

Ist die stationäre störungsspezifische Behandlung von Borderline-Patienten einer herkömmlichen psychiatrischen/psychotherapeutischen stationären Behandlung überlegen?

Puspa Anuschka Agarwalla^a, Joachim Küchenhoff^a, Daniel Sollberger^b, Daniela Gremaud-Heitz^b, Anke Riemenschneider^b, Marc Walter^b, Gerhard Dammann^c

^a Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Liestal, Switzerland

^b Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Switzerland

^c Klinik Münsterlingen, Switzerland

Funding / potential competing interests: Schweizerischer Nationalfonds Nr. 108462 (Psychotherapy outcome and subgroups in disorder – specific inpatient treatment of borderline personality disorder: A prospective controlled matched-sample study)

Summary

Is inpatient, disorder-specific treatment of borderline patients superior to conventional psychiatric, psychotherapeutic inpatient treatment?

Disorder-specific treatment of patients with a borderline personality disorder aims to reduce borderline-specific symptoms that can have a negative effect on an acceptable working relationship. This is vital in order to curb behaviour that is damaging to treatment or to the individual, in patients who are often severely impaired in their relational behaviour; however, frequently this issue is not given sufficient consideration in conventional psychiatric settings. The aim of the study was to assess whether these symptoms can be treated more effectively with disorder-specific treatment, rather than a conventional psychiatric, psychotherapeutic treatment approach (treatment as usual). Methods: during the period from 2006 to 2009, patients with a primary diagnosis of a BPD were admitted as inpatients to the University Psychiatric Hospital in Basel and were assigned either to disorder-specific treatment in the psychotherapeutic department, or to conventional psychiatric, psychotherapeutic treatment in one of the hospital's other departments. All 60 patients were assessed in the second week and at the end of treatment by means of diagnostic and psychological tests. Results: data from 44 patients were available for analysis (DST n = 32, TaU n = 12). The proportion of patients who interrupted treatment was considerably higher in the TaU group than in the DST group. Overall, however, the study only produced few significant treatment effects in relation to the treatment group. Discussion: it is possible that the group-specific effects can be attributed to the disorder-specific treatment. However, the checks carried out on the relevant confounding variables yielded only few between-subject effects. It would be useful to have more homogeneous groups with similar co-morbidity rates and comparable starting values, in order to be able to generate clearer results. A larger sample would also be desirable with regard to a suitable power.

Key words: Borderline personality disorder; disorder-specific treatment; inpatient treatment; treatment as usual

Einleitung

Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) weisen eine Vielfalt von zum Teil häufig wechselnden Symptomen auf. Im Zentrum der Störung stehen, so der aktuelle Konsens, (1.) instabile Beziehungsmuster (Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung), (2.) affektive Instabilität, (3.) Impulsivität sowie (4.) eine gestörte Identität, und zwar in zeitlich variierender, unterschiedlicher Ausprägung. Das Störungsbild kann folglich sehr individuell ausgestaltet sein, so dass das klinische Bild eine grosse Heterogenität aufweist. Hinzu kommt, dass viele dieser Patienten eine hohe Komorbidität mit anderen Störungen sowohl der Achse I als auch der Achse II nach DSM-IV-Störungen aufweisen [1–4]. Dies erschwert die ohnedies sehr komplexe Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen (PS) und macht es anspruchsvoll, einen geeigneten therapeutischen Ansatz zu finden. Die aktuellen Studien machen selten klare Aussagen bezüglich der Wirksamkeit der Behandlungen [5]. So kommt die 2006 veröffentlichte Metaanalyse der Cochrane Collaboration [6] zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren in der Behandlung der BPS zwar zum Schluss, dass «einige der wichtigsten Borderline-spezifischen Probleme durch Gesprächs- oder Verhaltenstherapie veränderbar sind», hält aber auch fest, «dass alle Therapien experimentell bleiben und die Anzahl der Studien zu gering und die Stichproben zu klein seien, um Vertrauen in die Ergebnisse zu erwecken». Die Studienqualität der Mehrzahl der für diese Analyse genutzten randomisierten Studien (6/9) wird von Brazier et al. [7] als mässig bis mangelhaft eingeschätzt. Lediglich 3 der 9 randomisierten Studien wird eine mässige Studienqualität zugebilligt. Die Interpretierbarkeit sei erschwert, da nicht in allen Studien primär auf die Behandlung von Borderline-spezifischen Symptomen abgezielt würde. Ausserdem bestünden beachtliche Unterschiede in den Patientenmerkmalen der verschiedenen Studiengruppen, den Vergleichsgruppen und somit auch zwischen den für die verschiedenen Studien präsentierten Ergebnissen. Sichere Schlussfolgerungen bezüglich der spezifischen Wirksamkeit der verschiedenen Therapieformen sind kaum möglich. Kürzlich veröffentlichte die Cochrane Collaboration ein Update [8], dem grundsätzlich

Korrespondenz:
Prof. Dr. Joachim Küchenhoff
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Biententalstrasse 7
CH-4410 Liestal
Schweiz
joachim.kuechenhoff[at]unibas.ch

das gleiche Vorgehen wie bei der Vorgängerstudie zugrunde lag. Mittels einer Metaanalyse von zuvor nach spezifischen Forschungskriterien ausgewählten Studien versuchten Stoffers et al. [8] die Wirksamkeit verschiedener Therapieformen für die Behandlung von Patienten mit der Hauptdiagnose einer Borderline-Störung zu evaluieren. Sie inkludierten diesmal 28 ausschliesslich randomisierte Studien. Einbezogen wurden sowohl «komprehensive» Behandlungen, welche therapeutische Einzelgespräche als Behandlungsbestandteil haben, sowie «nicht-komprehensive» Therapien ohne diese Komponente. Bei den meisten (26/28) Studien handelte es sich um Studien mit ambulantem Setting. 22 dieser Studien wurden in den letzten Jahren, d.h. zwischen 2006 und 2010, publiziert und geben den aktuellsten Stand der Forschung im Bereich der Borderline-Therapieforschung wieder. Die Autoren legten einen Schwerpunkt auf die Kategorisierung der Behandlungseffekte als primäre und sekundäre Ergebnisse, da es ihnen primär darum ging, solche Behandlungsergebnisse zu betrachten, die für die Behandlung von Borderline-Patienten vorrangig von Interesse sein müssen. Dabei sprechen sie konkret die zentralen Schwierigkeiten oder Kernsymptome der Patienten in der Regulation der Emotionen (Wut, Reizbarkeit, affektive Instabilität, chronisches Gefühl der Leere) und deren Handlungskonsequenzen (Impulsivität, parasuizidale oder suizidale Handlungen) sowie die zumeist dysfunktionalen Beziehungsmuster der Patienten an. Aufgrund ihrer Analyse kommen die Autoren jedoch auch trotz der diesmal bedeutend höheren Anzahl von aktuellen Studien zum Schluss, dass an der zuvor erwähnten Schlussfolgerung weitgehend festgehalten werden muss. Sie konstatieren, dass zwar die Vielfalt der Studien zugenommen habe, nicht aber deren Robustheit. Eine Ausnahme bildeten zumindest teilweise die Studien zur dialektisch behavioralen Therapie (DBT) und der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT). Aber auch hier räumen sie ein, dass die Studien zur DBT- und teilweise auch zur MBT-bezogenen Behandlung im Vergleich zu anderen, mittels randomisiertem kontrolliertem Design untersuchten Therapien zwar den solidesten, nicht aber einen *hinreichend* robusten Beleg für ihre Wirksamkeit erbrächten. Auch müsse beachtet werden, dass in der Mehrzahl der Studien aufgrund der verschiedenen Ein- und Ausschlusskriterien und dem unterschiedlichen Grad der initialen Beeinträchtigung der Patienten (die Mehrzahl der Studien bezieht sich auf Störungsausprägungen zwischen moderat und beträchtlich/gravierend) ein Vergleich zwischen den Studien schwierig oder nicht (generell) möglich ist. Auch die Tatsache, dass Patienten mit einer BPS häufig hohe Komorbiditätsraten aufweisen, wobei diese generell keine systematische Berücksichtigung in den Studien finden, scheint Aussagen über den möglichen Nutzen der verschiedenen Therapieformen auf das jeweils untersuchte Patientenkollektiv zu beschränken. Mit anderen Worten, die Studienergebnisse können i.d.R. nicht generalisiert werden. Therapieerschwernisse, wie z.B. die Komorbiditäten mit bestimmten PS (z.B. PS des Cluster C), könnten aber von grundlegender Bedeutung nicht nur für den Verlauf, sondern auch für die Prognose der BPS und damit für die Interpretation der Ergebnisse (vergleichender) Therapiestudien sein [9–11]. Als problematisch betrachten Stoffers und Mit-

arbeiter zudem den direkten Vergleich (Head-to-head vs. z.B. Vergleich mit TaU) zwischen den Therapieformen, da dadurch unklar sei, was ein Zwischensubjekteffekt wirklich bedeute. Die Wirkmechanismen, die zu den unterschiedlichen Behandlungsergebnissen führen, bleiben im Verborgenen, so dass die Ergebnisse z.T. keinen unmittelbaren klinischen Nutzen hervorbringen können. Somit dürfte es auch nicht erstaunen, dass die differentielle Therapieindikation häufig offen bleibt [12]. Wünschenswert wären Studien, welche die jeweilige Behandlungsform zunächst gegen ein herkömmliches Behandlungssetting (TaU) verglichen, wobei genau zu definieren wäre, was die Behandlung beinhalten sollte, denn auch hier zeigten sich grosse Unterschiede zwischen den Studien.

