

**Abschlussarbeit zur Erlangung des Grades MASTER OF ART (M.A.) am  
Psychology-Department der Cosmopolitan University Jefferson-City und Miami/USA**

**Intervention bei  
Borderline Persönlichkeitsstörungen:  
Der dialektisch-behaviorale Ansatz  
nach M. M. Linehan**

**Vorgelegt von**

**Dr. med. Dipl. oec. med. Iris Lehr**

**2005**

Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. phil. Rainer J. Wallerius, M.A., Professor (USA) am  
Psychology-Department der Cosmopolitan University Jefferson-City und Miami/USA

# **GLIEDERUNG**

## **Einleitung**

### **1. Deskription und Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

- 1.1 Deskription
- 1.2 Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV und der ICD-10
- 1.3 Epidemiologie, Verlauf und Prognose
- 1.4 Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihr soziales Umfeld

### **2. Erklärungsmodelle zur Borderline-Persönlichkeitsstörung**

- 2.1 Psychoanalytisches Modell nach O. F. Kernberg – Die Objektbeziehungstheorie
- 2.2 Interpersonelle Ansätze
- 2.3 Biosoziales Modell
- 2.4 Zusammenfassende Bewertung der Modellbildung

### **3. Diagnose und Überblick über Interventionsansätze**

- 3.1 Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung
  - 3.1.1 Klinische Interviews und Diagnoseinstrumente
  - 3.1.2 Allgemeine psychologische Tests in der Diagnostik
  - 3.1.3 Diagnosekriterien des DSM-IV
  - 3.1.4 Differentialdiagnostik
- 3.2 Übersicht über Interventionsansätze
  - 3.2.1 Die übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie
  - 3.2.2 Pharmakotherapie der BPS
- 3.3 Bewertung der Interventionsansätze

### **4. Die dialektisch-behaviorale Therapie**

- 4.1 Theoretischer Hintergrund
  - 4.1.1 Theoretische Aspekte der Störung in der DBT
- 4.2 Allgemeine Aspekte der Behandlung
  - 4.2.1 Zielgruppe, Indikation und Zielsetzung
  - 4.2.2 Therapeutisches Setting
  - 4.2.3 Haltung des Therapeuten

#### 4.3 Durchführung der Therapie – 4 Stufen der Behandlung

- 4.3.1 Der Einstieg in die Therapie
- 4.3.2 Therapeutische Prioritätsliste
- 4.3.3 Validierungsstrategien
- 4.3.4 Änderungsstrategien
- 4.3.5 Dialektische Strategien

#### 4.4 Das Fertigkeitstraining

### **5. Evaluation**

- 5.1 Ziele der Evaluation
- 5.2 Stichprobe und Meßinstrumente
- 5.3 Design
- 5.4 Auswertung und Ergebnisse für den Behandlungserfolg
- 5.5 Auswertung und Ergebnisse der psychometrischen Tests und Fragebögen
- 5.6 Anschlußuntersuchung
- 5.7 Zusammenfassung weiterer Wirksamkeitsstudien
- 5.8 Vorschläge zur Optimierung der Wirksamkeitsstudien

### **6. Fazit**

### **Literatur**

## Einleitung

„Der Borderline-Patient ist der Alptraum des Therapeuten ... weil Borderline-Fälle niemals wirklich besser werden. Das Beste, was man tun kann, ist sie weiterlaufen zu lassen, ohne in ihre Pathologie hineingezogen zu werden [...] (KELLERMAN, 1989, S. 132; eigene Übersetzung).

Borderline-Patienten sind bei Therapeuten unbeliebt, weil sie einerseits durch ihre schillernde Symptomatik imponieren, andererseits zeigen sie eine gewisse „Resistenz“ gegen herkömmliche Therapieverfahren. Die Störung galt lange Zeit als nicht behandelbar.

Borderline-Patienten, mehrheitlich weiblich und mehrheitlich Opfer eines sexuellen Mißbrauchs, zeigen häufig selbstverletzendes Verhalten. Nicht selten wird von Patientinnen berichtet, die an ihrem Körper keine Stellen mehr aufweisen, die nicht durch Schnitte oder Verbrennungen vernarbt wären (vgl. PETERSEN-OSTROGA, 1999).

Die Anzahl der Selbstmorde bei Borderlinern ist so beträchtlich, daß die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) buchstäblich eine Gefahr für Leib und Leben der Betroffenen darstellt. Eine frühzeitige und effiziente Intervention ist daher dringend geboten. Weiterhin verursacht die medizinisch-stationäre Versorgung der Patienten hohe Kosten, die bei einer effektiven ambulanten Therapie vermeidbar wären. Primäres Ziel der psychologischen Intervention muß die Verringerung des selbstschädigenden und suizidalen Verhaltens sein.

Als zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gilt heute die Instabilität im Bereich der Affektivität und des eigenen Selbst. Vor allem auch die zwischenmenschlichen Beziehungen sind schwer gestört.

Zwar gibt es eine Reihe von standardisierter Therapieverfahren, die Hauptschwäche dieser Therapieansätze liegt jedoch in der hohen Rate von Therapieabbrüchen: Bis zu 50% und mehr in den ersten Behandlungswochen (vgl. KAPFHAMMER, 1999, S.98f.).

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die in den achtziger Jahren von Marsha M. Linehan als störungsspezifisches Konzept zur Behandlung von chronisch suizidalen Patienten/Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde. Die Basis der DBT stellt die kognitive Verhaltenstherapie dar. Der grundlegende Unterschied zwischen der dialektisch-behavioralen Therapie und anderen Ansätzen besteht in der validierenden Haltung des Therapeuten und der dialektischen Sichtweise der Störung. Anstatt die Aufmerksamkeit ausschließlich auf

Veränderung zu legen, wird die Sinnhaftigkeit des momentanen Verhaltens akzeptiert. Veränderungen sind auf der Basis dieser Akzeptanz möglich.

In den ersten beiden Kapiteln dieser Arbeit werden zunächst das Bild der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit seinen Erklärungsmodellen beschrieben. Darauf folgt ein Überblick über die Diagnostik., sowie über die Interventionsansätze. Anschließend erfolgt eine ausführliche Darstellung der dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) als ein im deutschen Sprachraum wenig verbreiteter Interventionsansatz.

## 1. Deskription und Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung

### 1.2 Deskription

Der Begriff Borderline ("Grenzlinie") wurde Ende der 30iger Jahre von dem amerikanischen Psychoanalytiker William Louis Stern eingeführt. Er charakterisierte damit psychische Beeinträchtigungen, die zwischen Neurose und Psychose schwanken. Eine Borderlinestörung bezeichnete also ursprünglich eine bestimmte Gruppe von Störungen an der Grenzlinie (Borderline) zwischen Neurose und Psychose.

Recht bald wurde aber erkannt, daß diese Störungen in ihrer Gesamtheit als Persönlichkeitsstörung zu sehen sind. Der Begriff Borderline hat somit zwar seine inhaltliche Bedeutung verloren, wurde aber trotzdem beibehalten.

Die Borderline-Störung ist durch Instabilität des eigenen Selbstbildes, der inneren Ziele und der subjektiven Präferenzen definiert. Diese Instabilität zeigt sich hauptsächlich im emotionalen und zwischenmenschlichen Bereich. Es findet sich häufig potentiell selbstschädigendes Verhalten, wie z. B. ruinöser Umgang mit Geld, Mißbrauch von psychotropen Substanzen, rücksichtsloses Autofahren, wahlloser Geschlechtsverkehr, Ladendiebstahl und anfallsweise Eßstörungen. Die zwischenmenschliche Beziehung zeichnet sich meistens durch einen raschen Wechsel zwischen den beiden Extremen einer Überidealisierung und der Abwertung anderer Personen aus. Es kommt wiederholt zu Suiziddrohungen und Suizidversuchen, sowie selbst beigebrachte Schnitte, Verbrennen der Haut oder Schlagen des Kopfes gegen feste Gegenstände.

Dieses Verhalten ist für das Störungsbild so typisch, daß der Klinikjargon gleich zwei Begriffe im Zusammenhang mit der BPS geprägt hat: ‚Schnippeln‘ und ‚Borderline-Arme‘.

In Situationen extremer Belastungen oder unter andauerndem Streß können sich kurze, psychotische Episoden zeigen. U. a. auf dieses Phänomen ging die ursprünglich vermutete

Nähe des Störungsbildes zur Schizophrenie zurück. (vgl. ROHDE-DACHSER, 1995; FIEDLER, 1997).

Symptome können innerhalb von Wochen, Tagen und manchmal auch Stunden, wechseln. Dies betrifft in erster Linie Phobien, Zwangsgedanken und Konversionen. (vgl. ROHDE-DACHSER, 1995; BECK und FREEMAN, 1993). Sehr häufig sind auch starke Gefühle diffuser Angst, Ärger, Feindseligkeit, chronische Leere und Langeweile.

## 1.2 Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV und der ICD-10

Im *Diagnostischen und Statistischen Manual – IV. Revision* (DSM-IV) der *American Psychiatric Association* (APA, 1996) wird die Störung als „**Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83)**“ klassifiziert.

Die von der Weltgesundheitsbehörde (WHO) heraus gegebene *International Classification of Diseases – 10. Fassung* (ICD-10, DILLING, MOMBOUR und SCHMITT, 1999) faßt das Störungsbild als „**emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)**“. Bei der inhaltlichen Konzeption besteht zwischen beiden diagnostischen Manualen weitgehende Übereinstimmung (siehe Tabelle 1).

Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV (301.83)
Ein durchgängiges Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbildes und der Gefühle, sowie ausgeprägte Impulsivität; der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen [...] (DSM-IV, S. 735).
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus nach ICD-10 (F60.3)
Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und <<innere Präferenzen>> (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen und mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen) (ICD-10, S. 230).

Tabelle 1. Definitionen zur BPS nach dem DSM-IV (1996) und der ICD-10 (1999).

Im DSM-IV werden die spezifischen Persönlichkeitsstörungen weiterhin anhand deskriptiver Ähnlichkeiten in drei übergeordneten Clustern zusammengefaßt. Die BPS gehört zusammen mit *der antisozialen, der histrionischen und narzißtischen Persönlichkeitsstörung* zum Cluster B. Klassifiziert wird die Störung im DSM auf der Achse II „Persönlichkeitsstörungen“.

Psychoanalytisch orientierte Autoren teilen die Störung in einen Formenkreis nach Symptomclustern ein, z. B. Borderline-Störung-Hysteroides Symptomniveau, Borderline-Störung-Narzißtisches Symptomniveau usw. (vgl. DULZ, 2000). Dieses Vorgehen hat

interessante Aspekte für das therapeutische Vorgehen, konnte sich bislang aber noch nicht allgemein durchsetzen.

### 1.3 Epidemiologie, Verlauf und Prognose

Die Störung kommt bei ca. 2% der Allgemeinbevölkerung vor, bei ca. 10% der ambulanten und ca. 20% der stationären psychiatrischen Patienten. In klinischen Populationen mit Persönlichkeitsstörungen liegt sie zwischen 30-60% (APA, DSM-IV, 1996). Die BPS ist die häufigste Persönlichkeitsstörung und einer der häufigsten psychischen Störungen überhaupt.

Zur jährlichen Neuerkrankungsrate (Inzidenz) fehlen bislang gesicherte Daten. Lediglich für Dänemark fand MORS (1988), daß 4,6 Männer und 5 Frauen von 100.000 Personen pro Jahr neu an einer BPS erkranken

Das Ersterkrankungsalter liegt im jungen Erwachsenenalter. Die Patienten sind zu 75% Frauen und die Erkrankung tritt familiär gehäuft auf (APA, DSM-IV, 1996). Die Häufigkeit von körperlicher Mißhandlung wird mit 38%, die des sexuellen Mißbrauchs als zwischen 11% und 70% liegend angegeben. (vgl. HERPERTZ, 1995; SILK, LEE, HILL & LOHR, 1995; Übersicht bei: SANCHO & GUNDERSON, 2000).

Ungefähr 70% aller Borderline-Patienten haben eine Vorgeschichte von mindestens einem selbstverletzendem Akt (vgl. LINEHAN, 1993a).

