dass Persönlichkeitsstörungen auf einer auf diese Störungsbilder spezialisierten forensischen Station behandelt werden (Osterheider 1999, persönliche Mitteilung). Die Behandlung von Borderline-Patienten auf einer Spezialstation für Depressive ist – auch weil es sich bei depressiven Borderline-Patienten zumeist nicht um eine Depression im eigentlichen Sinne handelt (Dulz 2000b) – nach Ansicht von Wolfersdorf (1998, persönliche Mitteilung) ebenfalls kontraindiziert. Die Behandlung von Borderline-Patienten in Drogentherapieeinrichtungen erscheint ebenfalls nicht günstig: Sie sind vermutlich die Patienten, die eine „normale“ Drogentherapie nicht durchstehen bzw. nicht ausreichend von ihr profitieren und sie abbrechen bzw. ihren Hinauswurf provozieren. Entsprechende Studien sind uns zwar nicht bekannt, diese Hypothese entspricht aber unserer klinischen Erfahrung und auch der unserer Kollegen der hiesigen (Klinikum Nord/Hamburg) Drogentherapieabteilung, weshalb sie jene Borderline-Patienten, die dort zu scheitern drohen, auf der Borderline-Station mit der Frage einer Übernahme vorstellen. Eine Borderline-spezifische Weiterbehandlung führt oft zu einem gutem, aber fast immer zu einem besserem Erfolg. Das spricht nicht gegen die Qualität der Drogentherapien, sondern allein für die differenzierte Sichtweise dieser ja ebenfalls spezialisierten Kollegen. Das Spektrum, der „Formenkreis“ der Borderline-Störungen (Dulz 2000b), ist nun einmal so groß, dass keinesfalls davon ausgegangen werden kann, dass es „das eine“ Borderline-Behandlungskonzept gibt.

Zusammenfassend zeichnet sich folgende Zukunftsperspektive ab: Das Behandlungsangebot für diese Patientengruppe wird sich weiter differenzieren und es werden sich zunehmend mehr Therapeuten bzw. stationäre Behandlungseinheiten auf die Behandlung von Borderline-Patienten spezialisieren.

Der Praxis täte es sicherlich gut, wenn die Forschung Antworten auf folgende Fragen fände: Wie wirksam sind die jeweiligen

Borderline-Therapieverfahren, wie kann die Prognose des Behandlungserfolgs verbessert werden und welche Borderline-Patienten profitierten von welchem therapeutischen Angebot (differenzielle Indikation)?

Eine Antwort hat die Forschung auf eine für die Praxis sehr wichtige Frage jedoch bereits gefunden: Es gibt keine Kurztherapie für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mit welchem psychotherapeutischen Verfahren auch immer man Borderline-Patienten behandelt, die Behandlung braucht Zeit.