In der vorliegenden Studie waren wir darum bemüht, mittels eines direkten Vergleichs einer störungsspezifischen Behandlung (DST) mit einem herkömmlich psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssetting zu prüfen, ob eine störungsspezifische Therapie (DST) sich besser als ein-TaU eignet, um bestimmte störungsspezifische Symptome der BPS, wie z.B. die Identitätsdiffusion, mangelnde Realitätsprüfung oder primitive Abwehrmechanismen, besser behandeln und damit schliesslich die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten bzw. das Konfliktpotential im interpersonalen Bereich eindämmen zu können. In den folgenden Absätzen beschreiben wir den von uns gewählten Behandlungsansatz, welcher sich einiger Elemente der TFP und der DBT in Kombination bedient. Denn, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass die TFP zu einer Reduktion spezifischer Borderline-Symptome führen kann, gibt es nur wenige Studien, die eine Verbesserung in der Persönlichkeitsorganisation zum Untersuchungsgegenstand machen. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Doering et al. [13], welche eine Verbesserung in der Persönlichkeitsorganisation nachweisen konnten. Diese Studie wurde durch Stoffers et al. [8] insgesamt vorteilhaft bewertet.

Die Wahl des Behandlungsansatzes für Patienten mit BPS an der Psychotherapeutischen Abteilung (PTA) der Universitären Psychiatrischen Kliniken

Die Wahl des Behandlungsansatzes variiert in Abhängigkeit des Grundverständnisses der zentralen Symptomatik der BPS. Daher ist es für den Behandelnden wichtig, zu Beginn der Behandlung zu definieren, wie er die Psychopathologie eines Patienten versteht, da sich dies direkt auf sein therapeutisches Vorgehen auswirken wird. Auch wenn mittlerweile die meisten Wissenschaftler «ein ätiologisches Modell favorisieren, das Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Variablen sowie dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern annimmt» [5], stützt sich die gewählte Behandlung de facto zumeist auf einen Behandlungsansatz allein. Dabei schliessen sich die verschiedenen Behandlungsansätze prinzipiell nicht gegenseitig aus und könnten in sich ergänzender Weise eingesetzt werden. Eine exklusive Nutzung der Prinzipien eines Ansatzes, wie sie i.d.R. von den verschiedenen Exponenten gefordert wird, erscheint nicht nur unnötig, sie dürfte im klinischen Alltag auch schwierig realisierbar sein. Stattdessen sind Methoden-

synergien zu nutzen, die die Unterschiede der Verfahren anerkennen, aber sie zugleich in wechselseitiger Ergänzung kombinieren [14]. Diese Grundidee haben wir uns in der Behandlung an der Psychotherapeutischen Abteilung (PTA) der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) zunutze gemacht. An der PTA wird zur Behandlung von Borderline-Patienten ein methodensynergistischer Ansatz genutzt, der Elemente von zwei Therapieansätzen, nämlich der Transferenz-fokussierten Psychotherapie (TFP) [15] und der DBT nach Linehan [16], aufnimmt. Diese verschiedenen Behandlungsansätze weisen gewisse Gemeinsamkeiten auf, die nahelegen, diese therapeutischen Verfahren ergänzend in der Behandlung einzusetzen, um damit die Vorteile beider Verfahren angemessen zu nutzen. Beide Verfahren verwenden eine aktive und konfrontative Vorgehensweise und stützen sich auf ein hierarchisiertes Vorgehen, wobei insbesondere (para-)suizidale Gedanken und Handlungen fokussiert werden [17]. Bei beiden Verfahren ist «therapieschädigendes Verhalten» ein zentrales Thema, dem u.a. durch den Abschluss eines Therapievertrags entgegengewirkt werden soll. Sie greifen aber an unterschiedlichen Punkten (Verhalten vs. Persönlichkeitsstruktur) an und haben im Einklang mit ihrem Störungsverständnis unterschiedliche Zielsetzungen. Während die DBT sich zum Ziel setzt, auf dem Weg der Verhaltenskontrolle selbst- und therapieschädigende Verhaltensweisen zu reduzieren und die Handlungskompetenz der Patienten zu verbessern, sieht die TFP das vorrangige Ziel in der Bearbeitung und Auflösung der dysfunktionalen, in der Psyche der Patienten verinnerlichten Objektbeziehungsmuster, die als ursächlich für die Schwierigkeiten in der Affektregulation (emotionale Labilität, unangemessene Wut usw.) und des instabilen Selbstbilds begriffen werden. Der Einsatz unreifer oder primitiver Abwehrmechanismen (Spaltung, Idealisierung, Verleugnung usw.) [18, 19] oder verschiedener Formen der Affektabwehr (z.B. Herstellung von Affektlosigkeit oder Ersetzen von Angst durch Wut) [20] wird bearbeitet, v.a. durch die Arbeit an Übertragung und Gegenübertragung, die im therapeutischen Raum auf-tauchen.

Umsetzung des Modellverständnisses an der PTA

Der Einsatz der verschiedenen Elemente der TFP und der DBT erfolgt in sich ergänzenden therapeutischen Bausteinen. So nehmen alle Patienten dreimal pro Woche an einer durch ausgebildete TFP-Therapeuten geleiteten Gruppensitzung (1 Stunde) teil, in welcher die schwierigen Erlebens- und Verhaltensmuster der Patienten im gegenseitigen Austausch thematisiert werden. In Ergänzung dazu wird in zwei 30-minütigen Einzelsitzungen pro Woche an der individuellen Problematik, d.h. den für das Erleben des Patienten charakteristischen Beziehungsmustern, gearbeitet. Diese Einzelsitzungen werden von in psychotherapeutisch-psychiatrischer Ausbildung befindlichen Assistenzärztinnen ohne spezifische Ausbildung in der TFP durchgeführt und von erfahrenen TFP-Therapeuten supervidiert. Elemente der DBT werden primär in zwei je einmal pro Woche stattfindenden spezifischen Trainings, einem Skills- und einem Achtsamkeitstraining, in die Behandlung inkorporiert. Diese

Trainings werden durch DBT-geschultes Personal der PTA durchgeführt.

Treatment as Usual (TaU)

Die verschiedenen anderen Abteilungen der UPK bieten keine störungsspezifischen Therapien für Borderline-Patienten an. Sie stützen sich primär auf eine allgemeinspsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Patienten. Dabei können die Patienten, ebenso wie jene der Psychotherapeutischen Abteilung in Ergänzung zu den Einzelsitzungen, an den zahlreichen Gruppenangeboten (z.B. Psychoedukationsgruppentherapie) der Abteilungen teilnehmen. Supportive Gespräche durch das Betreuungspersonal sowie eine wöchentliche Sitzung mit einem Sozialarbeiter ergänzen das Angebot. Die Therapieeinheiten sind in Ausmass und Dauer mit jenen der PTA nur bedingt vergleichbar. Der Unterschied in der Behandlung ist aber, wie vorgesehen, primär qualitativer Art.

Medikation

Alle Patienten beider Gruppen erhielten die von psychopharmakologisch erfahrenen Psychiatern der verschiedenen verantwortlichen Abteilungen als notwendig erachtete Medikation in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der APA-Richtlinien [21].

Methodik

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive, kontrollierte Therapiestudie. Ziel ist der Vergleich eines störungsspezifischen Behandlungsansatzes mit einer herkömmlichen psychiatrischen Behandlung (TaU) bei Patienten mit der Hauptdiagnose einer BPS. Die psychotherapeutische Abteilung der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) wurde für die Evaluation der störungsspezifischen Intervention gewählt, da sie u.a. auf die psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten spezialisiert ist. Borderline-Patienten der Kontrollgruppe (TaU) wurden von nicht-spezialisierten Abteilungen der UPK rekrutiert. Die Behandlungsdauer in der PTA beträgt 12 Wochen. Die Behandlungsdauer von Patienten mit BPS auf den anderen Abteilungen ist nicht festgelegt. Abweichungen in der Behandlungszeit werden, sofern sie de facto auftreten, in der Datenauswertung berücksichtigt.