Unter den Patienten mit einer Borderline-Störung fand STONE (1993) eine Suizidrate von 10%, eine von 18% wenn zusätzlich eine affektive Störung vorliegt und eine Suizidrate von 38% bei zusätzlich vorliegender Abhängigkeitsproblematik. Als prognostisch ungünstig für den Krankheitsverlauf erwiesen sich weiterhin das Vorliegen eines Vater-Tochter-Inzestes und eine aggressive Familienatmosphäre (vgl. STONE, 1993).

Ab dem 30. oder 40. Lebensjahr erlangt die Mehrzahl der Betroffenen eine größere Stabilität in ihren Beziehungen und beruflichen Funktionen. Dieses Gleichgewicht bleibt aber labil und durch massive „live-events“ erschütterbar (vgl. STONE, 1993).

### 1.4 Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihr soziales Umfeld

Familien von Borderline-Patienten werden als chaotisch und zerrüttet beschrieben. Sie weisen höhere Raten von Scheidung, Trennung oder Tod eines Elternteils auf, hohe Raten von sexuellem Mißbrauch und/oder Mißhandlung (vgl. OGATA, SILK, GOODRICH LOHR & WESTEN 1990) sowie eine auch im klinischen Kontext höhere familiäre Häufung von psychischen

Störungen. Besonders häufig sind Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und affektive Erkrankungen der Eltern oder Großeltern (vgl. DIEPOLD, 1994).

Die Atmosphäre in den Familien ist geprägt durch Feindseligkeit und übermäßige Abgeschlossenheit nach außen sowie ein zwischen extremer Überbehütung und Vernachlässigung schwankendes Bindungsverhalten (vgl. JAMES & VEREKER, 1996).

Diese Familien reagieren auf alles, was die Familienstruktur gefährden könnte, beispielsweise Ablösungsprozesse, mit Feindseligkeit (vgl. CLARKIN, MARZIALI & MUNROE-BLUM, 1991).

Schulversagen oder disziplinarische Schwierigkeiten in der Schule sind häufig (vgl. DIEPOLD, 1994). Arbeitsplatzprobleme entstehen oft, weil die Betroffenen auf Kritik übermäßig empfindlich reagieren und auch häufig die Stellung wechseln (vgl. LINEHAN 1993a).

Jüngere Untersuchungen haben nun belegt, daß die Eltern von Borderliner ihre Kinder ganz anders wahrnehmen als diese sich selbst sehen, und daß Unterschiede in der Wahrnehmung von Interaktionen ebenfalls an der Tagesordnung sind: Borderline-Patienten erlebten sich signifikant höher von ihren Familien entfremdet als Nicht-Borderliner, während ihre Eltern sie nicht als besonders entfremdet wahrnahmen. Gleichzeitig schätzten die Borderliner ihre Probleme häufiger als innerfamiliär begründet ein (vgl. YOUNG & GUNDERSON, 1995, S.164f.).

Selbstberichte zeigen darüber hinaus, daß die Eltern keine Orientierung geben und nicht als Vorbild zur Verfügung stehen konnten, wie Affekte reguliert und angemessene Reaktionen entwickelt werden können. Sehr oft mußten die Betroffenen Versorgungsaufgaben für die psychisch kranken Eltern erfüllen, für alleinstehende Elternteile Partnerfunktionen übernehmen oder wurden zur Befriedigung narzißtischer und/oder sexueller Bedürfnisse der Bezugspersonen mißbraucht (HERPERTZ, 1995, S.115f.).

Traumatisierende Erfahrungen führen bei Kindern, besonders wenn sie sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, zu Defiziten in der Entwicklung adäquater Affektsteuerung und Verhaltenskontrolle. Bewältigungsmechanismen und gerade wachsende Wertvorstellungen werden hochgradig erschüttert (vgl. RESCH, 1996). Der altersunangemessene Mißbrauch als Partnerersatz, bis hin zum sexuellen Mißbrauch oder die Rolle als Helfer der Eltern drängt die Kinder in Sonderrollen, die sie von ihren Altersgenossen isoliert und die sie nicht verarbeiten können (vgl. SACHSSE, 1994).



Borderliner tendieren später dazu, besonders exklusive Beziehungen zu Therapeuten oder Pflegepersonal aufzubauen. Gehen diese darauf ein wird schnell ein Interaktionsgefüge „hilflozes Opfer-allmächtiger Retter“ etabliert. Der Helfende sieht sich mit einem nie zu befriedigenden Bedürfnis nach Hilfe und Schutz konfrontiert. Je nach Temperament sind Burnout, Resignation, Feindseligkeit oder Abwehr die Folgen. Suiziddrohungen und Selbstverletzungen, die das soziale Netz in Atem halten, werden nach anfänglicher besonderer Hilfeleistung auf diesem Hintergrund als manipulativ, nicht ernsthaft oder inszeniert bewertet (vgl. OSTROGA-PETERSEN, 1999; vgl. auch DULZ & SCHNEIDER, 1999).

Die hohe Gefährdung der Patienten durch die hohe Suizidalität und die Selbstschädigungen erschweren eine ambulante psychotherapeutisch Behandlung. Es ist meistens notwendig, für die medikamentöse und sozialrehabilitative Behandlung ärztliches Personal und in der Sozialarbeit Tätige in die Behandlung einzubeziehen. Allerdings bedarf es zur wirksamen Intervention einer guten Koordination zwischen den Tätigkeitsfeldern. Hier gab es bislang kaum fundierte Konzepte. Diese Lücke schließt das Konzept der dialektisch-behavioralen Therapie.

## 2. Erklärungsmodelle zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

### 2.1 Psychoanalytisches Modell nach O. F. Kernberg – Die Objektbeziehungstheorie

Die Sicht der Borderline-Störung als eine strukturelle Störung des Ich, wie sie von KERNBERG erarbeitet wurde, ist unter Psychoanalytikern gegenwärtig die einflußreichste und am besten untersuchte. (vgl. DIEPOLD, 1994)

Nach KERNBERG (1996) leiden Borderline-Patienten primär an einer Schwäche des *Ich*, die sich vor allem in der *Spaltung* zeigt. Das Selbst und die äußeren Objekte zerfallen in „absolut gut“ und „absolut böse“, sogenannte Teil-Selbst- bzw. Teil-Objekt-Repräsentanzen.

Dieses Phänomen ist die Folge einer Störung der *Ich*-Entwicklung, die innerhalb der ersten zwei Lebensjahre zwei Schritte der Differenzierung und Integration durchlaufen muß:

Zunächst stehe der Säugling mit der Mutter in einer symbiontischen Beziehung, Grenzen zwischen dem Selbst und äußerer Umwelt (Objekten) beständen nicht. Zu einem Aufbau stabiler Abgrenzungen komme es unter dem Einfluß lustbetonter (libidinöser) oder aggressiver Triebabkömmlinge; dies führe zunächst zu der Vorstellung von „guten“ und

„bösen“ Objektrepräsentanzen, z. B. versorgende Mutter  $\Leftrightarrow$  strafende Mutter. In einem zweiten Entwicklungsschritt erfolgt dann die Integration beider Aspekte ins eigene *Ich*.

Bei einer Borderline-Störung ist eine Integration gegensätzlicher Erfahrungen (strafende\_versorgende Mutter) nicht möglich. Die Ursache dafür sieht KERNBERG in einem übermäßigem Vorhandensein von Aggression. Dieses Übermaß kann „entweder mit einer konstitutionell bedingten übermäßigen Stärke der Aggressionstrieb zusammenhängen oder aus schweren frühen Frustrationen stammen“ (KERNBERG, 1996, S. 48).

Die Aggression, welche durch die „bösen“ Objekte entsteht, sei so stark, daß sie drohe, das *Ich* zu überwältigen. Das *Ich* müsse nunmehr die Spaltung in „gut“ und „böse“ aufrechterhalten, um die positiven Objekte zu schützen und eine diffuse Ausbreitung von Angst im *Ich* zu verhindern.

Aus der mangelnden Integration des Selbstkonzeptes entstehe letztlich die Identitätsdiffusion und die dauerhaft aufrechterhaltene Abwehr der Spaltung, so daß es nicht zur Ausbildung stabiler intrapsychischer Selbst- und Objekt-Repräsentanzen kommen könne.

## 2.2 Interpersonelle Ansätze

Eine gewisse Rolle vor allen Dingen im angelsächsischen Raum spielt das CMP/SASB-Modell (Cyclic Maladaptiv Pattern/Structural Analysis of Social Bevahior).

LORNA S. BENJAMIN (1993) hat versucht, die zentralen Interaktionsmuster bei Persönlichkeitsstörungen zu rekonstruieren und in ein Störungsmodell zu fassen, das kognitiv-interpersonelle und psychoanalytische Annahmen verbindet.

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entsteht nach dem CMP/SASB-Konzept auf dem Boden normalpsychologischer Reaktionen, aber im Kontext schädigender und interpersonell traumatisierender Umstände der Patienten-Biographie. Erfahrungen in einer krankmachenden Umwelt lassen Objektrepräsentanzen entstehen, die von gesunden Grundtönungen abweichen. Die Internalisierungen rufen Erwartungen hervor, die ihrerseits die Wahrnehmung von neuen Situationen verzerren. Die Rigidität und Stereotypie der Erwartungen und Wahrnehmungen bedingen das resultierende pathologische Bindungs- und Kontaktverhalten und den gestörten Umgang der Borderliner mit sich selbst im Sinne von sich selbstverstärkenden Kreisläufen (vgl. BENJAMIN, 1993).

## 2.3 Biosoziales Modell

Ein differenziertes biosoziales Modell zu den Persönlichkeitsstörungen erarbeitete MILLON (1990). Eine Umsetzung des Modells auf die BPS unternahm Marsha M. LINEHAN (1993a):

(1) Grundlegende biologische Faktoren	(2) Biologische Umgebungsfaktoren	(3) Umgebungsfaktoren
Vererbte Voraussetzung und Einflüsse der pränatalen Entwicklung:	Frühkindliche, zwischenmenschliche Lernbedingungen und die neuropsychologische Entwicklung.	Lernerfahrung im familiären Umfeld durch klassische oder operante Konditionierungen und Modell-Lernen, sowie das Entstehen von Verhaltenslücken durch Nichtlernen.
Diskutiert werden bei der BPS eine Beteiligung des serotonergen Systems und anderer Neurotransmitter (Prolaktin/Vasopressin) an der Ausbildung impulsiver Fremd- und Autoaggression sowie von Acetylcholin und Noradrenalin bei der affektiven Instabilität	Unterforderungen und zu geringe Anregungen im Alter von 4 Jahren bis zur Adoleszenz (intracortical-stage) begünstigen impulsive Handlungen und die Entwicklung eigener Lebensziele. Andauernde Traumatisierungen in der Kindheit beeinflussen die neuropsychologische Entwicklung negativ.	Familiäre/soziale Faktoren: (a) chaotisch, zerrüttet – Vernachlässigung – indifferente Erziehung (b) „perfekte“ Familien – keine negativer Affekte – positives Denken (c) gesellschaftliche Bedingungen – Normen („braves Mädchen“) – sexistische Attitüden
Störung der Emotionsregulation: - hohe Sensibilität für Reize - hohe Intensität der Reaktionen - verlangsamtes Abklingen	Ungünstige Lernbedingung: konstitutionell bedingte emotionale Dysregulation wird verschärft oder nicht moduliert	Invalidierung: - Reaktionen und Effekte werden als ständig unangemessen beurteilt und sanktioniert, d. h. <i>invalidiert</i> . - kein Lernen durch positive Modelle möglich

Tabelle 2: Biosoziales Modell der BPS nach Linehan 1993a

Unter Invalidierung versteht LINEHAN (1993a) die Neigung wichtiger Bezugspersonen, negative emotionale Erfahrungen zu mißachten, Schwierigkeiten herunterzuspielen und viel Wert auf positives Denken zu legen. Beispiele für eine Invalidierung sind das Lächerlichermachen über die Gefühle eines Kindes, falsche, unangemessene Reaktionen auf kindliche Affekte sowie das Verleugnen der situativen Bedingungen und der Berechtigung von Affekten.

