

SGPP Behandlungsempfehlungen Borderline-Persönlichkeitsstörung

Sebastian Euler¹, Gerhard Dammann², Katrin Endtner³, Florian Leihener⁴, Nader A. Perroud⁵, Thomas Reisch⁶, Klaus Schmeck⁷, Daniel Sollberger⁸, Marc Walter¹, Ueli Kramer⁹

¹Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

²Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Psychiatrische Dienste Thurgau

³Psychiatrischer Dienst Spital Emmental AG, Burgdorf

⁴Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Psychotherapie (AWP) Zürich; Psychotherapeutische Praxis, Männedorf

⁵Service des Spécialités Psychiatriques, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

⁶Psychiatriezentrum Münsingen AG (PZM)

⁷Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

⁸Psychiatrie Baselland (PBL), Liestal

⁹Departement de Psychiatrie, Université de Lausanne; Department of Psychology, University of Windsor, Canada

Korrespondenz: Dr. med. Sebastian Euler, Universitäre Psychiatrische Kliniken,
Erwachsenenpsychiatrische Klinik, Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4012 Basel,
sebastian.euler@upkbs.ch

März 2018

1. Geleitwort (Prof. S.C. Herpertz)	5
2. Einleitung	5
3. Wie wird die Diagnose gestellt?	7
3.1. Diagnostik nach ICD-10 und DSM-5.....	7
3.1.1. Interviews und Fragebögen basierend auf ICD-10 und DSM-5.....	8
3.1.2. DSM-5 Sektion III	9
3.2. Weitere diagnostische Instrumente.....	9
3.3. Wichtige Differenzialdiagnosen	10
3.3.1. Depressive Störung.....	11
3.3.2. Bipolare Störung.....	11
3.3.3. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	11
3.3.4. Schizophrenie und schizotype Störung.....	12
3.3.5. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	12
3.4. Empfehlungen für die Praxis	12
4. Nach welchen Prinzipien und in welchem Setting erfolgt eine störungsspezifische Behandlung?	13
4.1. Störungsspezifische Basisprinzipien	13
4.2. Psychoedukation	14
4.3. Behandlungssetting.....	14
4.3.1. Praktische Aspekte der ambulanten Behandlung.....	15
4.3.2. Praktische Aspekte der stationären Krisenintervention.....	16
4.3.3. Praktische Aspekte der störungsspezifischen teilstationären und stationären Behandlung	16
4.4. Besondere Schwierigkeiten in der Behandlung	17
4.5. Empfehlungen für die Praxis	19
5. Welche Wirkmechanismen und Behandlungsverfahren sind empirisch belegt? 20	
5.1. Wirksamkeit und Wirkmechanismen in der Psychotherapie der BPS	20
5.2. Evidenzbasierte störungsspezifische Psychotherapieverfahren	21
5.2.1. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT).....	22
5.2.1.1. Zugrundeliegende Prinzipien.....	22
5.2.1.2. Konzept und Struktur der Behandlung.....	23
5.2.1.3. Wirksamkeitsnachweise für DBT.....	23
5.2.2. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT).....	24
5.2.2.1. Zugrundeliegende Prinzipien.....	24

5.2.2.2.	Konzept und Struktur der Behandlung.....	24
5.2.2.3.	Wirksamkeitsnachweise für MBT	25
5.2.3.	Übertragungsfokussierte Therapie (TFP).....	26
5.2.3.1.	Zugrundeliegende Prinzipien.....	26
5.2.3.2.	Konzept und Struktur der Behandlung.....	26
5.2.3.3.	Wirksamkeitsnachweise für TFP	27
5.2.4.	Schematherapie (ST).....	28
5.2.4.1.	Zugrundeliegende Prinzipien.....	28
5.2.4.2.	Konzept und Struktur der Behandlung.....	29
5.2.4.3.	Wirksamkeitsnachweise für ST	29
5.3.	Weitere evidenzbasierte und klinisch relevante Verfahren	29
5.4.	Empfehlungen für die Praxis	30
6.	Welche Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung gibt es?.....	30
6.1.	Antidepressiva	30
6.2.	Neuroleptika	31
6.3.	Mood-Stabilizer.....	31
6.4.	Weitere Substanzen.....	31
6.5.	Pharmakotherapie und Psychotherapie.....	31
6.6.	Polypharmazie	31
7.	Wie werden psychiatrische Komorbiditäten behandelt?.....	32
7.1.	Persönlichkeitsstörungen	32
7.2.	Affektive Störungen.....	33
7.3.	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	33
7.4.	Substanzabhängigkeit	34
7.5.	Nichtstoffgebundene Abhängigkeit	34
7.6.	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	34
7.7.	Essstörungen	35
7.8.	Empfehlungen für die Praxis	35
8.	Welche Besonderheiten sind bei adoleszenten Patienten zu beachten?	35
8.1.	Besonderheiten in der Diagnostik	35
8.2.	Besonderheiten der Behandlung	37
8.3.	Evidenz für die Behandlung der BPS in der Adoleszenz.....	38
8.4.	Empfehlungen für die Praxis	39