Prospektive Erhebungen: Durchgeführt wurden Erhebungen zu Beginn der Behandlung (t0, diagnostische Interviews und Selbsteinschätzungsfragebögen), zum Abschluss der Behandlung (i.d.R. nach 12 Wochen) (t1) sowie katamnestisch 6 bzw. 12 Monate nach Abschluss der stationären Behandlung (t2/t3). In der vorliegenden Arbeit haben wir uns auf die Analyse der im Behandlungsverlauf auftretenden Veränderungen konzentriert (t0–t1).

Stichprobe

In die Studie wurden 60 Patienten mit der Hauptdiagnose einer BPS aufgenommen, die zwischen 2006 und 2009 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel stationär behandelt wurden. 50 Patienten beendeten die stationäre Behandlung regulär, wobei jedoch lediglich von 44 Patienten Daten zu Eintritt (t0) und Austritt (t1) vorliegen, da einige Patienten sich trotz der Abgabe ihres informierten Einverständnisses nicht auf das Ausfüllen der Fragebögen einlassen konnten. Die Datenanalyse erfolgte anhand der Daten der zuvor genannten 44 Patienten, wobei nicht immer für alle Dimensionen der Fragebögen alle Daten vorhanden waren.

Einschlusskriterien

- Diagnose einer BPS nach DSM IV.
- Diagnose einer BPS nach SKID II.
- Alter: 18–45 Jahre.
- Informiertes Einverständnis.

Ausschlusskriterien

- Lebenszeitprävalenz einer psychotischen Störung (Schizophrenie, bipolare Störung I, organische Pathologie und/oder geistige Behinderung nach SKID I).
- Aktuell Diagnose einer Schizophrenie, einer schizoauffektiven Störung, einer aktiven Psychose oder einer Substanzintoxikation oder Absetzerscheinungen nach Substanzabusus.
- Unzureichende Deutschkenntnisse.

Prozedere

Alle konsekutiv in die UPK Basel aufgenommenen Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden in die Studie aufgenommen und innerhalb der ersten zwei Wochen testpsychologisch und klinisch erfasst. Die Patienten wurden in diesem Zeitraum einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt. Bei der Zuweisung zu den Gruppen mussten pragmatische klinische Aspekte berücksichtigt werden, so dass a priori keine Möglichkeit bestand, eine randomisierte Zuweisung zu realisieren. Auch ein Matching, wie es angestrebt wurde, war aufgrund der Priorität der klinisch relevanten Indikationskriterien deutlich erschwert. Patienten, die auf der PTA (Teil der Abteilung für Spezielle Psychiatrie an der UPK) behandelt wurden, erhielten eine störungsspezifische Behandlung, TaU-Patienten eine nicht störungsspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Bei allen Abteilungen, in die Patienten der Studie aufgenommen wurden, handelt es sich um offen geführte Abteilungen.

Ethikkommission

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission bei der Basel bewilligt.

Diagnostische Erfassung zu Beginn der Behandlung

Interviews

Klinisch erfahrene Psychologinnen interviewten alle Patienten, die nach einem initialen Screening die Diagnose einer BPS erhalten hatten, mittels des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID I) der DSM-IV-Achse zur Erfassung klinischer Störungen und mittels des entsprechenden Interviews des DSM-IV (SKID II) für Persönlichkeitsstörungen. Sowohl SKID I als auch SKID II weisen eine angemessene bis sehr gute interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität auf [22, 23].

Selbsteinschätzungsinstrumente

Die Patienten füllten folgende Fragebögen (Selbstbeurteilungsinstrumente) aus: (1.) die Symptomcheckliste (SCL-90R) [24], (2.) den Beck-Depressionsinventar (BDI) [25], das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme [26], (3.) das State Trait Anxiety Inventory (STAI) [27], (4.) das State Trait Anger Inventory (STAXI) [28], (5.) das Buss und Perry Aggression Inventory [29, 30], (6.) die Barrats Impulsivitätsskala [31–33], (7.) das Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI) [31], (8.) das Inventar zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation (IPO) [34, 35]. Alle Instrumente gelten als psychometrisch gut abgesicherte Instrumente, die in der Regel eine gute Reliabilität sowie Validität aufweisen. Die Werte für Validität und Reliabilität sind in der vorgegebenen Literatur aufgeführt und werden daher nicht nochmals dargestellt.

Primäre Ergebnismasse: Wir wählten die Identitätsdiffusion als wichtigstes Ergebnismass aus, da diese ein komplexes Konstrukt des Kernberg-Objektbeziehungsmodells darstellt, das unserer Studie zugrunde liegt. Die Identitätsdiffusion gilt als eine der zentralen Merkmale der BPS. Hinzu kamen die mittels des BPI und IPO erfassten zentralen Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation (Angst vor Nähe), das Nutzen primitiver Abwehrmechanismen sowie Schwierigkeiten in der Realitätsprüfung (IPO und BPI).

Sekundäre Ergebnismasse: Als sekundäre Ergebnismasse wählten wir Veränderungen in der affektiven Psychopathologie (z.B. Angst und Depression) aufgrund ihrer Relevanz für die emotionale Befindlichkeit der BPS-Patienten.

Prozedere bei der Datenanalyse: Für die Beurteilung der erzielten Veränderungen wurden nur diejenigen Patienten in die Analyse mit einbezogen, welche die Behandlung nicht abbrachen und für die sowohl zu Beginn als auch am Ende der stationären Behandlung (t0 und t1) Fragebogendaten vorlagen. Dies war der Fall für 12 Patienten der TaU-Gruppe und 32 Patienten der DST-Gruppe. Für diese Patienten werden untenstehend sowohl soziodemographische als auch klinische Charakteristika aufgeführt (Tab. 1 und 2). Die Variablen, bezüglich welcher bereits zu Beginn der Behandlung Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen bestanden, wurden als Kovariate (Störvariablen) in einer messwiederholten ANCOVA berücksichtigt. Bei den berücksichtigten Variablen handelt es sich um die Anzahl komorbider PS (nPS) und den Bezug einer IV-Rente (dummykodiert). Die Variable Alter wurde nicht berücksichtigt, da sie einerseits generell keine lineare Beziehung zu den

abhängigen Variablen aufwies, andererseits eine explorative Datenanalyse zeigte, dass diese i.d.R. keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Zudem besteht eine geringe korrelative, aber signifikante Beziehung zwischen Alter und der nPS ($r = -0,30$; $p = 0,049$) sowie zwischen dem Alter und dem Bezug einer IV-Rente ($r = 0,41$; $p = 0,006$). Das Signifikanzniveau lag bei $p = 0,05$. Für diejenigen Variablen, für die patientenbezogene Normwerte (d.h. für die BPS) zur Verfügung standen, wurden diese für die Auswertung verwendet. Wir haben die Kovariaten in einem weiteren Schritt anstatt als Kovariate als Faktor in die ANCOVA eingegeben, wobei keine oder nur geringfügige Unterschiede in den Ergebnissen auftraten. Ziel war unter anderem, die Veränderungen in Abhängigkeit von diesen in gewohnter Form, d.h. in Form von Mittelwerten und Standardabweichungen, anstatt mit den schwieriger zugänglichen Parameterschätzern, zugänglich zu machen (siehe Innersubjekteffekte). In der Ergebnisdarstellung nutzen wir daher auch diese Werte. Alle Auswertungen erfolgten mittels SPSS 20.

Ergebnisse

Stichprobe

Es wurden initial 60 Patienten in die Studie eingeschlossen ($n = 37$ DST-Gruppe und $n = 23$ TaU-Gruppe). Bereits zum 2. Messzeitpunkt ($t_1 = 12$ Wochen), d.h. zum Endpunkt der Therapie, konnten in der TaU-Gruppe nur noch knapp die Hälfte der Patienten testpsychologisch erfasst werden, in der DST-Gruppe hingegen fast 90% (Tab. 3). Dieser Unterschied ist sehr signifikant (exakter Test nach Fischer $p = 0,006$). Es zeigte sich ausserdem, dass ein signifikant höherer Anteil

der Patienten, die mittels des herkömmlichen Behandlungsansatzes (TaU) behandelt wurden, frühzeitig aus der Behandlung ausschied (exakter Test nach Fischer $p < 0,0001$).