Als extremste Form ist der sexueller Mißbrauch oder die Mißhandlung anzusehen.

Bei sexuellem Mißbrauch bedienen sich die Täter einer doppelten Logik: ‚Es ist ganz normal, was passiert, aber du darfst niemanden davon erzählen, sonst folgen schreckliche Strafen.‘

Nicht selten wird der Mißbrauch oder die Mißhandlung vom Täter sogar als Akt der besonderen Liebe und Zuneigung dargestellt.

“The abuse is seldom acknowledged by other family members and if the child reports the abuse she risks being disbelieved or blamed. It is difficult to imagine a more invalidating experience for the typical child” (LINEHAN, 1993a, S.53f.).

Die ständige Erfahrung der Invalidierung durch andere führt letztlich dazu, daß die Patienten beständige Muster der *Selbst-Invalidierung* im Sinne kognitiver Schemata entwickeln. Dies bewirkt ein Fortbestehen der Erfahrungen auch wenn die ursprünglichen äußeren Faktoren nicht mehr gegeben sein sollten (vgl. LINEHAN, 1993a).

Den Umgebungsfaktoren wird im biosozialen Modell die Hauptrolle zugewiesen. Allerdings beeinflussen sich die Faktoren auch gegenseitig, z. B. bei der Impulskontrolle im Sinne einer biologischen Antriebs- und kognitiven Kontrolldimension.

Selbstverletzendes Verhalten entsteht als Abwehr gegen überstarke, aversive Emotionen und wird durch operante Konditionierung chronifiziert: Der erlebte Spannungsabbau verstärkt das Verhalten negativ. Vermehrte Zuwendung und Besorgnis können sich ebenfalls in diese Richtung auswirken, sollten aber nicht vorschnell als manipulativ bewertet werden. Eigentliches Ziel der Selbstschädigung ist Spannungsabbau und Rückgewinnung von Selbstkontrolle (vgl. LINEHAN, 1993a und HERPERTZ, 1995).

#### 2.4 Zusammenfassende Bewertung der Modellbildung

In einer Reihe von Arbeiten konnte die Bedeutung und Wirksamkeit der Spaltung, Invalidierung, Überidealisation und Unfähigkeit zu Integrationen bei Borderline-Patienten gezeigt werden (vgl. LEICHSENRING, 1991; LEICHSENRING, 1999; LEICHSENRING, ROTH & MEYER, 1992). Andere Autoren haben die Objektbeziehungen von BPS-Patienten untersucht und konsistente Ergebnisse mit KERNBERGS Theorie gefunden (vgl. STERN, HERRON, PRIMAVERA & KAKUMA, 1997). Wiederum LEICHSENRING (1994 und 1998) ermittelte in faktorenanalytischen Untersuchungen eine hohe Gültigkeit der aus den KERNBERGS Annahmen abgeleiteten Hypothesen.

Ergebnisse aus der Säuglingsforschung (vgl. LICHTENBERG, 1990 und 1991; vgl. auch FLOTHO-WENDISCH, 1999) widerlegen allerdings die Vermutungen KERNBERGS, was die zeitliche Lokalisation und die Entwicklung der Abwehrmechanismen angeht. Diese Befunde sprechen eindeutig für die Annahmen des biosozialen Modells wie es von MILLON (1990) und LINEHAN (1993a) vertreten wird: Symbioseähnliche Zustände sind Ausnahmen und erst ab dem dritten bis vierten Lebensjahr kann das Kleinkind Abwehr einsetzen.

Hinsichtlich der genetischen Faktoren ist die Befundlage uneinheitlich und widersprüchlich.

Beweise für einen genetischen Einfluß fanden sich meist nur in Studien, die *Borderline-ähnliche* Eigenschaften mittels Selbsteinschätzungsfragebögen erhoben, nicht in kontrollierten Untersuchungen mit diagnostischen Meßinstrumenten (vgl. TORGERSEN, 2000). Zwillingsstudien zeigten keine Häufung bei monozygoten Geschwistern oder anderen Verwandten ersten Grades (vgl. TORGERSEN, ONSTAD, SKRE, EDVARDBSEN & KRINGLEN, 1993). Die Zahl vorliegender Arbeiten erscheint aber noch unzureichend und bedarf die Durchführung weiterer Studien.

Einen Überblick über die Untersuchungen zu den neurobiologischen Faktoren geben KOENIGSBERG & SIEVER (2000). Grundsätzlich kann ihr Einfluß als gesichert gelten. Einen experimentellen Nachweis für den Zusammenhang zwischen mangelnder Affektregulation, selbstschädigenden Verhalten und der BPS konnten HERPERTZ, GRETZER, MÜHLBAUER, STEINMEYER & SAß (1998) erbringen.

Die Fähigkeit, Bedürfnisse aufschieben zu können, ist eine der grundlegenden kognitiven Leistungen, die Kinder in ihrer Entwicklung lernen müssen. („delay of gratification“-Paradigma, vgl. GORENSTEIN & NEWMAN, 1980). Unberechenbare und widersprüchliche Mitteilungen der Eltern, z. B. aufgrund eigener Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle, bewirken auf der Seite des Kindes Irritationen und wechselnde Affektzustände. Die Entwicklung stabiler kognitiver Bewertungen wird behindert (vgl. GOLDMAN, D'ANGELO & DEMASO, 1993).

Interpersonelle Modelle orientieren sich zumeist mehr an der praktischen Anwendung, als an einer empirischen Überprüfbarkeit. Häufig wird die theoretische Gültigkeit aus der Anwendbarkeit von auf diesem Modell beruhenden Interventionsansätzen zurückgeschlossen. Empirische Studien zu SMP/SASB-Modell, die nicht auf retrospektiven Analysen beruhen, existieren meines Wissens bislang nicht.

### 3. Diagnose und Überblick über Interventionsansätze

„Supervisor: Warum haben Sie Schwierigkeiten mit Frau X?  
Therapeut: Weil sie eine Borderline-Störung hat.  
Supervisor: Warum gehen Sie davon aus, daß sie eine Borderline-Störung hat?  
Therapeut: Weil ich so viele Probleme mit ihr habe“ (BECK & FREEMAN et al., 1999, S. 156).

Ihre klinischen Erfahrungen fassen BECK und Mitarbeiter im oben genannten fiktiven Gespräch knapp zusammen. Dieser Forschergruppe drängt sich zudem die Vermutung auf, der „Borderline“-Begriff diene oftmals nur als ‚Mülleimer‘-Diagnose für schwierige Patienten oder als Begründung für den schlechten Verlauf einer Therapie (vgl. auch LINEHAN, 1993a; KELLERMANN, 1994: „Modediagnose“). Wegen der Komplexität des Störungsbildes und seines vielfältigen Erscheinungsbildes kann sich die Stellung einer zuverlässigen Diagnose jedoch tatsächlich schwierig gestalten.

#### 3.1 Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

##### 3.1.1 Klinische Interviews und Diagnoseinstrumente

Die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte daher in jedem Fall durch ein standardisiertes Testverfahren abgesichert werden; nicht zuletzt, weil mit der „Etikettierung“ als Borderline Persönlichkeit für den Patienten weitreichende Konsequenzen verbunden sind.

Als Diagnosewerkzeug findet in Forschung und Praxis insbesondere das von GUNDERSON und KOLB (1978) entwickelte „*Diagnostische Interview für Borderline-Patienten (DIB)*“ in seiner mittlerweile überarbeiteten Fassung, dem *DIB-R* (vgl. ZANARINI, GUNDERSON, FRANKENBURG & CHAUNCEY, 1989; modifiziert und übersetzt: ROHDE-DACHSER, 1995), Verwendung.

Das *DIB-R* ist ein halbstrukturiertes Interview, das Informationen aus den vier Bereichen *Affektivität, Kognition, Impulshandlungen* und *Zwischenmenschliche Beziehungen* sammelt. Es mißt 97 Merkmale des Patienten der letzten zwei Jahre. Das Interview ist in 24 Teilbereiche mit 125 Items und Statements des Interviewers gegliedert.

Sein Vorgänger, das *DIB*, gilt als das bestuntersuchte Verfahren (vgl. FIEDLER, 1997).

Als aus dem DSM und der ICD abgeleitete Interviewverfahren kommen in Deutschland das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Dissoziative Störungen (SCID-D)*, vgl. GAST, OSWALD, ZÜNDORF & HOFMANN, 2000) und die *International Personality Disorder Examination (IPDE)*, vgl. MOMBOUR, ZAUDIG, BERGER, GUTIERREZ, BERNER, BERGER, v. CRANACH, GIGLHUBER & v. BOSE, 1996) des ICD-10 in Betracht.

Einfacher zu handhaben und schneller im Einsatz, klinische Interviews benötigen zwischen 2-4 Stunden pro Patient, sind *Selbstbeurteilungsinstrumente*, die von den Patienten in Form von Fragebögen ausgefüllt werden. Für diese Verfahren ist kein Training des Beurteilers erforderlich, und eine sonst notwendige kreuzweise Überprüfung der Ergebnisse durch verschiedene Beurteiler entfällt.

Als relativ neues Verfahren hierzu bietet sich hier das *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*; vgl. LEICHSENRING, 1994) an.

Das Instrument besteht aus 53 Items, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Es ist in 15 Minuten zu erheben und in 10 Minuten auszuwerten. Erfasst werden auf eigenen Skalen *Identitätsdiffusion, Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, Realitätsprüfung* und *Angst vor Nähe*. Das Inventar ist inhaltlich an KERNBERGS Störungsmodell orientiert. Erste Überprüfungen ergaben eine sehr gute Übereinstimmung mit dem DIB und eine gute Anwendbarkeit (vgl. LEICHSENRING, 1998, 1999).

### 3.1.2 Allgemeine psychologische Tests in der Diagnostik

Borderline-Patienten erreichen meist hohe Werte auf den „Neurose-“ und „Psychose-Skalen“ des *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* und im *Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE)*. Sie erreichen niedrige Werte bei projektiven Tests wie dem *Thematischen-Apperzeptions-Test (TAT)* und dem *Rohrschach-Test* ab. Hier zeigen sich oft Denkstörungen. Es wurde jedoch bislang kein einfaches „Borderline-Testprofil“ ermittelt, das einen einfachen Index für die BPS zur Verfügung stellen könnte (vgl. BECK et al., 1999).

### 3.1.3 Diagnosekriterien des DSM-IV

Die Diagnose der BPS erfolgt in den gebräuchlichen Klassifikationssystem DSM und ICD zweistufig. Zunächst muß geprüft werden, ob die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (PS) vorliegen: Das Vorhandensein starrer, wenig angepaßter Persönlichkeitszüge, die zu persönlichem Leiden und/oder gestörter sozialer Funktionsfähigkeit führen. Der nächste Schritt ermittelt die spezifische Form der Störung. Aufgrund der relativen Übereinstimmung beider Manuale beschränke ich mich auf die Wiedergabe der DSM-IV Kriterien, die zudem konkreter operationalisiert sind:

## Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83)

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Panische Furcht, verlassen zu werden.
- (2) Intensive und instabile Beziehungen, die zwischen Idealisierung und Entwertung schwanken. Identitätsstörung mit einem gestörten oder instabilen Selbstbild.
- (3) Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die zur Selbstschädigung führt (Geldausgeben, Sex, Suchtmittelgebrauch, Einbrüche, riskantes Autofahren, Eßanfälle).
- (4) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- (5) 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).
- (6) Chronische Gefühle von Leere.
- (7) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- (8) In Streßsituationen vorübergehende paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome.

Tabelle 3: Diagnosekriterien der BPS; nach DSM-IV (1996, S.735).

Diese Klassifikationsansätze gehen auf ein ursprünglich somatisches Krankheitsmodell zurück, das annimmt, voneinander abgrenzbare Krankheitsbilder seien als in sich geschlossene Einheiten diagnostizierbar. Dadurch können schlecht differenziertere Übergänge wiedergegeben werden, wie es bei dimensional Ansätzen möglich ist. Um diesen Nachteil auszugleichen, erlauben sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV mehrere Diagnosen für einen Patienten.