9. Welche Empfehlungen gelten für spezifische Aspekte der Behandlung?	39
9.1. Empfehlungen zu ausgewählten klinischen Phänomenen	39
9.1.1. Suizidalität	39
9.1.2. Parasuizidalität und Selbstverletzendes Verhalten	40
9.1.3. Dissoziationen	40
9.2. Einbezug von Angehörigen	41
9.3. Borderline-Patienten als Eltern	41
9.4. Besonderheiten bei älteren Patienten	42
9.5. Empfehlungen für die Praxis	42
10. Fazit und Ausblick	43
Potentielle Interessenkonflikte	44
Anhang	44
I. Allgemeine Kriterien für die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-5	44
II. Evidenzbasierte Pharmakotherapie	45
Literatur	46

1. Geleitwort (Prof. S.C. Herpertz)

Die Autoren gehen einen interessanten didaktischen Weg: Sie geben Behandlungsempfehlungen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auf der Grundlage eines Expertengremiums, das die klinische Evidenz unter dem Fokus der praktischen Relevanz für die Versorgung Betroffener in der Schweiz wertet. Das Ergebnis ist überzeugend. Es wurden alle verfügbaren Materialien, seien es internationale Leitlinien, systematische Reviews und Originalarbeiten gesichtet, um die wissenschaftliche Evidenz zu sichern. Besonders hervorzuheben ist die Breite der behandelten Themen, die auf alle im Behandlungsalltag auftretende Probleme Antworten bietet. Hier finden nicht nur die häufigsten Differentialdiagnosen in klinisch ansprechender Form Berücksichtigung und die Implikationen von Komorbiditäten für die Behandlung, sondern auch Themen wie die Besonderheiten in der Behandlung adoleszenter Patienten und Ausführungen zur Wichtigkeit, Patienten auch in ihrem Elternverhalten zu evaluieren und vor allem zu beraten. Sehr praxisrelevant sind die Ausführungen zum Kommunikations- und Interaktionsstil in der therapeutischen Beziehung und in den spezifischen Behandlungssettings sowie zu besonders schwierigen Behandlungskonstellationen und Behandlungssituationen. Schließlich sind die Empfehlungen übersichtlich aufbereitet, können mit begrenztem Zeitaufwand systematisch einmal gelesen werden, bieten sich aber auch aufgrund vieler Zusammenfassungen und Synopsen zum Nachschlagen im stationären und ambulanten Alltag an.

Diese Behandlungsempfehlungen geben Klinikern eine hervorragende Orientierung in ihrem Behandlungsalltag von Patientinnen und Patienten, deren Behandlungsprognose besser ist als oft gedacht, vorausgesetzt, Kliniker bieten ihnen ein gut reflektiertes, strukturiertes und auch in Zuspitzungen gut überlegtes und den Gesamtprozess nicht aus dem Auge verlierendes Behandlungskonzept an. Diese Empfehlungen machen deshalb Mut, diese Patientengruppe zu behandeln und werden dazu beitragen, ihre Behandlungsqualität im Schweizer Versorgungsalltag auf ein hohes Qualitätsniveau zu heben.

