

Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zum gegenwärtigen Stand der Forschung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung beginnt mit der Adoleszenz und manifestiert sich in schwerwiegenden Störungen der Affektregulation, der Identität und der sozialen Interaktion. Unbehandelt nimmt die Störung häufig einen chronischen Verlauf. In jüngster Zeit wurden störungsspezifische Psychotherapieprogramme entwickelt, die jedoch nur z. T. befriedigende Ergebnisse aufweisen.

Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) liegt, einer 2010 veröffentlichten Studie entsprechend, ca. bei 3% [1]. Das Geschlechterverhältnis ist in etwa ausgeglichen, auch wenn wesentlich mehr Frauen therapeutische Unterstützung suchen. Der Großteil der Betroffenen sucht psychiatrische Behandlung und über 60% der Betroffenen berichten über Suizidversuche. In retrospektiven Analysen unserer Arbeitsgruppe gaben etwa 30% der untersuchten erwachsenen Patientinnen mit BPS an, sich bereits im Grundschulalter Selbstverletzungen zugefügt zu haben. Diese erschreckende Zahl spiegelt sich auch in den neuen Ergebnissen der Heidelberger Schulstudie wider, welche zeigen konnte, dass ca. 6% der 15-jährigen Mädchen sich regelmäßig Selbstverletzungen zufügen und ca. 8% mindestens einen Suizidversuch hinter sich haben [2]. Entsprechend hoch

ist die Prävalenz der BPS mit 20% in einer klinischen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen [3].

Alle Daten deuten also darauf hin, dass die BPS ihren Beginn in der frühen Adoleszenz hat, zu einer Maximierung dysfunktionalen Verhaltens und Erlebens Mitte der 3. Lebensdekade führt und dann langsam abflaut [4]. Das starke Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen fordert die Versorgungsstrukturen in besonderem Maße. Die jährlichen Behandlungskosten belaufen sich in Deutschland auf ca. 4 Mrd. EUR, das entspricht ca. 20% der Gesamtkosten, die für die stationäre Behandlung von psychischen Störungen ausgegeben werden [5]. 90% dieser Kosten entstehen wohl durch insuffiziente, d. h. nicht störungsspezifische stationäre Behandlungen.

Psychopathologie

Die psychopathologische Problematik der BPS kann in drei Dimensionen gegliedert werden, die einander wechselseitig beeinflussen:

1. Störungen der Affektregulation,
2. Störungen der Identität,
3. Störungen der sozialen Interaktion.

Störungen der Affektregulation

Die meisten Evidenzen liegen derzeit für die 1. Dimension, also für Störungen der Affektregulation, vor [6]. Dabei können sämtliche Bereiche der Affektregulation

betroffen sein können. Häufig dominieren Zustände intensivster Anspannung, die als äußerst aversiv und peinigend erlebt werden und häufig mittels dysfunktionaler, d. h. kurzfristig wirksamer Strategien wie etwa Selbstverletzungen, Essattacken oder Alkoholkonsum bewältigt werden [7, 8]. Neben diesen „extrovertierten“ Verhaltensmustern sollte jedoch nicht übersehen werden, dass die meisten Betroffenen Tag für Tag mit sehr intensiven aversiven Emotionen wie Schuld, Scham, Ohnmacht und Selbstverachtung zu kämpfen haben. Diese Emotionen behindern nicht nur die Alltagsbeziehungen der Patienten, sondern spiegeln sich auch in der therapeutischen Interaktion und in den entsprechend hohen Abbruchquoten nichtspezifisch ausgebildeter Therapeuten wider. Ein weiteres Problem sind stressinduzierte dissoziative Zustände, welche emotionale Lernprozesse – und darum handelt es sich ja in der Psychotherapie – erheblich beeinträchtigen [9].

Störungen der Identität

Oggleich Störungen der Identität bei Patienten mit BPS im DSM-IV als diagnostisches Kriterium aufgeführt werden, sind diese vergleichsweise wenig wissenschaftlich untersucht. Eine der wenigen aussagekräftigen Studien zu Identitätsstörungen [10] kategorisierte die Identitätsstörungen bei BPS-Patienten:

- Rollenabsorption (vollständiges Aufgehen in einer einzigen sozialen Rolle),
- schmerzhaftes Inkohärenz (das Gefühl der „inneren Zerrissenheit“),
- schmerzhaftes Inkonsistenz (fehlende Konstanz) und
- fehlende Rollenakzeptanz.

Alle vier Faktoren waren spezifisch für BPS und traten weitgehend unabhängig von Erfahrungen des sexuellen Missbrauchs bzw. dissoziativer Symptomatik auf. Auffallend bei der Betrachtung der Literatur ist die weitreichende Vernachlässigung von Störungen der Körperwahrnehmung und des -konzeptes bei Patientinnen mit BPS, obwohl derartige Störungen von Betroffenen beschrieben werden [11].