### 3.1.4 Differentialdiagnostik

Schwierigkeiten können insbesondere bei der Abgrenzung zur *schizotypischen Persönlichkeitsstörung* und zur *narzißtischen Persönlichkeitsstörung* entstehen. Häufig werden beide Diagnosen zusammen gestellt (vgl. FIEDLER, 1997).

Zu beachten sind weiterhin die allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörung, insbesondere die Abgrenzung von affektiven Störungen, Störungen der Impulskontrolle und somatisch bedingten Persönlichkeitsveränderungen sowie der Schizophrenie.

## 3.2 Übersicht über Interventionsansätze

### 3.2.1 Die übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie

Ziel der Therapie ist es, dem Patienten dazu zu verhelfen, sich selbst und andere als integrierte und realistisch wahrgenommene Individuen zu erleben, was sich in einer verbesserten Impulskontrolle, Angsttoleranz, Fähigkeit zur Affektregulation und stabilen zwischenmenschlichen Beziehungen ausdrückt (vgl. KERNBERG, 1993).



Zentraler Bestandteil des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens ist die Analyse der Patient-Therapeuten-Beziehung, in der nach psychoanalytischer Vorstellung die unbewußten Wünsche des Patienten aus früheren Objektbeziehungen aktualisiert werden (Übertragung). Durch die Analyse dieser gespaltenen Wünsche und die vorsichtige Konfrontation mit ihnen soll der Patient schrittweise zu einer Reintegration, „reiferen“ Objektbeziehungen und realistischeren Vorstellungen seiner Selbst gelangen (vgl. KERNBERG, 1993).

In der ersten Phase werden die in der Übertragung zum Ausdruck kommende Spaltungen, Entwertungen und Phantasien durch fokussierte Deutungen im *Hier-und-Jetzt* angegangen.

Erst in der zweiten Phase setzt der Therapeut die *genetische Deutung*, d. h., die Verbindung von vergangenen und gegenwärtigen Erlebnissen, ein.

KERNBERG bleibt aber insofern ein klassischer Psychoanalytiker als er auf alle supportiven Elemente, wie affektive oder kognitive Unterstützung, Ratschläge etc., zu verzichten sucht.

Die Durchführung der traumafokussierenden psychodynamischen Therapie (TFP; engl.: transference focused psychotherapy) in ihrer manualisierten Form soll ausdrücklich auch für Nichtanalytiker möglich sein (vgl. DAMMANN, BUCHHEIM, CLARKIN & KERNBERG, 2000, S. 461f).

### 3.2.2 Pharmakotherapie der BPS

Psychotische Zustände bei der BPS können gut mit niederpotenten Neuroleptika und depressive Zustände mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern behandelt werden.

Die Fähigkeit zur Impulskontrolle und atypische Depressionszeichen sollen durch die Vergabe von Lithium-Präparaten oder MAO-Hemmern positiv beeinflußt werden. Bei Angstzuständen und –symptomen kommen Anxiolytika, besonders Benzodiazepine, zum Einsatz. Die Behandlung ist symptomorientiert und aufgrund der hohen Suizidgefährdung, der schlechten Compliance und häufigen paradoxen Wirkungen schwierig (vgl. KAPFHAMMER, 1999; DULZ, 1999). Leitlinien zur pharmakologischen Intervention bei BPS existieren bislang nicht.

Über 80% aller Patienten mit einer BPS werden jedoch zumindest vorübergehend oder intermittierend im Verlauf ihrer Erkrankung mit Psychopharmaka behandelt (vgl. STEIN, 1992).

Psychiatrisch-stationäre Interventionsansätze, die sich am DSM-IV oder an der ICD-10 orientieren, stellen i. d. R. eher eine pragmatische Kombination psychotherapeutischer und

pharmakologischer Verfahren dar. Obwohl Borderliner in psychiatrischen Kliniken häufig zu finden sind, gehört die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in Kliniken wohl eher nicht zum therapeutischen Standardrepertoire; dies nicht zuletzt auch deshalb, weil Persönlichkeitsstörungen lange Zeit als gar nicht beeinflussbar galten (vgl. FIEDLER, 1997). Ansatzpunkt für die Intervention sind dann auch Achse-I-Störungen, z. B. Eßstörungen, Suchtmittelmißbrauch, Selbstverletzungen, Angststörungen, depressive Episoden, Suizidalität oder andere Präsentationssymptome. Eine stationäre Behandlung erfolgt häufig im Rahmen einer ersten Krisenintervention, wobei selbst- und/oder fremdschädigendes Verhalten im Vordergrund stehen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzeltherapeutische Programme mit und ohne Pharmakotherapie konzipierten ARNTZ (1994), BECK & FREEMAN (1999) und BECK (1998). Wegen ihrer großen konzeptionellen Nähe zur dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) und der zunehmenden Integration neuerer Ergebnisse aus der kognitiven Therapieforschung in den DBT-Ansatz werden diese Programme nicht dezidiert vorgestellt, sondern nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

### 3.3 Bewertung der Interventionsansätze

Für die traumafokussierende psychodynamische Therapie (TFT) ist die Wirksamkeit der Intervention durch Studien von WALLERSTEIN (1989), CLARKIN, KOENIGSBERG, YEOMANS (1992), sowie STEVENSON & MEARES (1992) belegt. Die Patienten wiesen in ihrer Mehrheit in den Follow-up-Untersuchungen regelmäßig eine geringere Suizidalität und eine verbesserte soziale Anpassung auf. Teilweise wird sogar von einem völligen Abklingen der Störung berichtet. Allerdings kommt es bei dieser Therapie immer wieder zu einer hohen Anzahl von Therapieabbrüchen ( vgl. STEVENSON & MEARES, 1992: 45%).

Außerdem formuliert KERNBERG (1993) selbst relativ hohe Voraussetzungen an die Patienten, was psychische Stabilität und Änderungsbereitschaft angeht. Für schwerere Formen der Störung empfiehlt er explizit eine vorgeschaltete stationäre Behandlung (vgl. KERNBERG, 1993, S. 148). Es wird ein sehr restriktiver Umgang mit therapiewidrigen Verhalten empfohlen, z. B. Therapieabbruch bei wiederholten Telefonkonsultationen (vgl. DAMMANN et al., 2000). Das Fehlen von Kontrollgruppen in allen bisherigen Studien ist ein erheblicher methodischer Mangel.

DULZ (1999) kommt zu dem Schluß, daß eine **pharmakologische** Therapie bei Borderline-Fällen zwar wichtig sein kann, sie komme als kausale Behandlung oder als Ersatz für eine Psychotherapie jedoch nicht in Betracht (vgl. auch KAPFHAMMER, 1999), weil sie stets nur bei einigen Patienten und bei spezifischen Symptomen erfolgreich ist. Teilweise reagieren die Patienten aber auch in paradoxer Weise und die hohe Suizidgefährdung sowie eine allgemein schlechte Compliance gestalten die alleinige medikamentöse Intervention extrem schwierig. Ambulant ist sie wegen dieser Risiken ohnehin nicht gut durchführbar.

Die vorliegenden Studien und Ergebnisse zeigen bei aller Dürftigkeit, was Anzahl und Methodik angeht, daß jeder hier vorgestellte Ansatz bei jeweils *einem Teil* der Patienten und unter *bestimmten* Bedingungen Wirksamkeit beanspruchen kann. Diese eingeschränkte Wirksamkeit bei gleichzeitiger beanspruchter Allgemeingültigkeit der theoretischen Modelle ist meines Wissens noch nicht Gegenstand systematischer wissenschaftlicher Studien und bedarf somit zukünftiger Untersuchungen.

## 4. Die dialektisch-behaviorale Therapie

“In a nutshell, DBT is very simple. The therapist creates a context of validating rather than blaming the patient, and within that context the therapist blocks or extinguishes bad behaviors, drags good behaviors so reinforcing that the patient continues the good ones and stops the bad ones” (LINEHAN, 1993a, S. 97)

Bisherige Interventionsansätze gehen davon aus, daß eine Verbesserung der Lebensqualität bei Borderlinern nur über eine Veränderung basaler Persönlichkeitsstrukturen erreicht werden kann. Für den Patienten hat dieses Vorgehen aber erstens die Konsequenz, daß es verhältnismäßig lange dauert bis Fortschritte erreicht werden und zweitens wird der Patient in der Therapie mit seiner Persönlichkeit stark in Frage gestellt, was leicht als Ablehnung aufgefaßt werden und zu Widerständen in der Therapie führen kann (vgl. FIEDLER, 1997).

Hier unternimmt die DBT einen doppelten Perspektivenwechsel: 1. Für LINEHAN ist eine Veränderung nur möglich, wenn das aktuelle Verhalten in seiner Sinnhaftigkeit für den Patienten verstanden und dies dem Patienten auch vermittelt wird (*Akzeptanz*). 2. Eine Verbesserung der Lebensqualität soll nicht über eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur erreicht werden, sondern eine verbesserte Lebensqualität ist eine Voraussetzung für erfolgreiche Veränderungsversuche. Am Beispiel der Suizidalität heißt dies, daß nicht die Haltung ‚Wäre mein Leben lebenswert, müßte ich nicht an Selbstmord denken‘, sondern ‚Erst wenn Selbstmord nicht mehr meine Antwort auf Krisen ist, kann ich weitreichendere Veränderungen erzielen‘ die Intervention bestimmt.

### 4.1 Theoretischer Hintergrund

#### 4.1.1 Theoretische Aspekte der Störung in der DBT

Hintergrund für die DBT ist die biosozialen Lerntheorie von MILLON (1981, 1990). Aus dieser wird insbesondere die Bedeutung der invalidierenden sozialen Umgebung bei der BPS und eine vermutete Unfähigkeit zur Emotionsregulation abgeleitet.

Eingesetzt werden kognitive, klientenzentrierte und verhaltenstherapeutische Verfahren, die in ihrer Wirksamkeit bereits ausführlich untersucht worden sind (vgl. GRAWE et al., 1994). In der Betonung der Supervision und Reflektion der Therapeut-Patienten-Beziehung finden aber durchaus auch psychoanalytische Vorstellungen Beachtung (vgl. LINEHAN, 1993a).

## 4.2 Allgemeine Aspekte der Behandlung

### 4.2.1 Zielgruppe, Indikation und Zielsetzung

Die DBT wurde ausdrücklich für BPS-Patienten mit ausgeprägtem, chronischem selbstverletzenden und/oder suizidalen Verhalten entwickelt, dessen Reduktion im Vordergrund der Behandlung steht; sie kann aber auch allgemein bei der BPS angewendet werden (vgl. LINEHAN, 1993a). Außer der Bereitschaft an der Therapie teilzunehmen, müssen die Patienten keine Voraussetzungen erfüllen. Kontraindikationen sind bislang keine bekannt. Die Behandlung soll ambulant durchgeführt werden. Eine parallele stationäre Behandlung ist jedoch kein prinzipielles Ausschlußkriterium.

Das übergeordnete Ziel der dialektisch-behavioralen Therapie besteht darin, dem Patienten ein lebenswertes Leben zu ermöglichen, das durch vier konkrete Ziele definiert wird, die in folgender Tabelle dargestellt werden:

Ziele der psychologischen Behandlung	
➤	Verhaltenskontrolle, besonders in bezug auf selbstschädigendes Verhalten.
➤	Selbstachtung und Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen.
➤	Fähigkeit, ein breites Spektrum an Gefühlen zu erleben,
➤	dauerhaftes Vermögen zur Lebensfreude.

Tabelle 4.

### 4.2.2 Therapeutisches Setting

Die Behandlung findet in einer gleichzeitigen Anwendung von ambulanter Einzel- und Gruppentherapie statt. In der **Einzeltherapie** werden individuellen Probleme bearbeitet, die sich aus der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung ergeben und individuelle Fertigkeiten gefördert.