Heidelberg, den 21.12.2017

Sabine C. Herpertz

2. Einleitung

Die vorliegenden Behandlungsempfehlungen sollen dazu beitragen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation von Patienten¹ mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in der Schweiz zu optimieren. Mit Anteilen von 10% in der ambulanten und 15-25% in der stationären psychiatrischen Versorgung ist die BPS die Persönlichkeitsstörung mit der höchsten klinischen Relevanz [1-3], wenngleich sie mit einer Prävalenz von 0,7%-2,7% in nichtklinischen Stichproben nicht die häufigste Persönlichkeitsstörung ist [4-6]. Als Kernsymptome der Erkrankung werden Emotionsregulations- und Identitätsstörungen, Impulsivität und die Beeinträchtigung sozialer Beziehungen angesehen. Besondere Schwierigkeiten in der Behandlung ergeben sich aufgrund von Selbstverletzungen, Suizidalität, interpersonellen Problemen und komorbiden psychischen Erkrankungen [7-11]. Die BPS wird trotz dieser prägnanten Merkmale zu selten und zu spät diagnostiziert. [3, 12-14]. Durch die bislang kategoriale und rein deskriptive Systematik von ICD [15] und DSM [16] ist die klinische Heterogenität der Patienten, beispielsweise im Hinblick auf den Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung oder geschlechtsspezifische Unterschiede, zudem nicht ausreichend abgebildet [17, 18]. In den Anhang des DSM-5 ist daher eine zusätzliche dimensionale Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus und spezifischer psychologische Merkmale aufgenommen worden. Dieser differenzierte Ansatz ist auch für die ICD-11 vorgesehen [19, 20]. Eine valide Diagnosestellung ist von besonderer Bedeutung, da die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen wie Depressionen, Substanz- oder Angststörungen in der Regel nicht zu einem anhaltenden Therapieerfolg führt [21]. Umgekehrt verbessern sich aber bei Behandlung einer BPS auch die meisten Komorbiditäten [22]. Darüber hinaus werden eine frühzeitige Diagnosestellung

¹ In den Behandlungsempfehlungen wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit immer die männliche Schreibweise gewählt

und Behandlung heute für die Prognose als besonders bedeutsam angesehen [13]. Zunehmend findet in diesem Zusammenhang die besondere Relevanz der Störung in der Adoleszenz Beachtung und die Diagnose kann jetzt gemäss DSM-5 bereits im Jugendalter gestellt werden [23].

Hinsichtlich der biopsychosozialen Ätiologie der Erkrankung werden unterschiedliche psychologische Faktoren (u.a. Invalidierung, maladaptive Schemata, Identitätsdiffusion, Mentalisierungsdefizite) angenommen, denen prekäre Beziehungserfahrungen in der frühen Lebensgeschichte zugrunde liegen [24-26]. Darüber hinaus ist der Einfluss neurobiologischer Mechanismen (u.a. genetische und epigenetische Faktoren sowie die funktionelle Beeinträchtigung spezifischer Hirnareale) inzwischen gut belegt [27, 28]. In Langzeitstudien konnte gezeigt werden, dass die Symptomatik ebenso wie die Erkrankung selbst im Längsschnitt weniger stabil ist, als bisher angenommen, und es häufig zu Remissionen kommt [29, 30]. Allerdings hält die psychosoziale Beeinträchtigung, die oft schwerwiegender ist als bei anderen Persönlichkeitsstörungen, häufig auch nach der Symptomremission an [31-34].

Parallel zur diagnostischen Abgrenzung gegenüber anderen Störungskategorien entwickelten sich in den 1980er Jahren Überlegungen zur spezifischen psychotherapeutischen Behandlung der BPS. Bis dahin wurden die Patienten häufig als destruktiv für sich selbst und andere und als weitgehend unbehandelbar beschrieben. Pioniere spezialisierter Behandlungsangebote waren Otto F. Kernberg mit der Entwicklung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) [35] auf der Grundlage des Begriffs der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) [36] und Marsha Linehan mit der Entwicklung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) [37], für die als erstes überzeugende Wirksamkeitsnachweise vorgelegt wurden. Linehans dialektisches Modell, welches – neben der Veränderung – die Akzeptanz und Validierung des subjektiven Erlebens des Patienten besonders gewichtet, hat wesentlich zu einer optimistischeren Einschätzung der Behandelbarkeit der BPS beigetragen.

Auf der Basis randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten weitere Methoden etabliert, darunter die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) [38] und die Schematherapie (ST) [39]. Diesen Verfahren liegen unterschiedliche konzeptionelle Überlegungen zugrunde, sie weisen aber in einigen Bereichen Überschneidungen auf. Ihre Wirksamkeit könnte wesentlich auch durch gemeinsame Merkmale bestimmt sein [40-42]. Im Fokus der Psychotherapieforschung steht insofern heute anstelle von Vergleichsstudien bereits etablierter Methoden verstärkt die Frage nach zugrundeliegenden Veränderungsmechanismen. Daraus könnten differenzielle Behandlungsangebote für unterschiedliche Patienten abgeleitet und verschiedene Interventionsstrategien stärker dem individuellen Veränderungsprozess angepasst werden [43-46]. Die Berücksichtigung von Komorbiditäten, die Auswirkung der Behandlung auf die soziale Lebensrealität und ein verbesserter Zugang zu wirksamen Therapien werden als jüngste Herausforderungen für Forschung und Versorgung angesehen [47].