Störungen der sozialen Interaktion

Bereits Gunderson et al. [12] konnten zeigen, dass die zwei interpersonalen Kriterien „Ausgeprägte Furcht, verlassen zu werden“ und „Instabilität der Beziehungen“ bei der BPS die trennschärfsten Items gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen darstellen. Die häufig beobachtete Ambivalenz zwischen Sehnsucht nach Geborgenheit und Angst vor Nähe hatte schon Anlass gegeben für Kernbergs Hypothese der „mangelhaften Objektrepräsentanz“ [13].

➤ Es besteht eine Ambivalenz zwischen Sehnsucht nach Geborgenheit und Angst vor Nähe

Worin liegen die Probleme in der sozialen Interaktion von BPS-Patienten? Zum Teil wohl in Schwierigkeiten Emotionen, Bedürfnisse, Ideen, Absichten, Erwartungen und Meinungen bei anderen richtig zu interpretieren. P. Fonagy bezeichnet diese Fähigkeit als „Mentalisierung“ und postuliert entwicklungsbedingte grundlegende Fehlfunktionen bei Patienten mit BPS [14]. Die Datenbasis ist jedoch noch sehr inkonsistent. So fanden beispielsweise Untersuchungen zur Fähigkeit, emotionale Gesichtsausdrücke bei anderen zu dechiffrieren z. T. deutliche Überlegenheit der Patienten mit BPS [15, 16], z. T. aber

auch erhebliche Einschränkungen, insbesondere wenn die Experimente unter Zeitdruck durchgeführt wurden. Die Schlussfolgerungen von Domes et al. [17], dass insbesondere das Ausmaß der affektiven Anspannung die Probleme in der emotionalen Dechiffrierung beeinflusst, klingen daher plausibel. Übereinstimmend fand sich jedoch, dass Patienten mit BPS eine Tendenz aufweisen, neutrale Gesichter als negativ, feindlich oder ärgerlich zu attribuieren. Beispielsweise konnten Barnow et al. [18] zeigen, dass Patienten mit BPS bei der Interpretation der sozialen Intentionen von auf Film-Clips gezeigten Personen eine deutliche Verzerrung aufweisen und den Akteuren signifikant häufiger aggressive und feindliche Absichten unterstellten als gesunde Personen.

BPS-Patienten zeichnen sich einerseits aus durch ein starkes Bedürfnis nach sozialer Nähe, Geborgenheit und hingebungsvoller Zuwendung, andererseits durch eine stark ausgeprägte Angst vor eben dieser sozialen Nähe. Dieses intensive Bedürfnis nach Zuwendung und Nähe wird von verschiedenen Arbeitsgruppen unterschiedlich interpretiert. Während die Anhänger der Bindungstheorie vermuten, dass aufgrund früher interaktioneller Störungen die genuine Fähigkeit der „Selbstberuhigung“ nicht entwickelt wurde, daher diesbezüglich eine starke Abhängigkeit von externen Objekten vorliegt, postulieren eher sozialpsychologisch orientierte Forschergruppen biographische Erfahrung von sozialer Demütigung und Zurückweisung als prädisponierende Variable für die Borderline-typische Unfähigkeit, alleine zu sein. Das tiefgreifende Gefühl des Unwohlseins während real erfahrener sozialer Nähe hingegen kann gut vor dem biographischen Hintergrund von BPS-Patienten verstanden werden. Immerhin berichten über 90% über anhaltende Trauma- und Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend.

Evidenzbasierte Psychotherapie

Psychotherapeutische Verfahren gelten derzeit als Mittel der Wahl in der Behandlung der BPS [19]. Die deutschen S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen [20] werten vier Therapieprogramme als evidenzbasiert:

- die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan (Evidenzgrad Ib nach Chambless und Hollon [21]),
- die „mentalization-based therapy“ (MBT) nach Bateman und Fonagy (Evidenzgrad IIa),
- die von O. Kernberg entwickelte „übertragungsfokussierte Psychotherapie“ („transference focussed psychotherapy“, TFP; Evidenzgrad IIa) und
- die Schematherapie nach J. Young (Evidenzgrad IIa).

Bevor auf die jeweilige Studienlage eingegangen wird, sollen zunächst die Gemeinsamkeiten dieser störungsspezifischen Behandlungsformen skizziert werden:

Diagnostik. Grundvoraussetzung für die Durchführung einer störungsspezifischen Psychotherapie ist eine Diagnostik, die auf definierten Kriterien beruht und die dem Patienten offen gelegt wird.

Zeitlicher Rahmen. Es hat sich durchgesetzt, bereits zu Beginn der Therapie zeitlich klare Begrenzungen zu vereinbaren und diese auch einzuhalten. Die meisten Therapien belaufen sich auf einen Zeitrahmen zwischen ein und 3 Jahren.

Therapievereinbarungen. Allen Therapieformen gemeinsam sind klare Regeln und Vereinbarungen bezüglich des Umgangs mit Suizidalität, Kriseninterventionen und Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen. Diese werden zu Beginn der Therapie in sog. „Therapieverträgen“ vereinbart.