Die standardisierte **Gruppentherapie**, das „Fertigkeitstraining“ (vgl. LINEHAN, 1993b), dient ausschließlich der Vermittlung spezieller Fähigkeiten, wie zum Beispiel emotional-kognitive Balance, Emotionsregulierung, Streßtoleranz und soziale Kompetenz. Die Therapie endet in jedem Fall nach einem Jahr oder wenn der Patient vier Sitzungen in Folge ohne Entschuldigung versäumt. Die Therapie *kann* über den geplanten Zeitraum fortgesetzt werden, wenn der Patient dies wünscht. Sie *sollte* aber nicht bei ausbleibenden oder unzureichenden therapeutischen Erfolgen weitergeführt werden, sondern nur dann, wenn Veränderungen über den durch die DBT gesteckten Rahmen angestrebt werden.

Strukturelemente der DBT	
<b>1. Ambulante Psychotherapie in Einzelsitzungen</b>	
- Dauer: zunächst 1 Jahr (verlängerbar)	
- Frequenz: 1 bis 2 mal wöchentlich (bis zu 2 Std.)	
- nach 4 versäumten Sitzungen in Folge: Abbruch	
<b>2. Fertigkeitstraining in Gruppensitzungen</b>	
- Voraussetzung: Einzeltherapie	
- Dauer: 1 Jahr	
- Frequenz: 1 mal wöchentlich, 2-2½ Stunden	
<b>3. Unterstützende Gruppentherapie</b>	- im
Anschluß an absolviertes Fertigkeitstraining	
- offene Gruppen, fakultativ	
- bei Weiterführung der Einzeltherapie über 1 Jahr	
<b>4. Telefonische Beratungen und Konsultationen</b>	
- gemäß Therapievertrag (auch Internet/email)	
- nie innerhalb von 24 Std. nach selbstschädigendem Verhalten oder Suizidversuch	
<b>5. Fallsupervisionssitzungen des Therapeuten</b>	
- obligatorisch 1 mal wöchentlich	
- gesamtes DBT-Team (Therapeut, Ärzte,	
- Pflegepersonal, Sozialarbeiter	
<b>6. Unterstützende Behandlungen</b>	
- Selbsthilfegruppen/Sozialrehabilitation	
- medikamentöse Behandlungen	

Tabelle 5: Elemente der DBT nach Linehan 1993.

Die unterstützende Gruppentherapie (Tab. 5-Punkt 3) wird optional nach Ablauf des Behandlungsjahres durchgeführt, wenn Therapeut und Patient vereinbart haben, die Einzeltherapie fortzusetzen oder als weiterführendes, lockeres Betreuungsangebot im Anschluß an die Standard-DTB.

Unter Punkt 6 der Tabelle 5 genannten unterstützenden Behandlungen sind wünschenswert, besonders bei gleichzeitiger Suchterkrankung o. Ä., aber nicht unbedingt notwendig. Alle anderen Elemente sind obligatorisch.

#### 4.2.3 Haltung des Therapeuten

Neben einem Wechsel zwischen Validierung und Veränderung, je nach Therapieverlauf, bestimmt radikale Echtheit die Haltung des Therapeuten. Die DBT verfügt über zwei Kommunikationsstile: *reziproke Kommunikation* und *konfrontierende Schonungslosigkeit*.

Bei der *reziproken Kommunikation* geht es um den Austausch zwischen Therapeut und Patient. Der Therapeut bedient sich strategischer Selbstoffenbarungen und spiegelt dem Patienten Engagement und Echtheit der eigenen Haltung wider.

Unter Einsatz der *konfrontierenden Schonungslosigkeit* versucht der Therapeut, den Stil des Patienten durch sachliche und nüchterne Äußerungen zu kontrastieren. So gewinnt er die Aufmerksamkeit des Patienten, verschiebt dessen Affektlage und geht das Problem so direkt wie möglich an: „Was meinen Sie damit, Sie wollen sich umbringen?...Ich dachte, Sie hätten gesagt, daß Sie die Therapie nicht abbrechen wollen“ (vgl. COMTOIS, COCHRAN & LINEHAN, 2000, S. 591).

#### 4.3 Durchführung der Therapie – 4 Stufen der Behandlung

##### 4.3.1 Der Einstieg in die Therapie

Als erstes Ziel innerhalb der Behandlung konzentriert sich die DBT auf das Aushandeln der **Behandlungsvereinbarung**. Oft kann eine Zustimmung zu Behandlungszielen nicht sofort

erreicht werden, z. B. ein sofortiger Verzicht auf Selbstverletzungen. Hier soll der Therapeut in kleinen Schritten Zugeständnisse erreichen, z. B. keine sofortige Aufgabe, aber Offenheit über solche Episoden (*Foot-in-the-door-Technik*, vgl. FREEDMAN & FRASER, 1966).

Ein einfühlsames und vorsichtiges Vorgehen in der Anfangsphase ist so wichtig, weil der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung für die DBT zentral ist. Sie stellt häufig die elementarste und meist auch die einzige Verstärkerquelle für die Patienten dar.

Der Behandlungsvertrag enthält weiterhin die Bereitschaftserklärung des Patienten zur Mitarbeit (Hausaufgaben etc.) und die Verpflichtungen des Therapeuten (Zeiten für Telefonkonsultationen, email/Internet-Konsultationen).

In Verlauf der ersten Sitzungen macht der Therapeut den Patienten mit den **Modellvorstellungen** der biosozialen Lerntheorie und der Dialektik vertraut. Dies ist um so wirkungsvoller je mehr es auf die konkreten Erfahrungen des Patienten bezogen ist (vgl. LINEHAN, 1993a).

#### 4.3.2 Therapeutische Prioritätsliste

Die vier Therapieziele sollen durch einen Vier-Stufenplan der Intervention erreicht werden.

Dabei folgt das Vorgehen nachstehender hierarchische Ordnung:

- Reduktion von hochgradig suizidalen und lebensgefährdenden Verhaltensweisen.
  - Verminderung von Verhaltensweisen, welche die Therapie gefährden, wie Nichterscheinen oder Nichtbefolgen therapeutischer Anordnungen.
  - Reduktion von Verhaltensweisen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen (beispielsweise Drogenmißbrauch, exzessive Hospitalisierungen, Arbeitslosigkeit, ökonomische und gesundheitliche Probleme).
  - Ersatz fehlangepaßter Verhaltensmuster durch adäquate zwischenmenschliche Verhaltensweisen, emotionale Regulation und Belastungstoleranz.
- individuelle Therapieziele des Patienten unabhängig von den bisher genannten Punkten.  
(vgl. Comtois, Cochran & Linehan, 2000, S. 577)

Diese Teilziele strukturieren jede einzelne Therapiesitzung und spiegeln sich auch im Vier-Stufenplan der Therapie wider (siehe folgende Tabelle des Vf.).

Die vier Therapiephasen der DBT
1. Verbesserung der Verhaltenskontrolle
2. Reduktion der posttraumatischen Streßreaktionen
3. allgemeine Lebensprobleme
4. Insuffizienzgefühle/Selbstwertprobleme

Tabelle 6

Sobald die Stufe 1 mit einer verbesserten Verhaltenskontrolle verlassen werden kann, wendet sich die Therapie der nächsten Aufgabe zu usw.

### 4.3.3 Validierungsstrategien

Validierung oder Akzeptanz wird in der DBT als Wahrnehmung der Realität und der Stärken und Schwächen des Patienten so wie sie sind, verstanden.

Validierung ist notwendig, um die in der Behandlung geforderten Änderungen ausgleichen zu können und um gegen die *Selbst-Invalidierungen* des Patienten wirken zu können. Ein alleiniger Fokus auf die Änderung suizidaler Verhaltensweisen wird vom Patienten oft als Nichtachtung des tiefen emotionalen Schmerzes und eine erneute Invalidierung seiner selbst erlebt. Isoliert betrachtet, kann das Verhalten des Patienten aber durchaus als sinnvoll bewertet werden, auch wenn es in seinen Konsequenzen als Ganzes die Probleme letztlich nur verstärkt. Zur Vermittlung der Akzeptanz bedient sich die DBT sieben Techniken:

Validierungsstrategien	
<b>1. Zuhören und Wahrnehmen</b> Der Therapeut signalisiert aktiv sein Interesse an den Äußerungen und dem Verhalten des Patienten.	<b>5. Bestätigung bezogen auf aktuelle Situationen oder normale Verhaltensweisen</b> Hier liegt die Betonung auf dem Kontext von Verhalten und die Generalisierbarkeit von Verhalten wird erarbeitet: „Es ist doch völlig verständlich, wenn Sie sich so fühlen. Jedem würde das doch genauso gehen“.
<b>2. Spiegeln</b> Aus der klientenzentrierten Gesprächstherapie entlehnt, signalisiert es Verständnis für die Äußerungen des Patienten.	<b>6. Radikale Echtheit</b> Die Echtheit, wie sie sich auch in der klientenzentrierten Therapie findet, hat ihre Grenzen bei offenen feindseligen Reaktionen der Patienten.
<b>3. Artikulation des Unausgesprochenen</b> Der Therapeut bringt Erfahrungen, Gefühle und Reaktionen zur Sprache, die der Patient zwar nicht direkt geäußert hat, aber durch nonverbales Verhalten signalisiert.	<b>7. Achtsamkeit</b> Hierbei handelt es sich um eine aus dem Zen-Buddhismus abgeleitete Technik, bei der es darum geht, Abstand zu eigenen Gedanken und Gefühlen zu gewinnen und Sicherheit in der Selbstbeobachtung zu erlangen. Ziel ist es, Selbstakzeptanz zu erlernen. Zu diesem Zweck wird der Patient in meditativen Entspannungstechniken geschult.
<b>4. Bestätigung bezogen auf zugrundeliegende Ursachen</b> Der Therapeut versucht Verhalten und ihre Ursachen in kausale Verknüpfungen zu bringen, die dem Patienten zuvor nicht oder in dieser Weise nicht ersichtlich waren. Hierbei nimmt er Bezug auf das dem Patienten bekannte biosoziale Modell der DBT.	

Tabelle 7: Validierungsstrategien der DBT (vgl. Linehan 1993a,b).

### 4.3.4 Änderungsstrategien

Da die Validierung den Patienten in seinem Selbstvertrauen stärkt, werden so die notwendigen motivationalen Ressourcen für Veränderungen mobilisiert. Den sieben Validierungsstrategien stehen innerhalb der DBT ebenfalls sieben Veränderungsstrategien gegenüber:



<b>Veränderungsstrategien</b>	
<p><b>1. Aufklärung</b> Genauere Information über das Wie und Warum einer bestimmten Intervention zur Erhöhung der Zusammenarbeit und zum Abbau von Widerständen.</p> <p><b>2. Selbstmonitoring</b> Führung von vorgefertigten Selbstberichtstagebüchern über eigene Verhaltensweisen und Reaktionen. Hierdurch werden den Patienten Einsichten in Zusammenhänge deutlich, die so vorher nicht zur Verfügung standen. Allein hierdurch können schon Veränderungen erreicht werden.</p> <p><b>3. Verhaltens- und Lösungsanalyse</b> Erarbeitet werden genaue Verhaltensketten für alle Verhaltensweisen, die dem Erreichen des Therapieziels entgegenstehen. Egal, ob das Verhalten innerhalb oder außerhalb der Therapie auftritt. Die Verhaltensanalyse nutzt der Therapeut, um im Verlauf der Therapie zu einer fundierten globalen Fallbeschreibung zu gelangen.</p> <p><b>4. Kompetenztraining</b> Das Verhaltensrepertoire wird im diejenigen Verhaltensweise erweitert, die er zur Bewältigung seiner Probleme benötigt. Hierbei nutzt die DBT verhaltenstherapeutische Standardtechniken, z. B. Verstärkung und Rollenspiele.</p>	<p><b>5. Kognitive Umstrukturierung</b> Ziel ist die Identifikation und Restrukturierung typischer Denkfehler. Der Therapeut benennt diese und konfrontiert den Patienten im sokratischen Dialog mit alternativen Erklärungen und Denkweisen.</p> <p><b>6. Management von Einflußfaktoren</b> Verstärker für das Verhalten der Borderliner in der Therapie und seinem Umfeld müssen analysiert werden. Der Therapeut muß alle Verstärkerquellen und aversive Reize in der Therapie und im Umfeld kennen, um sie für die Therapie nutzen zu können. Lob und Bestätigung sind für Borderliner oftmals <i>aversiv</i> besetzt und damit zu Beginn der Therapie nicht als positive Verstärker einsetzbar.</p> <p><b>7. Expositionsstrategien</b> Sinn dieser Strategien ist das Auflösen von Verstärkerkreisläufen für dysfunktionales Verhalten. Angesetzt wird zumeist beim aus einer früheren Lernerfahrung stammenden Vermeidungsverhalten. Eine Vermeidung geht mit einem Nachlassen aversiver Emotionen einher und wird somit ständig verstärkt. Um solche Kreisläufe aufzubrechen, werden Konfrontationen, Desensibilisierungen und imaginative Techniken eingesetzt.</p>

Tabelle 8: Veränderungsstrategien der DBT (vgl. Linehan 1993 a,b).