Literatur

- Adler SM, Porder MS, Willick MS (1983, 1994) Psychoanalyse von Borderline-Patienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- APA (American Psychiatric Association) (1994) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association/dt Bearb. und Einf. von Henning Sass, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig (1996) Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Aronson TA (1989) A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality. Historical trends and future directions. *J Nerv Ment Disease* 177:511–528
- Barth-Stopik A (2000) Die ambulante Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Probleme bei der Finanzierung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. *Persönlichkeitsstörungen* 4:95–99
- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563–1569
- Benedetti G (1977) Das Borderline-Syndrom. *Nervenarzt* 48:641–650
- Biermann-Ratjen E-M, Swildens H (1993) Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hrsg). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. GwG, Köln, S 57–142
- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J (1999) Gesprächspsychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen (PTT)* 3:90–97
- Bion WR (1962). *Learning from experiences*. Heinemann, London
- Bleuler E (1908) Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). *Allg Z Psychiatrie Psychisch-Gerichtliche Med* 65:436–464
- Carr A C, Goldstein E G, Howard F, Kernberg OF (1979) Psychological tests and borderline patients. *J Person Assoc* 43:582–590
- Cierpka M, Reich G (2000) Familientherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 613–623
- Clark LP (1919) Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoanal Rev* 6:306–308
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (1999). Psychotherapie für die borderline personality. Wiley, New York. Dt. Fassung (2000) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart New York
- Comtois KA, Bryan NC, Linehan MM (2000) Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 573–594
- Dammann G, Buchheim P, Clarkin JF, Kernberg OF (2000a) Einführung in eine übertragungsfokussierte manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, New York, S 461–481
- Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (2000b) 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
- Deutsch H (1934) Über einen Typus der Pseudoaffektivität („Als Ob“). *Int Z Psychoanal* 20:323–335
- Dornes M (1993, 1995) *Der kompetente Säugling*. Fischer, Frankfurt aM
- Dulz B (1997) Zur medikamentösen Behandlung von Borderline-Störungen. In: Buchheim PC (Hrsg) *Psychotherapie und Psychopharmaka*. Schattauer, Stuttgart New York, S. 169–185
- Dulz B (2000a) Über die Aktualität der Verführungstheorie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 11–25
- Dulz B (2000b) Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 57–74
- Dulz B, Gümmer S, Hoffmann SO, Sachsse U (1998) Zum aktuellen Stand der Versorgung von Borderline-Patienten: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Persönlichkeitsstörungen* 2:201–208
- Dulz B, Jensen M (2000) Aspekte einer Trauma-ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York S 167–193
- Dulz B, Makowski C (1999) Zur Pharmakotherapie und Pharmakoforschung bei Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 3:98–110
- Dulz B, Nadolny A (1998) Opfer als Täter – Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 2:36–42
- Dulz B, Schneider A (1995, 1996) *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Schattauer, Stuttgart New York
- Dulz B, Schreyer D, Nadolny A (2000) Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 483–504
- Eagle MN (1988) Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. Eine kritische Würdigung. *Internationale Psychoanalyse*, München Wien
- Eckert J (2000) Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Reimer Ch, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) *Psychotherapie*. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 537–554
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M (2000) Gesprächspsychotherapie nach Rogers – Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (2000) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York S 595–611
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M, Wuchner M (2000) Die langfristige Veränderung der Borderlinesymptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50:140–146
- Fenichel O (1931) *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen*. Int Psychoanal Verlag, Wien
- Fiedler P (1994, 1995) *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz, Weinheim
- Foa EB, Rothbaum BO (1998) *Treating the trauma of rape: Cognitive Behavior Therapy for PTSD*. Guilford Press, New York
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. *GW I, Bd 1*, S 77–312
- Freud S (1898) Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. *GW I, Bd 1*, S 491–516
- Freud S (1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW, Bd 11*
- Freud S (1925) Geleitwort zu „Verwahrloste Jugend.“ *GW XIV, Bd 14*, S 565–567
- Fromm-Reichmann F (1954, 1978) *Psychoanalytische und allgemein dynamische Konzepte der Theorie und Therapie*. In: Psychoanalyse und Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 132–140
- Gunderson JG (1985) Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom. Dt. Bearb.: Pütterich H. Beltz, Weinheim
- Heigl-Evers A, Heigl FS, Ott J (1993) *Abriss der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie*. In: Heigl-Evers A, Heigl FS, Ott J (Hrsg) *Lehrbuch der Psychotherapie*. Fischer, Stuttgart Jena, S 1–307
- Heigl-Evers A, Ott J (Hrsg) (1994) *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Hoch P, Polatin P (1949) Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Q* 23:248–276