Hierarchisierung der Behandlungsziele. Alle störungsspezifischen Verfahren zur Behandlung der BPS verfügen über eine Hierarchisierung der Behandlungsziele: Suizidversuche oder drängende Suizidideen werden stets vorrangig behandelt, Verhaltensmuster oder -ideen, welche die Aufrechterhaltung der Therapie gefährden oder den Therapeuten oder Mitpatienten stark belasten, gelten ebenfalls als vorrangig. Schließlich müssen körperliche Folgen von psychischen Störungen vorrangig behandelt werden, welche emotionale Lernprozesse verhindern würden (u. a. schwere Formen der Ano-

rexie und Bulimia nervosa, Substanzabhängigkeiten).

Multimodaler Ansatz. Die meisten Verfahren kombinieren verschiedene therapeutische Module wie Einzeltherapie, Gruppentherapie, Pharmakotherapie und Coaching in Krisen.

Supervision. Unter allen Fachleuten herrscht Übereinstimmung, dass die kollegiale Super- oder Intervision der behandelnden Therapeuten integraler Bestandteil der Therapie sein sollte. Streng genommen wurden alle wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise nur unter supervidierten Bedingungen erbracht.

Im Folgenden soll der derzeitige Wissensstand dieser vier Therapieprogramme skizziert werden. Dies bedarf jedoch zunächst einiger einschränkender Bemerkungen:

Für die meisten Behandlungsprogramme liegen, mit Ausnahme der DBT, nur sehr wenige Studien, und damit erst recht keine Metaanalysen vor, so dass die jeweiligen Studienbedingungen (Sorgfalt der Datenerfassung, Expertengrad, Auswahl der Patienten usw.) einen sehr starken Einfluss auf die jeweiligen Ergebnisse gewinnen und die Interpretation erschweren. Der Schweregrad der Störung ist nur bei wenigen Studien berücksichtigt, was gerade bei diesem heterogenen Störungsbild erheblichen Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen kann. Auch sind die eingesetzten Erfolgsmaße sehr unterschiedlich und nur teilweise zu vergleichen. Am ehesten eignet sich noch der „Global Severity Index“ (GSI) der Symptom Check-List (SCL-90) [22]. Wo immer dieser Wert angegeben ist, wird in den folgenden Beurteilungen darauf Bezug genommen werden.

Dialektisch-behaviorale Therapie

Die DBT wurde in den 1980er Jahren von M. Linehan (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt [23, 24]. Die DBT gliedert sich in Behandlungsstadien, die sich wiederum am Ausmaß der Störung orientieren:

Zusammenfassung · Summary

Nervenarzt 2011 · 82:16–24 DOI 10.1007/s00115-010-3126-1
© Springer-Verlag 2011

M. Bohus · C. Kröger

Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum gegenwärtigen Stand der Forschung

Zusammenfassung

Mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 3% gehört die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gerade in der mittleren Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter zu den häufigen psychiatrischen Störungsbildern. Im Zentrum stehen Probleme der Affektregulation, der Identität und der sozialen Interaktion. In den letzten Jahren wurde eine Reihe störungsspezifischer Therapieverfahren entwickelt, von denen drei wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise erbrachten: dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) und Schematherapie. Obgleich die Datenlage konsistent eine Überlegenheit dieser Therapieprogramme gegenüber unspezifischen Behand-

lungsversuchen zeigt, hinkt die Versorgungsrealität in der BRD hinterher. Nur etwa jeder tausendste Borderline-Patient erhält derzeit in Deutschland leitlinienkonforme ambulante Psychotherapie. Dementsprechend hoch sind mit 4 Mrd. EUR die jährlichen Kosten, die für stationäre Behandlung der BPS ausgegeben werden. Das sind etwa 20% der Gesamtkosten die pro Jahr in Deutschland für psychiatrische Störungen ausgegeben werden.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung · Psychopathologie · Psychotherapie · Leitlinie · Kosten

Psychopathology and psychotherapy of borderline personality disorder. State of the art

Summary

With a lifetime prevalence of about 3%, borderline personality disorder is a frequent and often debilitating psychiatric disorder, especially during adolescence. Most features of typical borderline pathology can be classified into three dimensions: disturbed affect regulation, identity disturbance and problems in social interaction. Within the last decade several treatment programs have been tailored to the specific needs of borderline therapy and three of them have meanwhile shown empirically proven evidence: dialectical behavior therapy (DBT), mentalization-based therapy (MBT) and schema therapy. Although the studies showed clear superiority of specifically designed treatment programs com-

pared to non-structured standard care, implementation of these programs in the German health care system is far from sufficient. Only one out of every thousand patients suffering from borderline personality disorder receives evidence-based outpatient psychotherapy. This is mirrored by the annual costs for inpatient treatment extending to 4 billion Euros, which is approximately 20% of the total costs for psychiatric care in Germany.