#### 4.3.5 Dialektische Strategien

Die Philosophie HEGELS (vgl. KUNZMANN, BURKARD & WIEDMANN, 2005, S.214-216) faßt Dialektik als Gesetzmäßigkeit auf. Die der Natur des Denkens selbst zugrundeliegen. Erkenntnis wird nach dialektischer Sichtweise in drei Schritten gewonnen:

These → Antithese → Synthese

Die Synthese als letzte Stufe hat beide vorherigen hinter sich gelassen, ohne deren eigene Bedeutung preiszugeben. Die Synthese *hebt* These und Antithese *auf* und führt so zu einem neuen Begriff, der als Resultat die Bedeutungsmerkmale der beiden vorherigen enthält. Eine gute Darstellung der Hegelschen Dialektik findet sich bei Lenzen.

Die in der psychoanalytischen Theorie als Spaltung und von BECK & FREEMAN (1999) beschriebene Neigung der Borderline-Patienten zu dichotomen Denken begreift LINEHAN

(1993a) als Bestreben, an Gegensätzlichkeiten, d. h. entweder These oder Antithese, festzuhalten, als Unfähigkeit, sich auf eine Synthese hin zu bewegen.

Ein Beispiel für diese Unfähigkeit der BPS-Patienten zur Integration ist etwa das Nichtbegreifen des Paradoxons, daß man gleichzeitig einzigartig (These) oder verschieden (Antithese), z. B. als Teil eines Ganzen (Synthese) sein kann.

Dialektische Geisteshaltung bezeichnet LINEHAN (1993a) als „wise mind“ (S66f).

Im Sinne dieses dialektischen Prozesses wechselt der Therapeut je nach Notwendigkeit zwischen Validierungs- und Änderungsstrategien hin und her. Ein zentraler Punkt in der Behandlung von Borderlinern ist die rasche Erfahrung des Therapeuten, daß eine alleinige Akzeptanz des Patienten nicht weiterhilft.

Der Therapeut soll den Patienten durch Anwendung der dialektischen Denkweise zur Aufgabe von entweder-oder-Standpunkten und zur Annahme von sowohl-als-auch-Positionen bewegen.

Zur Umsetzung verwendet der Therapeut *Metaphern*, wie zum Beispiel die Technik des *Advocatus diaboli* und der ‚Herstellung von Limonade aus Limonen‘.

Die *Metaphern* und Paradoxone dienen als Lehrbeispiele dazu, eine Suche nach alternativen Wahrnehmungsperspektiven anzuregen. Ein Beispiel für eine solche Metapher wäre diejenige vom Therapeuten, der dem Patienten dabei hilft, einem brennenden Haus zu entkommen, dessen einziger Ausgang bereits ein Raub der Flammen wurde. Paradoxone, die zur Entwicklung von Weisheit und Weitsicht auch im Zen-Buddhismus verwendet werden, sind scheinbar widersprüchliche Sätze, die scheinbar unlösbar sind: ‚Jeder Tag ist ein guter Tag und das Leben ist voller Leiden‘.

In der *Advocatus-diaboli-Technik* vertritt der Therapeut eine extreme Position, die dysfunktionale Denkmuster des Patienten aufgreift, um den Patienten zu zwingen, seine eigene Position entkräftende Argumente vorzutragen.

Wenn in der Therapie ‚Limonade aus Limonen‘ hergestellt wird, heißt dies, daß Lebensprobleme des Patienten gleichzeitig als unglücklich, aber auch als Gelegenheiten für das Neuerlernen von Kompetenzen angesehen werden.

## Beispiele zur Anwendung der DBT-Strategien:

Strategie	Suizidales Verhalten	Therapiestörendes Verhalten	Lebensqualität störendes Verhalten	Kompetenz ausbauen	Posttraumatische Streßreaktionen	Selbstinvalidierung/-entwertung
<b>Dialektische Strategien</b>	„Wenn Sie Ihr Verlangen so stark werden lassen, ist es wie auf Glatteis schwieriger, Sie wieder zu bremsen.“ (Metapher)	„So schwer es auch für mich ist zu wissen, daß Sie ihren Therapeuten angegriffen haben, so weiß ich doch wenigstens, wo das Problem liegt, das wir lösen müssen.“ („Limonade aus Limonen)	„Ich sehe es nicht als meine Aufgabe an, Ihnen die Entscheidung abzunehmen, ob Sie Ihren Job wechseln sollen ...Was sagt Ihnen Ihr wise mind dazu?“ (Aktivierung des wise mind)	(als Reaktion auf eine erfolgte Kündigung): „Wundervoll! Was für eine perfekte Gelegenheit, um Ihre Streßtoleranz auf die Probe zu stellen.“ („Limonade aus Limonen“)	„Die Expositionstherapie verlangt von Ihnen eine Schilderung der Vergewaltigung in allen grausamen Details. Warum wollen Sie sich auf so etwas einlassen?“ (Advocatus diaboli)	„Sie sind keine vertrauenswürdige Person? Gut, daß Sie mir das sagen, vielleicht sollte ich Ihnen dann doch lieber nicht meine Telefonnummer geben...“ (Advocatus diaboli)
<b>Kognitive Umstrukturierung</b>	„Es ist nicht so, als könnten Sie dies nicht aushalten, denn Sie Könnens es ja. Sie hassen es bloß, dies aushalten zu müssen.“	wenn der Patient etwas nicht sagen will, weil er befürchtet etwas dummes zu sagen, ihn dazu ermutigen es doch zu sagen und dann darüber zu sprechen.	„Sie sagen, daß Ihnen außer Drogen nichts hilft, aber Sie haben ja noch gar nichts anderes probiert.“	„Sie sind nett zu ihm, damit Ihnen gibt, was sie wollen. Jedoch führt das Nettsein nur dazu, daß er Sie mag, und nicht dazu, daß er Ihnen gibt, was Sie wollen.“	„Daß Sie vergewaltigt worden sind, schmerzt, aber darüber nachzudenken, kann Sie nicht umbringen.“	„Sie sagen, Sie seien wertlos und nutzlos, weil Sie Ihren Schlüssel vergessen haben. Ich denke, es wäre passender, Sie als vergeblich zu beschreiben.“
<b>Exposition</b>	Ist Scham das auslösende Verhalten, den Patienten in der Sitzung solange auf das die Scham auslösende Verhalten ansprechen, bis sich die Scham abbaut.	dem Patienten beibringen, innerhalb der Sitzung angstinduzierende Hausaufgaben zu üben	bei einem Patienten mit Panikattacken in Autobussen in vivo eine Busfahrt mit diesem unternehmen	den Patienten dazu bewegen, sich selbst zu beruhigen, während er mit dem Therapeuten telefoniert	formale Expositionsstunden durchführen, in denen der Patient wiederholt und detailliert von seinem Trauma berichtet	den Patienten laut denken lassen, wobei er nur Bestätigung und nicht bewertende Gedanken haben soll; entwertende Gedanken werden korrigiert.
<b>Management von Einflußfaktoren</b>	den Patienten verbieten, den Therapeuten innerhalb von 24 Stunden nach solch einer Handlung anzurufen	so lange mit dem Patienten in der Sitzung über nichts anderes reden, bis dieser seine Tagebuchkarte ausgefüllt hat	aufgeregt und begeistert reagieren, wenn der Patient auf seine Tagebuchkarte nichts ausgelassen hat	den Anruf des Patienten so lange verweigern, bis dieser drei Bewältigungstrategien ausprobiert hat, egal ob diese Erfolg haben oder nicht	den zeitlichen Ablauf der Stunde so planen, daß die Krise der Woche erst nach der Exposition besprochen wird	Herausheben und Bestärken von selbstbestätigenden Äußerungen.

Tabelle 9: Anwendungsbeispiele der DBT-Techniken nach COMTOIS, COCHRAN & LINEHAN (2000).

### 4.4 Das Fertigkeitstraining

Als integralem Bestandteil der DBT kommt dem Fertigkeitstraining die Aufgabe zu, neue Fähigkeiten und Kompetenzen zu erlernen, zu üben und zu generalisieren. Besprechungen von individuellen Problemen und Erfahrungen, die über diesen Rahmen hinausgehen, werden in der Einzelbehandlung durchgeführt. Bei Krisen in und außerhalb der Gruppensitzungen

sollte der Einzeltherapeut zur Krisenintervention möglichst rasch hinzugezogen werden. Die Gruppenarbeit störende Verhaltensweisen oder Verweigerung der Mitarbeit wird in der Einzelsitzung bearbeitet (vgl. LINEHAN, 1993b).

Die Gruppensitzungen sollten prinzipiell nicht vom jeweiligen Einzeltherapeuten des Patienten durchgeführt werden und eine stets wiederkehrende, erkennbare Struktur, z. B. *Einstieg, Psychoedukation, Übung, Ausklang*, aufweisen.

In konkreten Übungen zur Emotionskontrolle sollen die Patienten zunächst lernen, jede Emotion konkret zu benennen, den individuellen situativen Kontext herausfinden und, z. B. in Rollenspielen, alternative Reaktions- sowie Bewertungsmuster erfahren (vgl. LINEHAN, 1993b).

Weiterhin nimmt das Training von Kontrollstrategien zu den Selbstschädigungen großen Raum ein. Die Patienten erarbeiten in der Gruppe ein möglichst breites Spektrum alternativer Verhaltensweisen und erproben diese als Hausaufgaben.

Der Erfahrungsaustausch zwischen Einzeltherapeut und Fertigkeitstrainer auch über die Supervisionen ist sehr wichtig

## 5. Evaluation

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der DBT bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt eine kontrollierte Studie zur DBT in ihrer Gesamtheit, eine speziell zum „Skills Training“ und eine über die Umsetzbarkeit der DBT vor.

Die guten Behandlungsergebnisse dieser Therapieform haben einen großen Enthusiasmus für die DBT ausgelöst (vgl. SHEA, 1993), obwohl es auch noch einige Fragezeichen gibt.

Ich stelle exemplarisch eine Studie von Marsha Linehan ausführlich dar und gehe auf andere empirische Befunde zur Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der DBT im Überblick ein.

### 5.1 Ziele der Evaluation

In der Studie von LINEHAN, ARMSTRONG, SUAREZ & ALLMON (1991) sollte in einer kontrollierten Untersuchung überprüft werden, ob die DBT hinsichtlich drei ihrer primären Therapieziele, Verringerung des selbstschädigenden Verhaltens, Reduktion der Therapieabbrüche und Verbesserung der sozialen Anpassung, wirksamer ist, als herkömmliche ambulante Psychotherapien (treatment-as-usual, TAU).

### 5.2 Stichprobe und Meßinstrumente

An der Studie nahmen 63 Probanden im Alter von 18-45 Jahren teil, die zunächst mit dem DIB, dem Diagnostic Interview Schedule und dem Parasuicide History Interview (siehe Tab. 10) erfasst wurden. In die Studie aufgenommen wurden Probanden, die (1) mindesten einen Score von 7 beim DIB-R erreichten und zusätzlich die DSM-III-R Kriterien der BPS erfüllten, (2) innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens zwei Episoden selbstverletzenden Verhaltens aufwiesen, (3) nicht gleichzeitig die DSM-III-R Kriterien der Schizophrenie, bipolarer affektiven Störungen, Substanzabhängigkeit oder einer Intelligenzminderung erfüllten und (5) schriftlich ihr Einverständnis erklärten, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, einschließlich des Einverständnisses andere Psychotherapien aufzugeben, wenn sie der DBT-Gruppe zugeteilt werden sollten.