- Hoffmann SO (2000) Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 227–236
- Hughes CH (1884) Borderland psychiatric records – prodromal symptoms of psychological impairment. *Alienist Neurologist* 5:85–91
- Janssen PL (2000) Inszenierung der Borderline-Pathologie im stationären Raum. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York S 505–514
- Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M (1998) Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiat* 66:545–552
- Kernberg OF (1967) Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15:641–685
- Kernberg OF (1978, 1990) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kernberg OF (1988, 1991) *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg OF (1997) *Aggression, Trauma und Haß in der Behandlung von Borderline-Patienten. Persönlichkeitsstörungen* 1:15–23
- Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) (2000) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York
- Kernberg OF, Goldstein EG, Carr AC, Hunt HF, Bauer SF, Blumenthal R (1981) Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods. *J Nerv Ment Dis* 169:225–231
- Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH (1993) *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Klein M (1946, 1962) *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett, Stuttgart
- König K, Kreische R (2000) *Gruppentherapie mit Borderline-Patienten*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 625–632
- Lieberman RP, Eckman T (1981) Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 38:1126–1130
- Linehan MM (1987) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder, theory and method. *Bull Menn Clin* 51:261–276
- Linehan MM (1993) *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48:1060–1064
- Linehan MM, Tudek DA, Heard HL, Armstrong HE (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 151:1771–1776
- Mahler MS (1975a) *Symbiose und Individuation*. Psyche 29:609–625
- Mahler MS (1975b) Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. *Psyche* 29:1078–1094
- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J (1992) Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord* 6:187–196
- Marmer SS, Fink D (1994) Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 17:743–771
- Masterson JF (1976, 1992) *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Mentzos S (1991) Einleitung. In: J Breuer, S Freud: *Studien über Hysterie*. Fischer, Frankfurt aM
- Modestin J, Toffler G (1985) *Borderline-Pathologie bei hospitalisierten Persönlichkeitsstörungen*. *Nervenarzt* 56:673–681
- Moore TV (1921) The parataxes: A study and analysis of certain borderline mental states. *Psychoanal Rev* 8:252–283
- Paris J (2000) *Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, New York, S 159–166
- Petzold HG (Hrsg) (1992) *Die neuen Körpertherapien*. dtv, München
- Perry JC, Lavori PH, Hoke L (1987) A Markov model of predicting levels of psychiatric service use in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. *J Psychiatr Res* 21:215–232
- Perry JC (1993) Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord [Suppl]*: 7:63–85
- Perry JP, Banon E, Ianni F (1999) Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 156:1312–1321
- Pfäfflin F (1997) Formen der Delinquenz – eine Einführung. *Persönlichkeitsstörungen* 4:156–160
- Pfitzer F, Rosen E, Esch E, Held T (1990) Stationäre psychiatrische Behandlung von Borderline-Patienten. *Nervenarzt* 61:294–300
- Reddemann L, Sachsse U (2000) *Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 555–571
- Reich W (1925) *Der triebhafte Charakter*. Int Psychoanal Verlag, Leipzig Wien Zürich
- Reich J, Yates W, Nduaguba M (1989) Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 24:12–16
- Rogers CR (1987) *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des Klientenzentrierten Ansatzes. GwG-Verlag, Köln
- Rohde-Dachser C (1979, 1995) *Das Borderline-Syndrom*. Huber, Bern Göttingen Toronto
- Rosse IC (1890) Clinical evidences of borderland insanity. *J Nerv Ment Dis* 78:669–683
- Scharfetter C (1983) *Schizophrene Menschen*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Schmideberg M (1947) The treatment of psychopaths and borderline patients. *Am J Psychother* 1:45–70
- Schödlbauer M, Biermann-Ratjen E-M, Brodbeck D, Ladendorf R, Rohde-Dachser C, Eckert J (1997) Zur Revision des „Diagnostischen Interviews für Borderline-Patienten“ (DIB). *Persönlichkeitsstörungen* 3:148–152
- Singer M (1994) A profile of specific psychotherapeutic actions for borderline pathology. *Psychiatr Clin North Am* 17:827–837
- Skodol AE, Buckley P, Charles E (1983) Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality. *J Nerv Ment Dis* 171:405–410
- Stern A (1938) *Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses*. *Psychoanal Q* 7:467–489
- Stone MH (1992) *Incest, Freud's seduction theory, and borderline personality*. *J Am Acad Psychoanal* 20:167–181
- Stone MH (2000) *Entwickeln sich die Borderline-Störungen zum Massenphänomen? Übersicht über epidemiologische Daten und Hypothesen*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York S 3–10
- Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I (1990) Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 4:257–272
- Swildens H (1991) *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen. GwG-Verlag, Köln
- Veith I (1965) *Hysteria. The history of a disease*. Univ Chicago Press, Chicago London
- Volkan VD, Ast G (1992) *Eine Borderline-Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Waldinger RJ, Gunderson J (1984) Completed psychotherapies with borderline patients. *Am J Psychiatry* 38:190–202
- WHO (1991) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) *Huber, Bern Göttingen Toronto*
- Widinger TA, Weissman MM (1991) *Epidemiology of borderline personality disorder*. *Hosp Comm Psychiatry* 42:1015–1021
- Winnicott DW (1965, 1984) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer, Frankfurt aM
- Winnicott DW (1971, 1995) *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Winnicott DW (1978, 1992) *Familie und individuelle Entwicklung*. Fischer, Frankfurt aM