Keywords

Borderline personality disorder · Psychopathology · Psychotherapy · Evidence-based medicine · Costs

Im Stadium I konzentriert sich die DBT auf schwere Störungen der Verhaltenskontrolle wie Suizidalität, Selbstverletzungen, aggressive Durchbrüche, Intoxikationen oder ungeplante stationäre Einweisungen. Stadium II der DBT konzentriert sich auf schwerwiegende Probleme, die durch komorbide Achse-I-Störungen erklärt werden: posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD), Essstörungen, Drogen- und Alkoholabusus oder generalisierte soziale Phobie. Für diese Problemstellungen wurden in den letzten Jahren spezifische Manuale entwickelt, die größten Teils in randomisiert kontrollierten Studien untersucht wurden und werden (Übersicht in: [25]).

► Die DBT gilt als das empirisch am besten abgesicherte Behandlungskonzept

Die DBT ist keine eigenständige Schule, sondern eine Art Matrix, in der sich heuristisch die jeweiligen Behandlungstechniken nach unterschiedlichen Anforderungen organisieren. Die DBT kann somit als Prototyp einer prinzipiengeleiteten, modularen Therapie bezeichnet werden. Dieser modulare Ansatz bildet sich auch in den unterschiedlichen therapeutischen Zielsetzungen ab: So fokussiert im ersten Behandlungsstadium die Einzeltherapie auf gezielte Verbesserung der Motivation für anstehende Veränderungen und ein detailliertes Verständnis für die situativen, emotionalen und kognitiven Probleme, welche den jeweiligen dysfunktionalen Verhaltensmustern zugrunde liegen. In den Skills-Gruppen werden Fertigkeiten für Emotionsregulation, Stresstoleranz, Achtsamkeit und adäquate soziale Interaktion vermittelt. Mittels Telefon- oder E-Mail-Coaching wird gezielt auf die Umsetzung und Anwendung der erlernten Fertigkeiten unter belastenden Alltagsbedingungen geachtet, und schließlich steht für die Verbesserung von Motivation und Kompetenz der behandelnden Therapeuten ein strukturiertes Interventionskonzept zur Verfügung.

Während des 2. Stadiums der Behandlung kommen in aller Regel Modifikationen etablierter Behandlungsprotokolle für Achse-I-Störungen zum Einsatz, die an die besonderen Erfordernisse der BPS-Behandlung angepasst wurden (z. B. für die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung [26] oder schweren Formen der Essstörung [27]).

Die Wirksamkeit des 1. Behandlungsstadiums wurde mittlerweile in 8 kontrolliert randomisierten Studien von unabhängigen Forschergruppen evaluiert. In einer Metaanalyse [28] konnten zudem 8 weitere nichtkontrollierte Studien eingeschlossen werden. Bei einer durchschnittlichen Abbrecherquote von 27% ergab sich in den Intent-to-treat-Analysen eine mittlere Effektstärke für globale Veränderung und eine mittlere Effektstärke für die Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzungen. Im stationären Setting lassen sich durch ein 3-monatiges DBT-Intensiv-Programm in Abhängigkeit von den Einschlusskriterien (u. a. schwere Formen der Essstörungen bzw. Substanzabhängigkeit) moderate bzw. hohe Effektstärken im SCL-90 ($d=0,54$ bzw. $0,84$) erzielen [28, 29]. Aussagekräftig ist auch die derzeit einzig vorliegende Analyse zur Remission von komorbiden Achse-I-Störungen unter störungsspezifischer Psychotherapie [30]. Nach einem Jahr Standard-DBT [31] zeigen Depressionen eine Remissionsrate von 60%, Panikstörung 40%, Substanzmissbrauch 80%, Essstörungen 60%. Lediglich die PTSD zeigt mit knapp 30% Remissionsraten unzureichende Ergebnisse, was auf die Indikation einer Zusatzbehandlung hinweist.

Fokussiert man die oben skizzierten drei Problemdimensionen, so zeigt sich die Wirksamkeit der DBT zumindest in der Reduktion von dysfunktionalen Verhaltensmustern. Welche hirnelementaren Veränderungen mit einer gebesserten Affektregulation einhergehen, ist weitgehend noch zu klären. Doch zeigen erste Ergebnisse, dass eine Normalisierung der pathologischen Amygdalahyperaktivität nach DBT erwartungsgemäß eintritt [32]. Inwiefern sich andere Störungen des emotionalen Erlebens, der Identität oder der sozialen Interaktion verbessern, ist bislang nicht untersucht.

Fokussiert man die oben skizzierten drei Problemdimensionen, so zeigt sich die Wirksamkeit der DBT zumindest in der Reduktion von dysfunktionalen Verhaltensmustern. Welche hirnelementaren Veränderungen mit einer gebesserten Affektregulation einhergehen, ist weitgehend noch zu klären. Doch zeigen erste Ergebnisse, dass eine Normalisierung der pathologischen Amygdalahyperaktivität nach DBT erwartungsgemäß eintritt [32]. Inwiefern sich andere Störungen des emotionalen Erlebens, der Identität oder der sozialen Interaktion verbessern, ist bislang nicht untersucht.