Soziodemographische Variablen

Die Patienten in der DST-Gruppe waren im Schnitt ca. 10 Jahre jünger als jene der TaU-Gruppe (Tab. 1). Es zeigten sich ausserdem deutliche Unterschiede in der aktuellen beruflichen Situation. Während in der DST-Gruppe 11 Patienten (34,4%) Teil- oder Vollzeit erwerbstätig waren, war dies lediglich bei einem Patienten der TaU-Gruppe der Fall. Ebenso befand sich ein deutlich höherer Anteil der Patienten der DST-Gruppe noch in Ausbildung (25%). In der TaU-Gruppe fanden sich hingegen deutlich mehr IV-berentete Patienten (50%). Diese Unterschiede in der Erwerbsituation haben möglicherweise einen Aussagewert bezüglich der Erkrankungsschwere bzw. der Motivation, etwas zu verändern. Aus diesem Grund werden diese Variablen in der Analyse der Behandlungseffekte in die Statistik mit einbezogen. Die Variable IV-Berentung wird lediglich in Form von ja/nein (dummy-kodiert) mit einbezogen, da die Stichprobe zu klein ist, um eine ausreichende Zellbesetzung in allen Kategorien zu erreichen.

Klinische Charakteristika der Borderline-Patienten

Insgesamt weisen die Patienten beider Gruppen hohe Komorbiditätsraten, insbesondere mit affektiven Störungen (Achse I), auf. In der störungsspezifisch behandelten Gruppe zeigt sich zudem eine hohe Komorbidität mit einer Cluster-C-Störung (Achse II), wobei die nPS bei Patienten der DST-Gruppe generell deutlich höher als jene der Patienten in der TaU-Gruppe ist (Tab. 2).

Tabelle 1

Demographische Charakteristika der Patienten mit der Hauptdiagnose BPS, aufgeteilt nach Behandlungsgruppen.

Variable	Patienten (n = 44)	DST (n = 32)	TaU (n = 12)	F*/ χ^2	df	p
Alter (MW, SD)	29,7 (9,18)	26,71 (6,51)	37,68 (10,71)	17,13*		<0,0001
Geschlecht (n, %)						
Weiblich	35 (79,5)	26 (81,8)	9 (75)	0,21	1	0,65
Männlich	9 (20,5)	6 (18,2)	3 (25)			
Beziehungsstatus (n, %)						
Alleinstehend	29 (65,9)	22 (68,6)	7 (58,3)	4,17	2	0,12
Partnerschaft/verheiratet	8 (18,2)	7 (21,9)	1 (8,3)			
Getrennt/geschieden	7 (15,9)	3 (9,4)	4 (33,3)			
Kinder (n, %)						
Keine	35 (79,5)	25 (78,1)	10 (83,3)		1	1
1–2	9 (20,5)	7 (21,9)	2 (16,7)			
Ausbildung (n, %)						
<9 Jahre	18 (40,9)	11 (34,4)	7 (58,3)	2,3	2	0,322
9–12 Jahre	18 (40,9)	15 (46,9)	3 (25,0)			
>12 Jahre	8 (18,2)	6 (18,8)	2 (16,7)			
Berufliche Situation (n, %)						
Angestellt (Ganz-/Teilzeit)	11 (25)	11 (34,4)	0	18,37	4	0,001
In Ausbildung	8 (18,2)	8 (25,0)	0			
Arbeitslos	9 (20,5)	7 (21,9)	2 (16,7)			
IV-Rente/berentet	11 (25)	5 (15,6)	6 (50,0)			
Teilweise berentet angestellt	5 (11,4)	1 (3,1)	4 (33,3)			
IV-Rente (n, %)						
Ja	16 (36,36)	6 (18,75)	10 (83,3)	15,16	1	<0,0001
Nein	28 (63,63)	26 (81,25)	2 (16,7)			

Drop-outs

Die Charakterisierung der Behandlungsabbrecher ist kein zentraler Bestandteil dieser Analyse. Es fällt jedoch auf, dass deutlich mehr Patienten der TaU-Gruppe die Behandlung vorzeitig beenden ($\chi^2 = 23,41$, $df = 5$, $p < 0,0001$), so dass bereits zum zweiten Messzeitpunkt keine Daten für diese Patienten mehr vorliegen. Zudem zeigt sich bezüglich der

Erwerbssituation ein signifikanter Unterschied zwischen den Abbrechern. Bei den die Therapie fortsetzenden Patienten sind 11 (22%) teilweise oder Vollzeit berufstätig sowie 8 (18%) in Ausbildung. Insgesamt sind somit 40% der Patienten in einer geklärten beruflichen Position. Dem stehen lediglich 10% Erwerbstätige in der Drop-out-Gruppe gegenüber. Keiner der Patienten, die die Behandlung vorzeitig beenden, befindet sich in Ausbildung (Tab. 4).

Tabelle 2

Klinische Charakteristika der Patienten mit der Hauptdiagnose BPS, aufgeteilt nach Behandlungsgruppen.

Variable	Patienten n = 44	DSC (n = 32)	TaU (n = 12)	χ^2 oder ExTF*	df	p
Komorbide Achse-I-Störung (n, %)						
Keine	2 (4,5)	2 (6,2)	0	*	1	1
Affektive Störung	38 (86,4)	27 (84,4)	11 (91,7)	*	1	1
Angststörung	24 (54,5)	19 (59,4)	5 (41,7)	1,1	1	0,29
Substanzstörung	27 (71,4)	18 (56,2)	9 (75)	1,29	1	0,26
Essstörung	17 (38,6)	13 (40,6)	4 (33,3)	*	1	0,74
Komorbide Achse-II-Störung (n, %)						
Keine	15 (34,1)	9 (28,1)	6 (50)	3,06	2	0,22
1-2	18 (40,9)	13 (40,6)	5 (41,7)			
3-4	11 (25)	10 (31,2)	1 (8,3)			
Komorbide Achse-II-Störung (MW, sd)	2,41 (1,35)	2,66 (1,41)	1,75 (0,97)	4,21		0,05
Komorbide Achse-II-Störung (Gruppen)						
Keine komorbide Störung	15 (34,1)	9 (28,1)	6 (50,0)	3,06	2	0,216
1-2 komorbide Störung	18 (40,9)	13 (40,6)	5 (41,7)			
3-4 komorbide Störung	11 (25,0)	10 (31,2)	1 (8,3)			
Komorbide Achse-II-Störung (n, %)						
Cluster A	7 (15,9)	6 (18,8)	1 (8,3)	*	1	0,65
Cluster B	4 (9,1)	2 (6,2)	2 (16,7)	*	1	0,3
Cluster C	24 (54,5)	21 (65,6)	3 (25)	*	1	0,02
Passiv-aggressiv	6 (13,6)	6 (18,8)	0	*	1	0,17
Depressiv	12 (27,3)	9 (28,1)	3 (25)	*	1	1
Krankheitsdauer (n, %)						
<1 Jahr	3 (6,8)	2 (6,2)	1 (8,3)	1,91	4	0,75
1-5 Jahre	16 (36,4)	13 (40,6)	3 (25)			
5-10 Jahre	6 (13,6)	5 (15,6)	1 (8,3)			
10-20 Jahre	13 (29,5)	8 (25)	5 (41,7)			
>20 Jahre	6 (13,6)	4 (12,5)	2 (16,7)			
Vorherige Therapien (n, %)						
Keine	7 (15,9)	6 (18,8)	1 (8,3)	1,02	3	0,8
Ambulant	5 (11,4)	4 (12,5)	1 (8,3)			
Stationäre	7 (15,9)	5 (15,6)	2 (16,7)			
Ambulante + stationäre	25 (56,8)	17 (53,1)	8 (66,7)			

ExTF* = Exakter Test nach Fischer.

Tabelle 3

Behandlungsabbruch und Rücklauf der Fragebögen zu Austritt (t1) in Abhängigkeit von der Behandlungsgruppe.

Gruppe		Eintritt (t0) und Austritt (t1) vorhanden			Behandlungsabbruch
		Nein	Ja	Gesamt	Ja
DST	N (%)	5 (13,5)	32 (86,5)	37	1 (2,7)
TaU	N (%)	11 (47,8)	12 (52,2)	23	9 (39,1)
Gesamt	N (%)	16 (26,67)	44 (73,33)	50	10 (16,67)

Tabelle 4

Unterschiede in der beruflichen Situation und Behandlungsabbruch.

Drop-out		Erwerbstätig	In Ausbildung	Nicht erwerbstätig	IV	IV + erwerbstätig	k. A.	Gesamt
Ja	n (%)	1 (10)	0	4 (40)	1 (10)	1 (10)	3 (30)	10
Nein	n (%)	11 (22)	9 (18)	11 (22)	11 (22)	5 (10)	3 (6)	50

Haupteffekte (Innersubjekteffekte) und Interaktionseffekte

Generell zeigen sich nur wenige Innersubjekteffekte. Die Veränderung über die Zeit (Gesamtgruppe) ist nur in sehr wenigen Fällen signifikant. Zudem bestehen einige Interaktionseffekte, d.h. in der Veränderung über den Behandlungszeitraum (BZ) in Abhängigkeit von der Behandlungsgruppe (BG) (DST oder TaU), IV-Rente (ja/nein) oder mittleren Ausprägung nPS. Alle relevanten Ergebnisse finden sich in Tabelle 5 zusammengefasst.