Während der Datenerhebungsphase vor der Behandlung traten zehn Probanden zurück (DBT/TAU jeweils 5), sieben mußten aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, weil sie die Bedingungen des Punktes (3) nicht erfüllten (DBT = 3) und zwei Versuchspersonen brachen die DBT mit weniger als vier Sitzungen ab, so daß sie aus der Datenauswertung herausgenommen wurden. Insgesamt verblieben damit 44 Probanden (DBT = 22) in der Untersuchung.

Die Daten zur Kontrolle des Therapieerfolges wurden zu vier Zeitpunkten erhoben: Zu Beginn der Behandlung und nach Ablauf von 4, 8 sowie 12 Monaten. Tabelle 10 des Vf. gibt einen Überblick über die eingesetzten Meßinstrumente.

	Autoren	Name	Klassifikation	Kurzbeschreibung
1	Gunderson & Kolb, 1978	Diagnostic Interview for Borderliners, DIB	halbstrukturiert Interview	Beschreibung siehe Abschnitt 3
2	Robins, Helzer, Croughan, Williams & Spitzer, 1981	Diagnostic Interview Schedule, Nation Institute of Mental Health	halbstrukturiert Interview	Skalen für Schizophrenie und Substanzmißbrauch
3	American Psychiatric Association	DSM-III-R	Vorläufer des DSM-IV	diagnostische Kriterien
4	Linehan (1987)	Treatment History Interview, THI	Interview	Arten und Ergebnis medizinischer oder psychischer Behandlungen über die Zeit
5	Linehan, Wagner, & Cox, 1989	Parasuicide History Interview, PHI	halbstrukturiert Interview	Anzahl und Auswirkungen selbstverletzender-suizidaler Akte
6	Schotte & Clum, 1982	Scale for Suicide Ideator, SSI.	Selbstbericht Fragebogen	aktuelle Suizidgedanken, Vorstellungen
7	Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erlbaugh, 1961	Beck Depressions Inventory	Selbstbericht Fragebogen	Depression
8	Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974	Beck Hopelessness Scale	Selbstbericht Fragebogen	Generelle Hoffnungslosigkeit
9	Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983	Reasons for Living Inventory, RLI.	halbstrukturiert Interview	positive Erwartung: Leben vs. Selbstmord

Tabelle 10: Übersicht über die eingesetzten Meßinstrumente.

### 5.3 Design

Die Probanden wurden randomisiert in einer Experimentalbedingung, DBT und eine Kontrollbedingung TAU (treatment-as-usual) zugeteilt, wobei die Stichproben hinsichtlich der Anzahl der selbstschädigenden Akte, der Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen, Alter und guter versus schlechter prognostischer Faktoren parallelisiert wurden.

#### DBT-Bedingung

Die 22 Probanden der DBT-Experimentalgruppe (EG) wurden mittels einer Standard-DBT, wie unter Abschnitt vier beschrieben, behandelt.

Die Frequenz der Einzelsitzungen betrug 1 Stunde pro Woche, die des gruppentherapeutischen „Skills Training“ 2½ Stunden pro Woche, durchgeführt von

insgesamt fünf psychologischen Psychotherapeuten, einem postgraduierten Studenten und einem Psychiater.

Die Supervision und Therapieüberwachung wurde von LINEHAN selbst durchgeführt, die zuvor auch die beteiligten Therapeuten schulte. Sie übernahm ebenfalls Einzeltherapien.

Die Kotherapeuten des „Skill Trainings“ waren geschulte und erfahrene graduierte Psychologiestudenten, psychologische Therapeuten und klinische Psychologen.

#### Treatment-As-Usual-Gruppe

Die Kontrollgruppe (KG) bestand aus 13 Probanden, die sich bereits in einer ambulanten Psychotherapie befanden und die einfach in den Versuchsplan übernommen wurden. Neun hingegen starteten zum Untersuchungsbeginn neu mit ihrer Therapie. Art, Umfang und Durchführung der Behandlung wurden nicht spezifiziert berichtet.

#### 5.4 Auswertung und Ergebnisse für den Behandlungserfolg

Als abhängige Variablen (AV) wurden die Anzahl der selbstverletzenden und suizidalen Akte, die Anzahl der Therapieabbrüche und die Zahl der während des Meßzeitraums notwendigen Behandlungstage in stationären Einrichtungen miteinander verglichen.

Follow-up/ AV	DBT			TAU		
	0-4 Monate	4-8 Monate	8-12 Monate	0-4 Monate	4-8 Monate	8-12 Monate
Pbn. mit SVV	42%	40%	32%	78%	58%	62%
Pbn. in Therapie	91%	85%	83%	80%	59%	48%
Stationäre Behandlungst age (MD)	8	14	5	42	23	21

Tabelle 11: Ergebnisse zu den Meßzeitpunkten. SVV = Selbstverletzendes Verhalten, MD = Median (Tab. des Vf.).

Die statistische Überprüfung erfolgte mit dem Mann-Whitney-U-Test, einem nichtparametrischen Verfahren zum Rangsummenvergleich.

Wie Tabelle 11 zu entnehmen erwies sich die DBT herkömmlicher Psychotherapie zu jedem Zeitpunkt und in allen inhaltlichen Bereichen als überlegen.

Diesen Effekt blieb bei der Berechnung der Daten über das gesamte Behandlungsjahr erhalten: Die individuelle Wahrscheinlichkeit einen selbstverletzenden Akt zu begehen, betrug für die DBT 63,6% versus 95,5% für das TAU ( $z=2.26$ ,  $p < .005$ ). Auch die

Häufigkeiten waren unterschiedlich: 1,5 vs. 9 ( $z=2.69$ ,  $p < .05$ ) Ereignisse pro Patient bei der DBT/TAU-Bedingung. 83.3% der Patienten blieben konstant bei ihrem DBT-Therapeuten gegenüber 42% ( $z=3.59$ ,  $p < 0.001$ ) in der TAU-Bedingung (Abbruch und Wechsel). Eindrucksvoll vor allem der signifikante Unterschied bei der Hospitalisierungsfrequenz: 8,4 DBT vs. 38,8 TAU.

	DBT	TAU
gutes Ergebnis	13	6
mittleres Ergebnis	6	10
schlechtes Ergebnis	3	6

Tabelle 12: Behandlungsergebnis (Tab. des Vf.).

In einer Reanalyse unterteilte Linehan (1993a) das Behandlungsergebnis in die Gruppen „gutes Ergebnis“ (= keine Hospitalisierung/kein SVV), „mittleres Ergebnis (entweder Hospitalisierung oder SVV) und „schlechtes Ergebnis“ (= Hospitalisierung

und SVV). Die DBT erwies sich als signifikant ( $p < .02$ ) besser (Tab. 12).

### 5.5 Auswertung und Ergebnisse der psychometrischen Tests und Fragebögen

Aufgrund der abnehmenden Stichprobengrößen oder unvollständiger Datensätze erfolgte keine Auswertung mittels multivariater Verfahren. In separat durchgeführten Kovarianzanalysen 2x3 (DBT-TAU, 4, 8, 12) zeigte es sich, daß es keine vom Zufall unabhängigen Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des Ausmaßes an Depression, Hoffnungslosigkeit und den Suizidgedanken gab, obwohl sich alle beide Gruppen über die Zeit kontinuierlich verbesserten.

Eine genauere Analyse des Datensatzes ergab, daß DBT-Probanden sich im Vergleich zu den TAU-Probanden selbst besser beurteilten was emotionale Regulation und Kontrolle, Effektivität in zwischenmenschlichen Beziehungen, ihre Fähigkeiten zur Problemlösung und die sozialer Anpassung anging. Das Ausmaß der selbstberichteten Angst und Wut fiel geringer aus als in der TAU-Gruppe.

Bei den Fremdbeurteilungen schnitt die DBT-Gruppe insbesondere bei der erreichten sozialen Anpassung besser ab, als die TAU-Gruppe.

### 5.6 Anschlußuntersuchung

Um die Stabilität der erzielten Resultate zu untersuchen, wurde eine Nachfolgestudie mit Erhebungszeitpunkten sechs und 12 Monate nach Beginn der Behandlung (Follow-up 18 und 24 Monate) durchgeführt (vgl. LINEHAN, HEARD & ARMSTRONG, 1993).

Insgesamt wurde ermittelt, daß die Probanden der DBT-Gruppe eine signifikant bessere soziale Anpassung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz, ermittelt mit der *Global Assessment*



*Scale* (GAS; vgl. ENDICOTT, SPITZER, FLEISS & COHEN, 1976), aufwiesen. Dieser Effekt war innerhalb der ersten sechs Monate nach Behandlungsende am stärksten. Es zeigte sich hier auch signifikant weniger Wut und weniger selbstverletzendes Verhalten bei der DBT-Gruppe.

### 5.7 Zusammenfassung weiterer Wirksamkeitsstudien

Was die besondere Wirkung der dialektisch orientierten Methoden im Gegensatz zu den in ihrer Wirksamkeit bereits belegten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren (vgl. GRAWE et al., 1994) angeht, konnten SHEARIN & LINEHAN (1994) zeigen, daß Therapeuten mit einem dialektischen Therapiestandpunkt von den Patienten als autonomiefördernd und kontrollierend wahrgenommen wurden, was für die Therapiemotivation und –effekt als günstig beurteilt wurde. Bei einem herkömmlichen Programm zur Kompetenzsteigerung trat der Effekt nicht auf.

Umsetzbarkeit und Schulungseffekte für die DBT untersuchten HAWKINS & SINHA (1998), indem sie Kliniker mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund bei der Behandlung der BPS in variierten Trainingsbedingungen untersuchten und ihren Lernerfolg testeten.

Es ergab sich, daß Schulungen durch erfahrene DBT-Therapeuten zwar wünschenswert, aber für die Handhabung des DBT-Programmes nicht notwendig waren, da auch ein Selbststudium oder Studiengruppe gute Ergebnisse erzielen konnten.

Die Ergebnisse dieser Studie für die Wirksamkeit der DBT sind ermutigend und hinsichtlich der enormen Verringerung der Therapieabbrüche sogar beeindruckend. Sie erweist sich bei den Kernproblemen der Störungen, selbstverletzendes Verhalten, häufige Hospitalisierungen und Therapieabbrüchen als hochgradig wirksam.

### 5.8 Vorschläge zur Optimierung der Wirksamkeitsstudien

Trotz der bisherigen guten Ergebnisse bleiben für die Forschung noch einige Fragen offen, die bei weiteren Untersuchungen einbezogen werden sollten.

Aus der Studie von LINEHAN et al. (1991) geht beispielsweise nicht klar hervor, woher die Probanden rekrutiert wurden. Die Probanden wurden zwar randomisiert auf die Versuchsbedingungen verteilt, es wird aber nicht deutlich, wieviele Probanden der DBT-

Gruppe zuvor in welcher Therapieform waren. Für die TAU-Gruppe wird dies zwar angegeben, aber nicht wie lange und mit welchem bisherigem Effekt.

Die Variablen *Geschlecht* und *Traumatisierungen* wurden nicht erhoben oder sind offenbar nicht in die Auswertung eingeflossen. Es wird aber in Literatur häufig berichtet, daß gerade Patientinnen mit Mißbrauchserfahrungen weibliche Therapeuten bevorzugen (z. B. KERNBERG, 1993; LINEHAN 1993a), was einer willkürlichen Zuweisung von Patientinnen zu Therapeuten Grenzen setzt. Es wäre wünschenswert, wenn diese Faktoren bei weiteren Untersuchungen Berücksichtigung fänden, zumindest aber kontrolliert mit erhoben würden.

Für die Zukunft wären vergleichende Untersuchungen zu Therapiekonzepten anderer Ausrichtungen wünschenswert, da es ein Forschungsziel ist, die für diese Störungsgruppe günstigste Therapieform zu ermitteln. Anstelle einer TAU-Bedingung sollten Experimentalgruppen spezieller, für die BPS konzipierter Therapien, z. B. TFP, kognitive Therapie, gebildet werden. Hiermit könnte gleichzeitig die Wirkungsspezifität der dialektischen Interventionsmethoden gegenüber den kognitiven Standardverfahren weiter untersucht werden.