Mentalisierungsbasierte Therapie

Die MBT wurde von den psychodynamisch orientierten Wissenschaftlern A. Bateman und P. Fonagy entwickelt

[14]. Sie basiert, wie oben skizziert, auf den Annahmen, dass BPS-Patienten aufgrund früher Störungen des Bindungssystems Schwierigkeiten haben, aus den beobachtbaren Handlungen anderer auf deren jeweilige Absichten zu schließen. Hieraus erfolgt eine Serie von missverständlichen Interaktionen, die häufig zum Scheitern zwischenmenschlicher Beziehungen führt. Auch Störungen der Affektregulation und der Impulskontrolle werden auf Probleme der Mentalisierung zurückgeführt. Ausgangspunkt der Mentalisierungstheorie ist die Theory-of-Mind-Theorie (ToM). Fonagy und Mitarbeiter gehen davon aus, dass die Fähigkeit zur Mentalisierung einem starken interaktionellen Einfluss unterworfen ist und sich durch frühe Störungen der Mutter-Kind-Interaktion daher mangelhaft entwickelt. Auch wenn die Datenlage zur Mentalisierungsfähigkeit von BPS-Patienten noch uneinheitlich ist (s. oben), so handelt es sich doch um ein konsistentes Behandlungsprogramm, dessen Wirksamkeit in kontrolliert randomisierten Studien aufgezeigt wurde.

— Die MBT zielt darauf, dem Patienten eine „sichere Identität“ zu vermitteln und ihm zu helfen, ein „optimales Erregungs- und Beziehungsniveau“ zu erreichen.

Hierzu dient modellhaft die therapeutische Beziehung. Auch die MBT hierarchisiert ihre Behandlungsziele und fokussiert zunächst auf eine Verbesserung der Affektregulation, insbesondere der emotionsgesteuerten Interaktion. Es werden jedoch keine spezifischen Fertigkeiten vermittelt, sondern dialogische Prozesse unter Einbeziehung von Übertragungaspekten bevorzugt.

Derzeit liegen 2 kontrolliert randomisierte Studien vor [33, 34]. Die erste Studie vergleicht eine 18-monatige teilstationäre Behandlung mit einer psychiatrischen Routinebehandlung. Nach Ablauf der Studie fanden sich signifikante Unterschiede im SCL-90, der Depressivität, der Anzahl von Selbstverletzungen und der sozialen Integration. Nach Fortsetzung der Therapie unter ambulanten Bedingungen über den Zeitraum von weiteren 18 Monaten verbesserten sich diese Befunde noch

deutlicher. Die zweite Studie [34] verglich MBT unter 18-monatigen ambulanten Bedingungen mit „strukturiertem klinischem Management“. Die Abbrecherquoten waren in beiden Armen relativ gering (25%). Wie in der ersten Studie findet sich im letzten Zeitabschnitt, also ab 12 Monaten nach Studienbeginn, eine signifikante Überlegenheit der MBT-Gruppe hinsichtlich der Reduktion von krisenhaften Verhalten, sozialer Integration und globaler Psychopathologie. Auch wenn eine Replikation durch unabhängige Studiengruppen noch fehlt, so zeigen doch beide Studien, dass MBT auch gut strukturierten, aber nicht störungsspezifisch arbeitenden Therapieangeboten überlegen ist. Als rasch wirksames Programm für stationäre Behandlung oder gar Krisenintervention scheint sich die MBT allerdings nicht unmittelbar zu empfehlen, da sich die Behandlungswirkung vergleichsweise spät, d. h. frühestens nach 12 Monaten entfaltet. Auch die MBT zeigt eine gute Reduktion dysfunktionaler Verhaltensmuster, aus welcher auf eine Verbesserung der Affektregulation geschlossen werden kann. Untersuchungen zu neurobiologischen Veränderungen fehlen bislang. Inwiefern sich andere Störungen des emotionalen Erlebens, der Identität oder der sozialen Interaktion verbessern, ist bislang ebenfalls nicht untersucht.

Schematherapie

Basierend auf der „kognitiven Therapie für Persönlichkeitsstörungen“ nach A. Beck entwickelt Jeffrey E. Young die Schematherapie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Er postuliert, dass sog. Schemata sich in der Kindheit und im Verlauf des Lebens als weitgesteckte Muster aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen konstituieren und dann das jeweilige Verhalten steuern. Schemata dienen vornehmlich der Sicherung interner Konsistenz, haben die Eigenart, sich durch Steuerung der Aufmerksamkeit und Interpretationen zu replizieren und sich im Laufe des Lebens zu verfestigen. Young entwickelte den Begriff der Schemamodi, d. h. komplexer assoziativer Netzwerke, die durch jeweils unterschiedliche situative Auslöser getriggert werden können. Die Schema-

therapie beschreibt diese unterschiedlichen Modi mit Begriffen wie „das verletzbare“, „das verärgerte“, das „impulsiv-undisziplinierte“ oder das „glückliche Kind“. Die Schematherapie ist als manualisierte Einzeltherapie konzeptualisiert und fokussiert darauf, bei den Patienten die Fähigkeit zu verbessern, aktivierte Schemata zu erkennen, diese auf Funktionalität im gegenwärtigen Kontext zu überprüfen und gegebenenfalls zu revidieren. Als zweiten, zentralen „Reifungsprozess“ geben die Therapieentwickler Prozesse des „reparentings“, also des geführten Nachreifens an, um damit den Schemamodus „gesunder Erwachsener“ zu stärken.