- *Primitive Abwehrmechanismen (IPO)*: Es liegt keine signifikante Reduktion der Symptomatik für die Gesamtgruppe vor. Hingegen unterscheiden sich IV- und Nicht-IV-Rentner signifikant. Nicht-IV-Rentner verbessern sich signifikant stärker. Ein signifikanter Unterschied liegt bei der Veränderung in der Zeit in Abhängigkeit von der BG vor. Patienten der DST-Gruppe verbessern sich, während sich die Patienten der TaU-Gruppe verschlechtern. Ausserdem zeigt sich eine Interaktion zwischen BG und dem Bezug einer IV-Rente. Die Nicht-IV-Rentner der TaU-Gruppe (cave n = 2) verschlechtern sich, während jene der DST-Gruppe sich deutlich verbessern. Die IV-Rentner beider BG verbessern sich, jene der DST-Gruppe aber stärker als jene der TaU-Gruppe. Diese signifikante Interaktion zwischen Faktor und Kovariate, die auch bei den

Zwischensubjekteffekten auftritt, weist auf einen komplexeren Zusammenhang in der Wirksamkeit der Intervention hin. Die Haupteffekte allein sollten daher nicht oder nur mit grosser Vorsicht interpretiert werden. Hier liegt ein kombinierter Haupteffekt von Behandlungsgruppe und Bezug einer IV-Rente vor, wobei zu beachten ist, dass der Anteil der IV-Rentner in der DST-Gruppe signifikant geringer ist.

- *Identitätsdiffusion (IPO)*: Es zeigt sich eine signifikante Reduktion für die Gesamtgruppe. Zudem besteht eine signifikante Wechselwirkung BZ*BG, sowie eine tendenzielle Wechselwirkung BZ*nPS, wobei stärker belastete Patienten tendenziell stärker profitieren. Zudem liegt auch hier eine Wechselwirkung Behandlungsgruppe und IV-Rente vor. Auch hier gilt, dass diese Interaktion auf ein komplexes Zusammenwirken der Faktoren hindeutet, womit sie mit Vorsicht interpretiert werden müsste. Während sich IV-Rentner der DST-Gruppe nicht verändern, zeigt sich bei jenen der TaU-Gruppe eine leichte Reduktion.
- *Realitätsprüfung (IPO)*: Es zeigt sich eine sehr geringe, aber dennoch signifikante Reduktion innerhalb der Gesamtgruppe. Zudem besteht eine signifikante Wechselwirkung BZ*Bezug einer IV-Rente, wobei IV-Berentete offenbar stärker profitieren.
- *Moralische Werte (IPO)*: Es zeigt sich keine signifikante

Tabelle 5 Innersubjekteffekte.

Variable			MWprä (sd)	MWpost (sd)	N	F	p	η^2
Primitive Abwehrmechanismen ¹	BZ*BG	DST TaU	4,32 (1,05) 3,58 (1,44)	4,13 (1,12) 3,75 (1,21)	31 12	5,72	0,022	0,134
	BZ*IV	Ja Nein	4,22 (1,19) 3,94 (1,24)	4,15 (0,91) 3,81 (1,47)	16 27	4,5	0,041	0,108
	BZ*BG*IV	DST* ja DST *nein TaU *ja TaU *nein	4,00 (1,26) 4,38 (1,01) 3,90 (1,29) 2,00 (1,41)	3,83 (1,83) 4,20 (0,93) 3,80 (1,32) 3,50 (0,70)	6 25 10 2	4,6	0,037	0,112
Identitätsdiffusion ¹	BZ	Alle	3,35 (1,23)	3,21 (1,18)	43	4,66	0,038	0,11
	BZ*BG	DST TaU	3,68 (1,05) 2,50 (1,31)	3,45 (1,21) 2,58 (0,90)	31 12	4,15	0,049	0,10
	BZ*BG*IV	DST* ja DST *nein TaU *ja TaU *nein	3,50 (1,52) 3,72 (0,94) 2,70 (1,34) 1,50 (0,71)	3,50 (1,76) 3,44 (1,08) 2,60 (0,97) 2,50 (0,71)	6 25 10 2	3,89	0,056	0,1
	BZ*nPS	Keine 1–2 3–4	2,50 (1,22) 3,44 (1,04) 4,27 (0,79)	2,79 (1,25) 3,11 (1,08) 3,91 (1,04)	14 18 11	3,54	0,068	0,087
Realitätsprüfung ¹	BZ	Alle	4,12 (0,97)	4,10 (0,98)	42	5,15	0,07	0,08
	BZ*IV	Ja Nein	4,20 (1,08) 4,07 (0,92)	4,07 (1,16) 4,11 (0,89)	15 27	4,69	0,037	0,115
Moralische Werte ¹	BZ*IV	Ja Nein	4,19 (1,17) 4,41 (0,93)	3,63 (1,45) 4,48 (0,80)	16 27	4,67	0,037	0,112
Zwanghaftigkeit ²	BZ	Alle	68,02 (8,82)	64,95 (13,09)	43	4,71	0,036	0,1
	BZ*IV	Ja Nein	68,38 (10,33) 67,82 (8,04)	66,94 (13,49) 63,82 (12,97)	16 27	3,23	0,08	0,08
Motorische Impulsivität ³	BZ	Alle	22,86 (4,15)	22,89 (3,63)	43	6,13	0,018	0,139
	BZ*nPS	Keine 1–2 3–4	22,13 (3,62) 22,87 (3,51) 22,86 (4,15)	22,95 (3,44) 22,72 (2,42) 23,09 (5,49)	14 18 11	5,61	0,023	0,129

BG = Behandlungsgruppe; BZ = Behandlungszeitraum t0–t1.

¹ IPO.

² SCL.

³ BIS η^2 = partielles Eta-Quadrat (Effektgrösse)

Veränderung für die Gesamtgruppe. Es besteht aber auch hier eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Veränderung innerhalb des BZ und dem Bezug einer IV-Rente. Während sich die IV-Rentner verbessern, verschlechtern die Nicht-IV-Rentner sich leicht.

– *Zwanghaftigkeit (SCL-90)*: Innerhalb der Gesamtgruppe liegt eine signifikante Reduktion vor. Zudem zeigt sich eine Interaktion mit Bezug einer IV-Rente, wobei Patienten mit einer IV-Rente tendenziell weniger profitieren als solche ohne.

Tabelle 6 Veränderungen der beiden Behandlungsgruppen im Therapiezeitraum (Zwischensubjekteffekte).

Variable	Gruppe	MW (t0)	sd (t0)	MW (t1)	sd (t1)	n	MW (t0) adj.	se (t0)	MW (t1) adj.	se (t1)	Δ	F	p	η ²
Cut-off ¹	DST	45,03	8,96	44,94	10,94	32	45,54	1,59	44,81	2,07	-0,73	4,58	0,039	0,108
	TaU	41,75	10,97	42,33	12,61	12	39,28	3,97	39,9	5,17	0,62			
Summe ¹	DST	45,97	12,13	44,53	13,19	32	47,07	2,02	44,63	2,39	-2,44	4,18	0,048	0,099
	TaU	40,08	12,06	40,83	11,98	12	38,24	5,04	37,53	5,95	0,71			
Identitätsdiffusion ²	DST	3,68	1,05	3,45	1,21	31	3,54	0,20	3,40	0,23	-0,14	5,08	0,03	0,121
	TaU	2,5	1,31	2,58	0,90	12	2,45	0,48	2,8	0,56	0,35			
Primitive Abwehrmechanismen ²	DST	4,32	1,05	4,13	1,12	31	4,14	0,2	3,92	0,2	-0,22	3,35	0,073	0,084
	TaU-TaU	3,58	2,44	3,75	1,21	12	3,07	0,49	3,96	0,48	0,89			
Realitätsprüfung ²	DST	4,34	0,83	4,24	0,9	30	4,29	0,17	4,11	0,201	-0,18	4,38	0,07	0,088
	Tau-TaU	3,83	1,27	4,0	1,21	12	3,38	0,41	4,3	0,48	0,92			
Somatisierung ³	DST	63,81	12,47	60,78	15,27	32	66,47	2,46	63,87	2,70	-2,60	7,13	0,01	0,158
	TaU	59,25	17,05	57,25	16,6	12	53,13	6,14	49,05	6,73	-4,08			
Zwang ³	DST	69,31	7,71	67,25	12,04	32	69,47	1,60	68,36	2,24	-1,11	5,84	0,021	0,133
	TaU	64,58	10,92	58,83	14,33	12	63,26	4,00	54,36	5,60	-8,9			
Ø Symptombelastung ³	DST	71,63	7,75	70,34	9,75	32	71,87	1,66	70,88	4,15	-0,99	9,83	0,003	0,210
	TaU	64,92	10,07	63,58	15,74	12	61,31	4,15	60,72	5,30	-0,59			
IIP total	DST	1,86	0,48	1,66	0,47	30	1,82	0,09	1,65	0,10	-0,17	9,61	0,039	0,116
	TaU	1,42	0,55	1,44	0,62	11	1,36	0,23	1,65	0,24	0,29			

Werte für Sid MW = 2,41 und IV MW = 0,36 als Kontrollvariablen; Δ = Differenz Prä-Postmessung adjustierte Werte; η² = partielles Eta-Quadrat.