Interaktionseffekte zwischen Pharmako- und Psychotherapie bei der BPS sind bislang noch nicht untersucht; ein Vorhandensein wird aber vermutet (vgl. KAPFHAMMER, 1999; DULZ, 1999), daher sollte diese Variable zukünftig berücksichtigt werden.

Die Stichprobengröße bei der Follow-up-Untersuchung (vgl. LINEHAN et al., 1993) sank zuletzt auf acht Probanden ab. Die Rücklaufquote wäre vermutlich besser gewesen, wenn weniger Meßinstrumente eingesetzt worden wären (vgl. BORTZ & DÖRING, 1995). Insbesondere eine operationalisierte, prä-post-Einteilung nach Schweregrad der Störung wäre bei weiteren Wirksamkeitsstudien wünschenswert.

## 6. Fazit

Ohne in einen unfundierten therapeutischen Pragmatismus zu verfallen, kann die DBT durch den kreativen Einsatz psychodynamischer, kognitiver und verhaltenstherapeutischer Methoden in einem zeitlich überschaubaren Rahmen eine signifikante Symptomreduktion und damit eine Steigerung der Lebensqualität erreichen. Erste Untersuchungen zeigen, daß die

speziellen dialektischen Strategien für die Therapieerfolge wichtig sind, obwohl hierzu sicherlich noch weitere empirische Absicherung vonnöten sein wird.

Die Durchführung als ambulante Therapie ermöglicht das wirklichkeitsnahe Training neuer Verhaltensweisen, verhindert ein Abdriften in Dauerhospitalisierungen, erleichtert die Reintegration der Patienten in normale soziale Abläufe und ist somit nicht zuletzt auch kosteneffizient. Verbesserungen für die Patienten können verhältnismäßig rasch erreicht werden, ohne daß diese auf zukünftige Entwicklungen vertröstet werden müssen, wie bei strukturellen Ansätzen bislang üblich.

In eindrucksvoller Weise gelingt es auch, die Zahl der Therapieabbrüche zu reduzieren und damit den zentralen Schwachpunkt bei bisherigen Interventionsansätzen zu beseitigen. Es wird damit gleichzeitig der Nachweis erbracht, daß Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr wohl nachhaltig und zeitstabil von einer ambulanten Psychotherapie profitieren können. Die Etikettierung als nahezu unbehandelbare Patientengruppe ist somit nicht länger gerechtfertigt.

Durch die Erarbeitung eines störungsspezifischen Erklärungsmodells eröffnet dieser Ansatz auch Perspektiven für die dringend notwendige Erforschung ätiologischer und diagnostischer Faktoren der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

In diesem Bereich ist der Bedarf an systematischen Untersuchungen weiterhin noch sehr groß und der bisherige Forschungsstand keinesfalls ausreichend. Weitere Evaluationsstudien unter verschiedenen Bedingungen sind notwendig.

Obwohl der Ansatz speziell für die Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt wurde, könnte eine Anwendung auf andere Störungen durchaus sinnvoll sein. Besonders bei anderen Persönlichkeitsstörungen könnte das Programm gewinnbringend sein, da die Betroffenen ebenfalls häufig mit Invalidierungserfahrungen zu kämpfen haben.

## Literatur

Arntz, A. (1994). Treatment of Borderline Personality Disorder: A challenge for cognitive-behavioural therapy. Journal of Behaviour Research und Therapy, 32, 419-430.

Beck, A. T. & Freeman, A. (1999). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 4. Auflage. [Aus dem amerikanischen übersetzt von Cornelia Breidenbach]. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beck, J. S. (1998). Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. Bulletin of the Menninger Clinic, 62, 170-194.

Benjamin, L. S. & Wonderlich, S. A. (1994). Social perceptions and borderline personality disorder: The relation to mood disorders. Journal of Abnormal Psychiatry, 104, 610-624.

Bortz, J. & Döhring, N. (1995) Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.

Clarkin, J. F., Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. Hospital and Community Psychiatry, 42, 1038-1043.

Comtois, K. A., Cochran, B. N. & Linehan, M. M. (2000). Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. S. 573-594. Stuttgart: Schattauer.

Dammann, G. & Buchheim, P. (1997). Die psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung heute. In: Buchheim, P. (Hrsg.). Psychotherapie und Psychopharmaka: Störungsorientierte Behandlungsansätze – kombinierte Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2000). Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie. In: Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. S. 447-481. Stuttgart: Schattauer.

Diepold, B. (1994). Borderline-Störungen im Kindesalter. Zwischenergebnisse einer empirischen Untersuchung. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 25, 5-39.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, H.M. (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Dulz, B. (1999). Zur medikamentösen Behandlung von Borderline-Störungen. In: Buchheim, P. (Hrsg.). Psychotherapie und Psychopharmaka: Störungsorientierte Behandlungsansätze – kombinierte Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Dulz, B. (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In: Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. S. 57-72. Stuttgart: Schattauer.

Dulz, B. & Schneider, A. (1999). Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Erikson, E. H. (1981). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.

Fiedler, P. (1997). Persönlichkeitsstörungen. 3., aktualisierte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Flotho-Wendisch, W. (1999). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Theoretische Hintergründe und therapeutische Ansätze. Ergotherapie, 6, 437-442.

Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guilford Press.

Freedman, J. L. & Fraser, S. C. (1966). Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 212-228.

Gast, U., Oswald, T., Zündorf, F. & Hofmann, A. (2000). SKID-D; Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen – Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.

Gorenstein, E. E. & Newman, J. P. (1980). Disinhibitory psychopathology: A new perspective and a model of research. Journal of Abnormal Psychology, 87, 301-315.

Goldman, S. J., D'Angelo, E. J. & DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 1832-1835.

Gunderson, J. G. & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. Journal of Psychiatry, 135, 792-796

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Hawkins, K. A. & Sinha, R. (1998). Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavior therapy? A evaluation of a State Department of Mental Health training program. Journal of Psychiatric Research, 32, 379-384.

Herman, J. L. (1993). Trauma and recovery. New York: Basic Books.

Herperz, S. (1995). Phänomenologie, Genese und Psychodynamik selbstverletzenden Verhaltens und psychotherapeutische Schlußfolgerungen, 9, 115-24.

Herpertz, S. (1999). Schulenübergreifende Psychotherapie bei der Borderlinepersönlichkeitsstörung. In Saß, H. & Herpertz, S. (Hrsg.). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. S. 116-131. Stuttgart: Thieme.

Herpertz, S., Gretzer, A., Mühlbauer, V., Steinmeyer, E. M. & Saß, H. (1998). Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patientinnen mit selbstschädigenden Verhalten. Der Nervenarzt, 5, 410-418.

James, C. J. & Vereker, M. (1996). Family therapy for adolescents diagnosed as having borderline personality disorder. Journal of Family Therapy, 19, 269-283.

Kapfhammer, H. P. (1999). Integrative Therapieansätze bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Saß, H. & Herpertz, S. (Hrsg.). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. S. 98-115. Stuttgart: Thieme.

Kernberg, O. F. (1993). Psychodynamische Therapie bei Borderline Patienten. Bern: Verlag Hans Huber.

Kernberg, O. F. (1996). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 9. Auflage. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Kellermann, B. (1994). Wann hört Ihr endlich auf mit der Modediagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Sucht, 6, 441-442.

Kellerman, J. (1989). Silent Partner. New York: Bantam Books.

Koenigsberg, H. W. & Siever, L. J. (2000). Die Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. S. 207-216. Stuttgart: Schattauer.

Kunzmann, P., Burkard, F.-P. & Wiedmann, F. (2005). Dtv-Atlas Philosophie. 12. Auflage 2005, S. 214-216.

Leichsenring, F. (1991). Frühe Abwehrmechanismen bei Borderline- und neurotischen Patienten. Zeitschrift für klinische Psychologie, 20, 75-91.

Leichsenring, F. (1994). Zur empirischen Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation: Entwicklung und erste Überprüfung des „Borderline-Persönlichkeits-Inventars“ (BPI). Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 276-293.

Leichsenring, F. (1998). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI): Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung struktureller Kriterien der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg. Persönlichkeitsstörungen, 2, 164-168.

Leichsenring, F. (1999). Splitting: An empirical study. Bulletin of the Menninger Clinic, 63,520-537.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. Journal of Personality Assessment, 73, 45-63.

Leichsenring, F., Roth, T. & Meyer, H. A. (1992). Kognitiver Stil bei Borderline- im Vergleich zu neurotischen Patienten: Ambiguitätsvermeidung und verminderte Abstraktheit. Diagnostica, 38, 52-65.

Lichtenberg, J. D. (1990). Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. Psyche, 44, 871-901.

Lichtenberg, J. D. (1991). Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin: Springer.

Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Linehan, M. M. (1993b). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A. & Allmon, D. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline personality disorder, Archives of General Psychiatry, 48, S. 1060-1064.

Linehan, M. M., Heard, H. L., Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients, Archives of General Psychiatry, 50, S. 971-974.

Millon, T. (1990). Toward a new personology. An evolutionary model. New York: Wiley.



Mombour, W., Zaudig, M, Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., von Cranach, M., Giglhuber, O. & v. Bose, M. (1996). IPDE/ICD-10; International Personality Disorder Examination. - Deutsche Version. Bern: Huber.

Mors, O. (1988). Increasing incidence of borderline states in Denmark from 1970-1985. Acta Psychiatrica Scandinavia, 77, 575-583.

Melges, F. T. & Swartz, M. (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 146, 115-1120.

Ogata, S. M., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., & Westen, D. (1990). Child sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 147, 1108-1013.

Olson, S. L., Bates, J. E. & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. Journal of Abnormal Child psychology, 18, 317-334.

Petersen-Ostroga, G. (1999). Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Patienten. In: Giernalczyk, T. (Hrsg.). Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. S. 85-109. Tübingen: Dgvt-Verlag.

Piaget, J. (1983). Jean Piaget: Meine Theorie der geistigen Entwicklung. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.

Rapaport, D. (1973). Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. 3. Aufl. Stuttgart: Klett Verlag.

Resch, F. (1996). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Rohde-Dachser, C. (1995). Das Borderline-Syndrom. 5. völlig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.

Rui-Sancho, A. & Gunderson, J. G. (2000). Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: ein Literaturüberblick. In: Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. S. 771-791. Stuttgart: Schattauer.

Sachsse, U. (1994). Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

Shea, M. T. (1993). Psychosocial treatment of personality disorders. Journal of Personality Disorders, 7 (Suppl.), 167-180.

Shea, M. T. (1996). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, Bernt, Frydrich Thomas & Limbacher, Klaus (Hrsg). Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. S. 359-375. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 61-68.

Silk, K. R., Eisner, W., Allport, C., De Mars, C., & Mill, C. (1994). Focus time-limited inpatient treatment of borderline personality disorder. 8, 268-278).

Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and servery of sexual abuse. American Journal of Psychiatry, 152, 1059-1064.

Stein, G. (1992). Drug treatment of the personality disorders. British Journal of Psychiatry, 161, 167-184.

Stevenson, J. & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 149, 358-362.

Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. British Journal of Psychiatry, 162, 299-313.

Torgersen, S., Onstad, S., Skre, I., Edvardsen, J & Kringlen, E. (1993). „True“ schizotypal personality disorder: a study of cotwins and relatives of schizophrenic probands. American Journal of Psychiatry, 150, 1661-1667.

Torgersen, S. (2000). Genetische Aspekte bei Borderline-Störungen. In: Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. S. 217-223. Stuttgart: Schattauer

Tress, W., Henry, W. P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp N. & Scheibe, G. (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). Psychotherapeut, 41, 215-224.

Wallerstein, Robert S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An Overview. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(2), 195-205.

Widiger, T. A. & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. Hospital and Community Psychiatry, 42 (10), 1015-1021.

Wittchen, H.U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Weinheim: Beltz.

Young, D. W. & Gunderson, J. G. (1995). Family images of borderline adolescents. Psychiatry, 58, 164-172.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G, Frankenburg, F. R. & Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderliners: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders. Journal of Personality Disorders, 3, 10-18.