Die wissenschaftliche Evidenz basiert derzeit auf einer kontrolliert randomisierten Studie [36] sowie einer Prä-post-Implementierungsstudie [37]. Erstere Studie verglich eine 3 Jahre applizierte Schematherapie mit der von O. Kernberg entwickelten „übertragungsfokussierten Therapie“ (TFP) (s. unten). Es fand sich eine signifikante Überlegenheit der Schematherapie in allen untersuchten Belangen. Dies betraf insbesondere die Therapie-Compliance, aber auch die Verbesserung der allgemeinen und spezifischen Psychopathologie sowie der Lebensqualität. Da es sich bei der TFP nicht um eine sicher wirksame Kontrollbedingung handelt (s. unten), ist streng genommen kein Wirksamkeitsnachweis erbracht. Dennoch konnten zumindest die Prä-post-Daten durch eine jüngste, unkontrollierte Implementierungsstudie bestätigt werden. Auch hier fanden sich bereits nach 1,5 Jahren mittlere Effektstärken im SCL-90 ($d=0,57$) und hohe Effektstärken in der spezifischen Psychopathologie ($d=0,8$). Auch wenn eine Replikation durch unabhängige Forschergruppen noch fehlt, so zeigen doch beide Studien, dass es sich wahrscheinlich um ein wirksames Verfahren handelt.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Dieses Verfahren wurde in den 1980er Jahren entwickelt und definiert sich als analytisches Modell, basierend auf O. Kernbergs Objektbeziehungstheorie. Wie der Name sagt, liegt der Schwerpunkt auf der Bearbeitung der Übertragung innerhalb der therapeutischen Beziehung, in der

Annahme, dass dadurch „fragmentierte Objektrepräsentanzen“ einer Art Nachreifung unterzogen werden und daraus ein realistischerer Umgang mit den Anforderungen der Gegenwart erwächst. Die Behandlung ist manualisiert und wurde mittlerweile in drei kontrolliert randomisierten Studien überprüft. [36, 38, 39, 40].

In der ersten Studie [38], die von den Entwicklern selbst durchgeführt wurde, fanden sich keine Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe („supportive therapy“) und den beiden aktiven Behandlungen DBT und TFP. In der zweiten Studie [36] zeigte sich die TFP der schemafokussierten Therapie in allen Belangen unterlegen, wobei bemerkenswert ist, dass die Therapieergebnisse negativ mit der Manualtreue der TFP-Therapeuten korrelieren. Hinzu kommen hohe Abbrecherquoten bei der TFP von 51%. Die dritte Studie [40] verglich ein Jahr ambulante TFP mit einer unspezifischen Kontrollgruppe. Die Daten sind sehr schwer zu interpretieren, da nach Ende der Therapie in der Kontrollgruppe für 44% der Patienten und in der TFP-Gruppe für 17% keine Messungen vorlagen. Die publizierten Intent-to-treat-Analysen unterliegen daher einer erheblichen Verzerrung zugunsten der TFP. Trotz dieser Verzerrung zugunsten der TFP findet die Studie keine Unterschiede hinsichtlich der Anzahl an Suizidversuchen (von den Autoren post-hoc als primäres Outcome-Kriterium definiert). Es fand sich zudem in beiden Gruppen keine Verbesserung der Selbstverletzungen und keine Verbesserung der globalen Psychopathologie, gemessen mit dem SCL-90. Lediglich in der sozialen Integration gemessen mit der GAF zeigten sich signifikante Unterschiede mit schwachen Effektstärken.

Auch nach drei vorliegenden RCTs konnte damit der Wirksamkeitsnachweis der TFP nicht gelingen, insbesondere wenn man sie mit den drei oben skizzierten Behandlungsprogrammen vergleicht, die allesamt, zwar in unterschiedlicher Dauer, Verbesserungen der allgemeinen und spezifischen Psychopathologie finden.

Fazit der Forschungsergebnisse

Wie oben geschildert, ist eine valide zusammenfassende Interpretation dieser

Studien aufgrund der Heterogenität der Stichproben, der Messinstrumente und der Publikationsqualität nur schlecht möglich. Einige Fakten scheinen sich jedoch zu erhärten:

- Die tiefenpsychologisch orientierten Verfahren scheinen für die Entfaltung ihrer Wirksamkeit einen längeren Zeitrahmen zu benötigen als die DBT. Bei letzterer zeigen bereits nach 4 Monaten Behandlung signifikante Verbesserungen der Psychopathologie, während etwa bei der MBT diese Veränderungen erst nach 12 Monaten beginnen.
- Der Auswahl der Kontrollgruppe scheint (wie immer) eine erhebliche Bedeutung zuzukommen. Die beiden jüngsten großen Studien [34, 41] implementieren als Kontrollgruppen jeweils gut strukturierte, manualisierte psychiatrische Standardtherapien, die beide sehr gute Wirksamkeit zeigen und damit in einer Studie die Effekte der DBT nivellieren und denen der MBT sehr nahe kommen. Dies deutet zumindest an, dass die hochkomplexen theoriegeleiteten Verfahren nicht die einzige Behandlungsmöglichkeit darstellen. Gerade unter Versorgungsaspekten wäre dies sicherlich erfreulich, bedarf aber der weiteren Klärung, denn die häufig verwendete Kontrollbedingung „treatment as usual“ wies ein Effektstärke von null in der erwähnten Metaanalyse auf. Dies bedeutet aber auch, dass derartige Kontrollgruppen mit hohen Abbrecherquoten nicht mehr als valide Vergleichsgruppen herangezogen werden sollten.
- Zwar sind die Responderraten der störungsspezifischen Verfahren unterschiedlich groß, jedoch überschreiten sie die Rate von 50% kaum. Das heißt, dass nach wie vor über die Hälfte der Betroffenen auch von 3-jährigen Therapien nicht oder nur in sehr geringem Maße profitieren. Bislang bleibt unklar, ob unterschiedliche Patientenpopulationen unterschiedlich in den Therapiemethoden abschneiden. Die Klärung der differenziellen Indikation ist eine der großen Herausforderungen an die Forschung der kommenden Jahre.

- Da wohl auch in absehbarer Zukunft die drei evaluierten Behandlungskonzepte kaum gegeneinander geprüft werden, wäre zumindest zu fordern, dass zukünftig gemeinsam abgestimmte Messinstrumente verwendet werden, um so die Bedingungen für Vergleiche und Metaanalysen zu verbessern. Entsprechende Richtlinien wurden von einer Arbeitsgruppe des NIMH (National Institute of Mental Health) formuliert und publiziert [42].
- Die wichtigsten Fragen für zukünftige Therapiefor schung dürften auch in der differenziellen Berücksichtigung der Jugendlichen liegen. Hier legt bislang nur die DBT entsprechend angepasste Behandlungsprogramme und Daten vor. Dies gilt auch für die wichtigsten Achse-I-Komorbiditäten wie posttraumatische Belastungsstörung, Substanzmissbrauch und Essstörungen. Auch hier dominiert die DBT. Dies liegt sicherlich im pragmatischen biosozialen Modell begründet, welches eine störungsspezifische Ausdifferenzierung und Integration erfolgreicher Therapiemanuale erleichtert.

Behandlung der BPS in der Praxis

Unbestritten ist, dass störungsspezifische Psychotherapie der unspezifischen Behandlungen von BPS bei weitem überlegen ist. Weiterhin kann als gesichert gelten, dass inadäquate Behandlung ein erhebliches Risiko der Chronifizierung für dieses schwerwiegende Störungsbild birgt. Doch wie sieht die Realität der psychotherapeutischen Versorgung von BPS-Patienten in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) aus?

➤ Nur einer von 1000 BPS-Patienten erhält eine leitliniengerechte Behandlung

Unter stationären Bedingungen haben sich an vielen Kliniken störungsspezifische Behandlungseinheiten etabliert, die sich weitgehend an den Kriterien der DBT orientieren und sich einer regelmäßigen Qualitätskontrolle durch den Dachverband DBT unterziehen (dachverband-

dbt.de). Die ambulante Versorgungssituation untersuchte eine Studie im Münchner Raum[43], in welcher Psychotherapeuten zu ihren Behandlungsgewohnheiten befragt wurden. In dieser Studie gaben etwa 22% der Befragten an, grundsätzlich keine BPS-Patienten zu behandeln; 50% meinten, dass eine störungsspezifische Zusatzausbildung sinnvoll wäre, aber lediglich 3% verfügten über eine solche. Legt man 3% störungsspezifisch ausgebildete Therapeuten des städtischen Raums zugrunde, kämen auf jeden Therapeuten in der BRD etwa 750 zu behandelnde BPS-Patienten. Oder anders ausgedrückt, nur einer von 1000 BPS-Patienten erhält in der BRD eine adäquate, leitliniengerechte ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Konsequenzen sind nicht nur für die Betroffenen erheblich. Wie oben bereits ausgeführt, müssen für stationäre Behandlungskosten der BPS ca. 4 Mrd. EUR pro Jahr veranschlagt werden, das sind etwa 20% der Gesamtkosten, die für psychische Störungen in der BRD ausgegeben werden [5]. Und diese Zahlen umfassen nur die primären Behandlungskosten. Man kann leicht ermessen, welche hohen sekundären Kosten auf dem Versorgungssystem lasten, wenn man davon ausgeht, dass nur etwa 22% der Behandlungssuchenden BPS-Patienten einer bezahlten Tätigkeit nachgehen können (Bohus et al., in Vorbereitung).