¹= BPI.

²= IPO.

³= SCL.

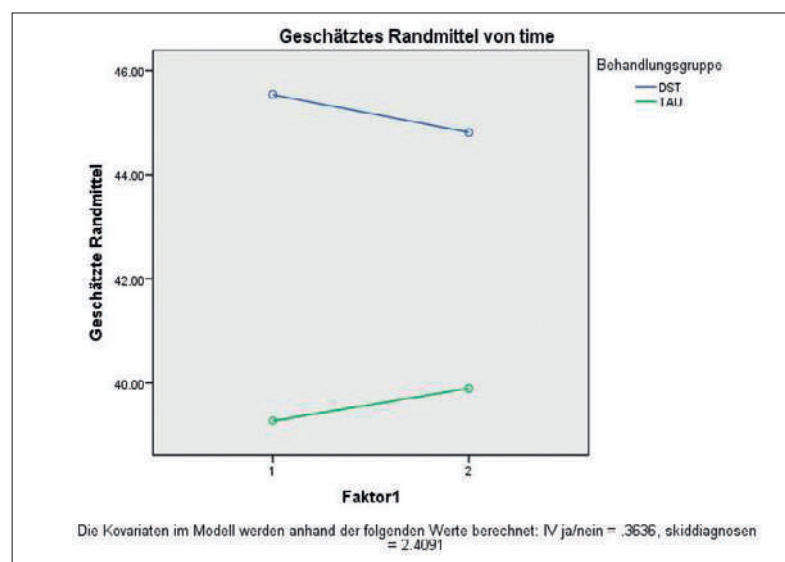
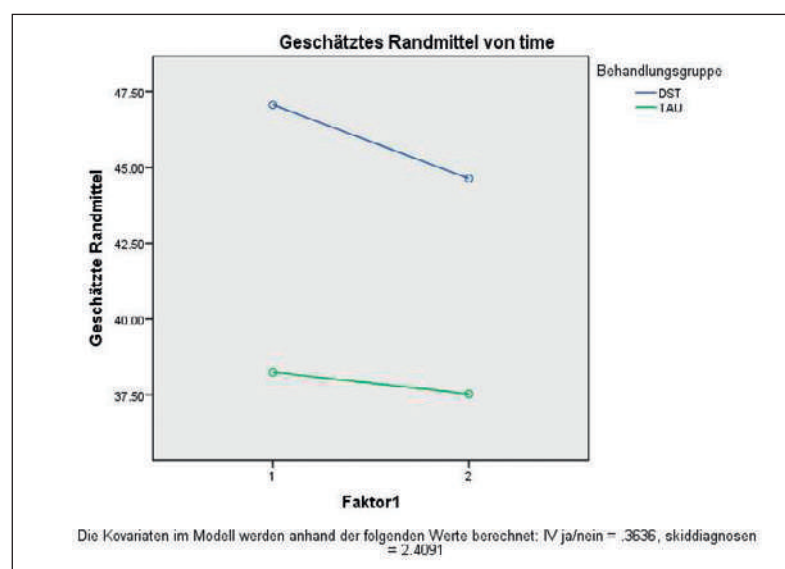
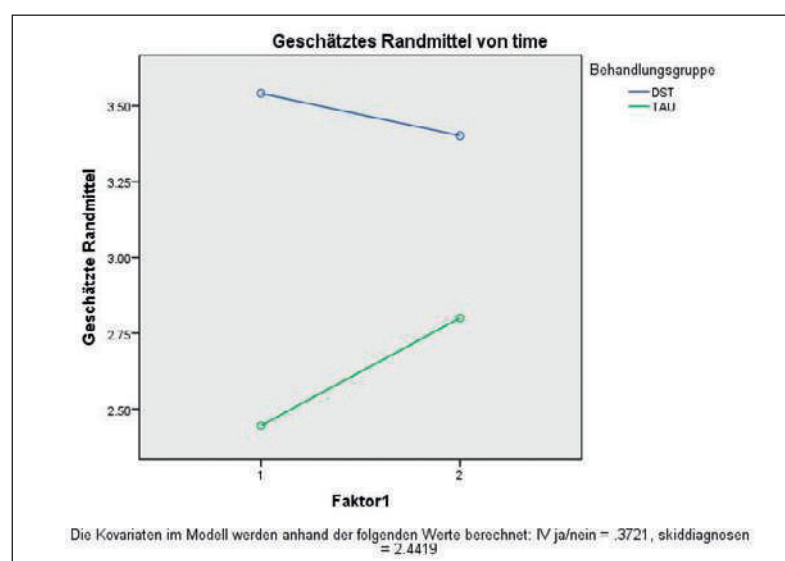
Tabelle 7 Testwerte zu Behandlungsbeginn (t0) Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.

Abhängige Variable		MW	se	95%-KI		Gruppe		Mittlere Differenz (I-J)	se	p	95% KI für die Differenz	
				UG	OG						UG	OG
Cut off ¹	DST	45,96	1,62	42,69	49,24	DST	TaU	6,36	4,27	0,15	-2,30	15,01
	TaU	39,61	3,96	31,59	47,62	TAU	DST	-6,36	4,27		-15,01	2,30
Summe ¹	DST	47,32	2,08	43,10	51,54	DST	TaU	8,66	5,50	0,12	-2,49	19,82
	TaU	38,66	5,09	28,33	48,98	TAU	DST	-8,66	5,50		-19,82	2,49
Identitätsdiffusion ²	DST	3,54	0,19	3,15	3,93	DST	TaU	1,1	0,51	0,04*	0,06	2,13
	TaU	2,45	0,47	1,48	3,41	TAU	DST	-1,1	0,51		-2,13	-0,06
Primitive Abwehrmechanismen ²	DST	4,17	0,22	3,73	4,60	DST	TaU	0,188	0,36	0,61	-0,539	0,915
	TaU	3,98	0,29	3,39	4,56	TaU	DST	-0,188	0,36		-0,915	0,539
Realitätsprüfung ²	DST	4,24	0,17	3,9	4,8	DST	TaU	0,8	0,44	0,08	-0,09	1,68
	TaU	3,44	0,40	2,62	4,26	TaU	DST	-0,8	0,44		-1,68	0,09
IIPtotal	DST	1,83	0,09	1,64	2,01	DST	TaU	0,40	0,24	0,10	-0,08	0,89
	TaU	1,42	0,22	0,97	1,87	TaU	DST	-0,40	0,24		-0,89	0,08
Somatisierung ³	DST	67,22	2,45	62,24	72,19	DST	TaU	13,69	6,48	0,04*	0,55	26,82
	TaU	53,53	6,00	41,37	65,69	TaU	DST	-13,69	6,48		-26,82	-0,55
Zwanghaftigkeit ³	DST	69,92	1,61	66,65	73,18	DST	TaU	6,40	4,26	0,14	-2,23	15,04
	TaU	63,51	3,94	55,52	71,50	TaU	DST	-6,40	4,26		-15,04	2,23
Symptombelastung ³	DST	72,36	1,66	68,99	75,73	DST	TaU	0,68	4,40	0,02*	1,77	19,59
	TaU	61,69	4,07	53,44	69,93	TAU	DST	-10,68	4,40		-19,59	-1,7

¹= BPI

²= IPO

³= SCL

Abbildung 1 Cut-of BPI.**Abbildung 2** Summe BPI.**Abbildung 3** Identitätsdiffusion (IPO).

- *Motorische Impulsivität*: Es zeigt sich für die Gesamtgruppe eine geringfügige, aber dennoch signifikante Zunahme und eine Wechselwirkung BZ*nPS.

Unterschiede in der Veränderung der Symptomatik im Verlauf der Behandlung zwischen Patienten der DST-Behandlungsgruppe und der TAU-Gruppe (Zwischensubjekteffekte)

Es ergaben sich signifikante Unterschiede bzgl. der im BZ erzielten Veränderungen zwischen den Gruppen, und zwar in den in der Tabelle 6 aufgelisteten Variablen. In dieser Tabelle werden nur Veränderungen aufgeführt, die frei von Wechselwirkungseffekten mit den Störvariablen sind, da diese eine angemessene Interpretation erschweren bzw. verunmöglichen. Es bestehen geringfügige, aber signifikante Veränderungen in der spezifischen Symptomatik in Abhängigkeit von der BG, und zwar sowohl im Cut-off- sowie im Summenwert des BPI, in der Identitätsdiffusion (IPO) und im Summenwert des IIP, wobei bei der Identitätsdiffusion, wie zuvor erwähnt, eine Wechselwirkung BG*IV-Rente (siehe Innersubjekteffekte) besteht, so dass hier nicht von einem reinen BG-Effekt ausgegangen werden kann. Die Entwicklung im Cut-off-Wert des BPI sowie in der Identitätsdiffusion (IPO) und dem Gesamtwert des IIP ist in den beiden Gruppen gegenläufig (Abb. 1, 2 und 3). Während die Patienten der DST-Gruppe sich verbessern, tritt in der TAU-Gruppe ein Anstieg der Symptomatik auf. Im Bereich der allgemeinen Psychopathologie (SCL-90) zeigen sich, bei anfänglich geringerer Ausprägung (Tab. 7) der Symptomatik, eine stärkere Verbesserung der Zwanghaftigkeit und der Somatisierung (SCL-90) in der TAU-Gruppe. Dennoch reduziert sich die durchschnittliche Symptombelastung (SCL-90) bei der DST-Gruppe durchschnittlich signifikant stärker. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Patienten der BG im Hinblick auf den Cut-off und den Summenwert des BPI zu Beginn der Behandlung nicht unterscheiden, bzgl. der Identitätsdiffusion aber signifikant und bzgl. der interpersonalen Problematik tendenziell (Tab. 7). Zusätzlich zeigen sich zwei tendenzielle Unterschiede in der Realitätsprüfung und den primitiven Abwehrmechanismen (IPO), wobei hier lediglich bei der Realitätsprüfung ein tendenzieller A-priori-Unterschied besteht.

Zwischensubjekteffekte für nPS und IV-Rentenbezug

Bei der Analyse der Zwischensubjekteffekte zeigt sich, dass bei der Mehrzahl der überprüften Outcome-Variablen sowohl die nPS als auch die Variable Rentenbezug einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben, und zwar bei spezifischen und den nicht-spezifischen Massen. Wiederum lag ein besonderes Augenmerk auf Unterschieden in den Borderline-spezifischen Massen des IPO und des BPI, da diese primär behandlungsrelevant waren, daher werden diese Ergebnisse hier ergänzend beschrieben, jedoch nicht detailliert in Tabellenform aufgelistet, zumal der Schwerpunkt auf der Analyse der Gruppenunterschiede liegt. Bei der primitiven Abwehr (IPO und BPI), dem Cut-off- sowie dem Summenwert des BPI und den moralischen Werten (IPO) zeigt sich eine geringfügig stärkere Verbes-

serung bei Patienten mit geringerer Komorbidität, während bei der Identitätsdiffusion (IPO) und der Realitätstestung (IPO) ein Vorteil bei den stärker komorbid belasteten Patienten, die in der Regel höhere Ausgangswerte aufweisen, zu beobachten ist. Allerdings weist die Variable Identitätsdiffusion (BPI) auf eine gegenläufige Entwicklung zugunsten geringer belasteter Patienten hin. Ein frappanter Unterschied besteht bei der Variable Aggression (IPO). Hier ist eine deutliche Zunahme bei Patienten mit stärkerer Komorbidität zu beobachten, während Patienten mit geringerer Ausprägung eine Reduktion aufweisen. Bei der Kovariate IV-Rente zeigt sich ein Vorteil der Nicht-IV-Rentner bzgl. der Variablen Identitätsdiffusion (BPI) und primitive Abwehrmechanismen. Allerdings unterscheiden sich die Ausgangswerte auch hier deutlich. Nicht-IV-Rentner weisen deutlich höhere Ausgangswerte bei der primitiven Abwehr, bei der Identitätsdiffusion hingegen geringere auf.

Wechselwirkungen zwischen der Kovariate nPS und der BG: Bei einer Anzahl der überprüften abhängigen Variablen treten bzgl. der Zwischensubjekteffekte Wechselwirkungen zwischen den Kovariaten und dem Faktor Behandlungsgruppe auf. Diese zeigen sich aber vorrangig bei nicht-borderline-spezifischen Massen, insbesondere den Variablen des SCL-90 (Unsicherheit im Kontakt, phobische Angst, Psychotizismus, paranoides Denken und der durchschnittlichen Symptombelastung). Hinzu treten die Variablen Trait und State Angst. Bei der Kovariate IV-Rente zeigt sich eine Interaktion mit dem Faktor BG bei folgenden Variablen: primitive Abwehr (IPO), Anger In (Bud), Depressivität und Angst (SCL-90). Diese Wechselwirkungen deuten auf ein komplexeres Wirkungsgefüge hin und sollten daher nur mit Vorsicht oder gar nicht in Hinblick auf das Behandlungsergebnis interpretiert werden. Eher bieten sie Anhaltspunkte für eine differentielle Indikationsstellung.

Diskussion

Insgesamt gestaltet sich die Interpretation aufgrund der schwierigen Ausgangslage, d.h. deutlichen A-priori-Unterschieden in relevanten Störvariablen (IV-Rentenbezug, nPS) sowie in einer Anzahl auswertungsrelevanter Ausgangswerte zwischen den Behandlungsgruppen, als schwierig bis heikel. Es können nur wenige signifikante Haupteffekte (Innersubjekteffekte) oder Wechselwirkungen zwischen BZ und BG objektiviert werden, wobei z.T. zusätzliche Wechselwirkungseffekte zwischen den Kovariaten und dem Faktor BG auftreten (siehe Innersubjekteffekte), die andeuten, dass der Gruppeneffekt nicht ohne weiteres interpretiert werden darf. Es ist jedoch interessant, dass die signifikanten Innersubjekteffekte eher bzgl. der Borderline-spezifischen Masse auftreten und weniger bzgl. der nicht-spezifischen sekundären Ergebnismasse. Dieses Ergebnis legt nahe, dass durch die Behandlung tatsächlich Primäreffekte in den avisierten Zielbereichen aufgetreten sind, wobei zu beachten ist, dass die unterschiedlichen Ausgangswerte der Patienten zumindest z.T. eine Rolle gespielt haben dürften.

Die Variablen, bei denen signifikante Zwischensubjekteffekte auftreten, d.h. Behandlungseffekte zwischen den BG nach Kontrolle der Störvariablen, decken sich im Bereich

der Identitätsdiffusion mit den signifikanten Innersubjekteffekten (z.B. Identitätsdiffusion) oder erreichen eine statistische Tendenz (z.B. primitive Abwehrmechanismen oder Realitätsprüfung [IPO]). Zudem sind die Ausgangswerte bei den Patienten der DST-Gruppe in der Regel signifikant höher, so dass die signifikant werdenden Zwischensubjekteffekte bei fehlenden Innersubjekteffekten auf die Unterschiede in Ausgangs- und Endwerten zurückführbar sein könnten. Insgesamt ist somit auf dem Hintergrund dieser Datenlage davon auszugehen, dass die spezifische Behandlung nicht generell als der TaU-Behandlung überlegen bewertet werden kann, auch wenn sich Unterschiede im Ausmass der Veränderung in der Borderline-spezifischen Symptomatik andeuten (Cut-off- und Summenwert), die nicht auf höhere Ausgangswerte zurückführbar sind. Dies sollte dazu anregen, das Augenmerk (wie zuvor angemerkt) auf die Möglichkeit einer korrekten differentiellen Indikationsstellung zu richten, zumal sowohl nPS als auch Bezug einer IV-Rente in mehreren Fällen einerseits eine Wechselwirkung mit der Behandlungsgruppe bei den Innersubjekteffekten aufweist, andererseits vor allem die Variable nPS bei einer Grosszahl der überprüften abhängigen Variablen, speziell auch bei den Borderline-spezifischen Massen, bei den Zwischensubjekteffekten als signifikante Variable in Erscheinung tritt. Auch hier ist zu beachten, dass in der Regel Patienten mit einer höheren Komorbidität höhere Ausgangswerte aufweisen als Patienten ohne oder mit geringerer Komorbidität. Somit weisen auch bei den Zwischensubjekteffekten auftretende Wechselwirkungseffekte mit dem Faktor Behandlungsgruppe darauf hin, dass hier komplexere Interpretationsmodelle bemüht werden müssten. Anzumerken ist hier, dass diese Variablen generell selten in Analysen berücksichtigt werden, weder in Form einer Kovariate noch als Faktor, obwohl diese eine bedeutende Rolle spielen dürften [9–11]. Unsere Analyse liefert de facto Hinweise darauf, dass zumindest die Ausprägung der Komorbidität mit anderen PS und damit der A-priori-Belastung in Borderline-spezifischen wie nicht-spezifischen Massen eine signifikante Rolle spielen dürfte. Ähnliches dürfte aber auch für den Status des IV-Rentenbezugs gelten.