Welche Konsequenzen wären zu fordern? Zum einen wäre eine bessere Gratifizierung für Psychotherapeuten mit Zusatzausbildung sicherlich förderlich. Da alle Studien zeigen, dass die Behandlung der BPS-Störung einen längeren Zeitrahmen erfordert, sollte man über eine störungsspezifische Erweiterung der erstatteten Stundenkontingente dringend nachdenken. Solange jedoch in den nächsten Jahren nicht mit einer Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation gerechnet werden kann, kommt der sektorübergreifenden Versorgung eine maßgebliche Rolle zu. Hier sollte der Schwerpunkt auf den Aufbau störungsspezifischer Ambulanzen gelegt werden, die eng mit stationärer Krisenintervention und sozialarbeiterischer Unterstützung kooperieren. Denn das Ziel aller psychotherapeutischer Bestrebungen sollte die gestützte Integration dieser meist jungen

Patienten auf dem ersten Arbeitsmarkt sein. Schließlich ist der Aufbau von Verantwortung und beruflicher Kompetenz immer noch die beste Methode, um dysfunktionale Selbstkonzepte dauerhaft zu revidieren.

Fazit für die Praxis

- Die Datenlage zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt konsistent eine Überlegenheit der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT), der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) und der Schematherapie (mit Einschränkungen) gegenüber allen unspezifischen Behandlungsversuchen.
- Der Schwerpunkt der Versorgungssituation sollte auf dem Aufbau störungsspezifischer Ambulanzen liegen, die eng mit einer stationären Krisenintervention und sozialarbeiterischer Unterstützung kooperieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Bohus

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim, Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
J5, 68159 Mannheim
martin.bohus@zi-mannheim.de

Literatur

1. Trull T, Jahng S, Tomko R et al (2010) Revised NE-SARC personality disorder diagnoses: gender prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 24(4):412–426
2. Brunner R, Parzer P, Haffner J et al (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161:641–649
3. Brunner R, Parzer P, Resch F (2001) Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen* 5:4–12
4. Winograd G, Cohen P, Henian C (2008) Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 49:933–941
5. Bohus M (2007) Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstör Theorie Ther* 11:149–153
6. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS et al (2008) Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 28:75–91
7. Stiglmayr C, Gratwohl T, Linehan MM et al (2005) Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand* 372–379
8. Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P et al (2008) Motives for non-suicidal self-injury among women with Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis* 196:236
9. Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N et al (2009) Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 34:214–222
10. Wilkinson-Ryan T, Westen D (2000) Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 157:528–541
11. Haaf B, Pohl U, Deusinger IM, Bohus M (2001) Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51:1–9
12. Gunderson JG (1996) The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 153:752–758
13. Kernberg OFC (1984) Problems in the classification of personality disorders. In: Severe personality disorders. Yale Univ Press, New Haven, CT, S 77–94
14. Fonagy P, Bateman AW (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 62:411–430
15. Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF (2005) The association between attentional and executive controls in the expression of borderline personality disorder features: a preliminary study. *Psychopathology* 38:75–81
16. Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS et al (2006) Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion* 6:647–655
17. Domes G, Schulze L, Herpertz SC (2009) Emotion recognition in borderline personality disorder – a review of the literature. *J Pers Disord* 23:6–19
18. Barnow S, Stopstack M, Grabe HJ et al (2009) Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 47:359–365
19. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364:459–461
20. Bohus M, Buchheim P, Doering S et al (2008) S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Bd 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Steinkopf, Darmstadt
21. Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66(1):7–18
22. Derogatis LR (1977) SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual II. Clin Psychometr Res, Towson, MD
23. Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York
24. Bohus M (2002) Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Dialectic-behavioral therapy for borderline personality disorder. Hogrefe, Göttingen, S 1–131
25. Dimeff L, Koerner K (2010) Dialectical behavior therapy in clinical practice. Guilford Press, New York
26. Bohus M, Priebe K, Dyer A et al (2010) Dialektisch behaviorale Therapie für posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychiatr Psychosom Med Psychol* (in press)
27. Kröger C, Schweiger U, Sipos V et al (2010) Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-months follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 41:381–388
28. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J (2011) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. A meta-analysis using mixed-effect modelling. *J Consult Clin Psychol* (in press)
29. Bohus M, Haaf B, Simms T et al (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42:487–499
30. Harned MS, Linehan MM (2008) Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: two case studies. *Cogn Behav Pract* 15:263–276
31. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63:757–766
32. Schnell K, Herpertz SC (2007) Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 41:837–847
33. Bateman AW, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563–1569
34. Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:1355–1364
35. Young JE (1999) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 3. Aufl. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Inc, Sarasota, FL, S 83
36. Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al (2006) Outpatient Psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63:649–658
37. Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatr* 166:1355–1364
38. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164:922–928
39. Clarkin JF, Levy KN (2006) Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol* 62:405–410
40. Döring S, Hörz S, Rentrop M et al (2010) Transference-focused psychotherapy vs treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:389–395
41. McMinn SF, Links PS, Gnam WH et al (2009) A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:1365–1374
42. Zanarini M, Stanley B, Black D et al (2010) Methodological considerations for treatment trials for persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Ann* (in press)
43. Jobst A, Hörz S, Birkhofer A et al (2010) Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60:126–131