Generell ist zu den Ergebnissen zudem anzumerken, dass die Behandlungserfolge zwar insgesamt als tendenziell eher bescheiden zu betrachten sind, d.h. wie zuvor erwähnt nur in wenigen Bereichen signifikante Veränderungen in der BZ in Abhängigkeit von der BG erzielt werden, dafür aber festgehalten werden kann, dass die Haupteffekte (Innersubjekteffekte) und Zwischensubjekteffekte erfreulicherweise in behandlungsrelevanten bzw. Borderline-spezifischen Bereichen auftreten (Tab. 5), die zumindest durch die methodensynergistische, störungsspezifische Behandlung explizit als Zielbereiche der Behandlung erklärt werden. Dies ist angesichts der relativ kurzen BZ als positiv zu werten, denn in der Regel fallen die Behandlungszeiten sowohl in ambulanten wie auch in stationären Behandlungssettings deutlich länger aus [6, 8]. Dies nicht ohne guten Grund, weisen die häufig stark symptomatisch belasteten Patienten mit einer BPS doch in der Regel lange Erkrankungszeiten auf. Häufig haben diese Patienten zudem zum Zeitpunkt einer stationären Behandlung bereits mehrere Therapien begonnen und abgebrochen. So halten auch Dulz et al. [36] eine langfristige

Behandlung für Patienten mit extrem selbstdestruktiver Symptomatik oder einem besonders hohen Mass an desorganisiertem Funktionieren für unbedingt angezeigt.

Ein dritter bei der Analyse zu berücksichtigender Aspekt ist – und dies ist nicht unbedeutend – dass ein signifikant höherer Anteil Patienten der TaU-Gruppe vorzeitig aus der Behandlung ausscheidet. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass das nicht Borderline-spezifische Setting ungünstiger für die Reduktion therapieschädigenden Verhaltens, sprich des Abbruchverhaltens, ist. Das therapieschädigende Verhalten wird insbesondere mittels Techniken der DBT aufgegriffen, das expliziter Baustein in der störungsspezifischen Behandlung auf der PTA ist, in den Behandlungssettings der anderen Abteilungen der UPK jedoch nicht. Um diese Vermutung zu überprüfen, wäre eine gezieltere Analyse der Drop-outs nötig, die aber den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreitet. Es sei jedoch angemerkt, dass bisherige Befunde darauf hindeuten, dass offenbar weder die unterschiedlichen Ausgangswerte in den Borderline-spezifischen Dimensionen noch Unterschiede in den Störvariablen für das unterschiedliche Abbruchverhalten verantwortlich sind, sondern nebst der Gruppenzuordnung lediglich der Familienstatus eine Rolle zu spielen scheint. Eine detaillierte Analyse behalten wir uns zu diesem Zeitpunkt aber noch vor.

Schlussfolgerungen

Trotz der z.T. positiven und durchaus kohärenten Befunde dieser Studie gilt es zu bedenken, dass die Ausgangslage für die Datenanalyse schwierig ist. Es müssen verschiedene Faktoren in der statistischen Analyse berücksichtigt werden, obwohl die Stichprobe relativ klein ist, da bereits zu Behandlungsbeginn signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. Diese bestehen sowohl in der initialen Gruppe als auch nach Ausschluss der Abbrecher. So weisen Patienten der DST-Gruppe deutlich häufiger höhere Komorbiditäten auf, die die Behandlung wesentlich erschweren können. Hingegen ist die psychosoziale Ausgangssituation der Patienten der DST-Gruppe als eher positiv zu beurteilen. Die Patienten sind jünger und haben häufiger die Möglichkeit, noch eine befriedigende berufliche Situation zu erreichen. Wie diese Faktoren jedoch gesamthaft zu bewerten sind, ist nicht klar, d.h. es kann keine Aussage darüber gemacht werden, ob die Ausgangssituation bei der einen oder anderen Gruppe als deutlich besser eingestuft werden kann. Es wäre somit wünschenswert, die therapeutische Wirksamkeit der kombinierten DST-DBT-Therapie an einer deutlich grösseren Stichprobe, und zwar unter Einbezug von für das Behandlungsergebnis relevanten Faktoren zu überprüfen, so dass eine zuverlässigere Kontrolle der Einflussfaktoren möglich wird, denn es dürfte – so zeigt unsere Erfahrung – schwierig sein, eine in allen Punkten vergleichbare klinische Kontrollgruppe für eine Kontrollstudie zu rekrutieren. Wie bereits zuvor erwähnt, deuten die in der Analyse auftretenden Wechselwirkungseffekte sowie die unterschiedlichen Ausgangswerte darauf hin, dass die als Störvariablen behandelten Variablen und die Ausgangswerte in Borderline-spezifischen Massen durchaus sinnvoll für die

Indikationsstellung zu nutzen sind, und legen damit nahe, sowohl die SKID-Diagnostik als auch die Diagnostik mittels störungsspezifischer Instrumente (BPI, IPO) noch vor Beginn der Behandlung in die Entscheidungsfindung für die Indikation mit einzubeziehen.

Literatur

- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sackel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1733–9.
- Zanarini MC, Frankenburg R, Dubo ED, Sackel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1998;39(5):296–302.
- Backenstrass M, Mundt C. Affektive Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Depression und Bipolarität). In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2011.
- Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, et al. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*. 2009;104(1):97–103.
- Bohus M, Schmahl C. Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Dtsch Arztebl*. 2006;103(49):A-3346/B-2912/C-2793.
- Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;25(1).
- Brazier J, Tumur I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, et al. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2006;10(35).
- Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Collaboration*. New York: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II Comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:416–20.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JL, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10 year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:929–35.
- Nysæter TE, Nordahl HM. Comorbidity of borderline personality disorder with personality disorder in psychiatric outpatients. How does it look at 2-year follow-up? *Nord J Psychiatry*. 2012; Epub ahead of print.
- Sollberger D, Walter M. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2010;78(12):698–708. Epub 2010 Dec 6.
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Brit J Psychiatry*. 2010 96:389–95.
- Küchenhoff J (2009). Der integrative Prozess in der Psychotherapie: Methodenvielfalt – Synergismus – Integration. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2009;160 (1):12–9.
- Clarkin JF, Yeoman FE, Kernberg OF (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons, Ltd; 1999.
- Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theory and method. *Bull Menninger Clinics*. 1987;51:261–76.
- Dammann G, Buchheim P, Clarkin JF, Kernberg OF. (2000) Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderlinestörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachssee U (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2000. p. 461–81.
- Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
- Rohde-Dachser C. *Das Borderline-Syndrom*. Bern: Huber-Verlag; 1979, 1989.
- Hoffmann SO. Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: *Handbuch der Borderline-Störung*. Kernberg OF, Dulz B, Sachssee U (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2000. p. 227–36.
- Soloff PH. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin Am*. 2000;23:169–92.
- Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. (1997) Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorder (SCID II), version 2.0. *J Pers Dis*. 1997;11:279–84.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Compr Psychiatry*. 2001;42:369–74.

- 24 Franke G. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version – (SCL-90-R). Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH; 1995.
- 25 Hautzinger M, Bailer M, Worrall H, Keller F. Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2000.
- 26 Horowitz LM, Strauss B, Kordy H. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- 27 Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981). Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz Test; 1981.
- 28 Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI Handbuch. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber; 1992.
- 29 Buss AH, Perry M. The Aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63:452–9.
- 30 Buss AH, Durkee A (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol.* 1957;21:343–8.
- 31 Barratt ES. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychol Rep.* 1965;16:547–54.
- 32 Meule A, Vögele C, Kübler A. Psychometrische Evaluation der deutschen Barratt Impulsiveness Scale – Kurzversion (BIS-15). *Diagnostica.* 2011;57: 126–33.
- 33 Leichsenring F. Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 34 Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF. Inventory of Personality Organisation. New York: Weill Medical College of Cornell University; 2000.
- 35 Dammann G, Smole-Lindinger S, Buchheim P. Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO). Unveröffentlichtes Manuskript. Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Technische Universität München, 2000.
- 36 Dulz B, Ramb C. Haltende Funktion, technische Neutralität und persönliche Sympathie in der Beziehungszentrierten Psychodynamischen Therapie. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen.* 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2011.