Für die BPS wurden in verschiedenen Ländern Behandlungsleitlinien entwickelt [48, 49]². Sie stellt insofern heute eine valide zu diagnostizierende und wirksam behandelbare psychische Erkrankung dar [9]. Dazu im Widerspruch steht, dass die BPS im Verhältnis zu anderen psychiatrischen Krankheitsbildern – gemessen an ihrer klinischen Relevanz – in der Psychiatrie weiterhin als „unterschätzt, zu wenig behandelt, unterfinanziert und stigmatisiert“ [2] angesehen wird. Nur ein geringer Anteil der Patienten erhält eine leitliniengerechte Behandlung. Neben dem subjektiven Leid für die betroffenen Patienten ist dies auch mit erheblichen direkten und indirekten Folgekosten verbunden [50-52]. Ein möglicher Grund für den mangelnden Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis ist, dass sich trotz der qualitativ hochwertigen Ausarbeitung von Leitlinien auch aus aktuelleren Ausgaben – z.B. der Revision der NICE-Guidelines 2015 oder den ebenfalls 2015 publizierten dänischen Leitlinien³) nur wenige robuste Empfehlungen für die klinische Praxis ableiten lassen. Für wesentliche behandlungsrelevante Fragestellungen liegen keine Forschungsergebnisse im Sinne der strengen wissenschaftlichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin vor. Bezüglich dieser

² AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., Deutschland; NICE - National Institute for Health and Care Excellence, United Kingdom

³ <http://sundhedsstyrelsen.dk/en/publications/2015/national-clinical-guideline-for-the-treatment-of-emotionally-unstable-personality-disorder,-borderline-type>

Kriterien hat es aufgrund ihrer Fokussierung auf randomisierte kontrollierte Studien (RCT) in letzter Zeit zudem auch kritische Einschätzungen gegeben [47, 53]. Abgesehen davon, dass dem Kliniker zudem nicht alle Forschungsergebnisse bekannt sein dürften, können entsprechend ihres zum Teil hohen Spezialisierungsgrads nicht alle Empfehlungen in der Versorgungspraxis umgesetzt werden [54, 55].

Für die vorliegenden Behandlungsempfehlungen wurde deshalb ein erweiterter Ansatz gewählt. Auf der Grundlage störungsspezifischer, wissenschaftlicher Original- und Fachliteratur sowie bestehender Leitlinien wurden möglichst praxisrelevante Aussagen für Diagnosestellung und Behandlung der BPS abgeleitet. Die Zusammenstellung der Empfehlungen erfolgte in einem konsensuellen Prozess eines Expertengremiums. Die Behandlungsempfehlungen sind insofern nicht durch einen formalisierten Leitlinienentwicklungsprozess entstanden, sondern stellen eine Synthese der wissenschaftlichen und klinischen Evidenz unter besonderer Gewichtung der Relevanz für die Schweizer Versorgungspraxis dar⁴. Sie sollen allen im psychosozialen Bereich Tätigen zur Optimierung der Behandlung von Patienten mit BPS dienlich sein. Am Ende jedes Kapitels erfolgt hierfür eine synoptische Zusammenstellung der wichtigsten Empfehlungen für die Behandlung nach den Prinzipien wissenschaftlicher Evidenz und guter klinischer Praxis (Good Clinical Practice).

3. Wie wird die Diagnose gestellt?

3.1. Diagnostik nach ICD-10 und DSM-5

Die Diagnosestellung der BPS erfolgt grundsätzlich auf der Basis der deutschen Versionen der International Classification of Diseases (ICD) und/oder des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Die allgemeinen Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 [15] und DSM-5 [16], die stets ebenfalls erfüllt sein müssen, finden sich im Anhang. Die spezifischen Kriterien beider Diagnosesysteme sind in Tabelle 1 gegenübergestellt. Die Entwicklung des ICD-11 steht gegenwärtig kurz vor dem Abschluss. In der aktuellen Version (Beta-draft⁵) ist ein Paradigmenwechsel vorgesehen, der keine kategoriale Diagnostik einzelner Persönlichkeitsstörungen mehr beinhaltet. Eine Ausnahme bildet die BPS, die als einzige spezifischer Persönlichkeitsstörung („BPS Qualifier“) erhalten bleibt [19, 20].

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien DSM-5 und ICD-10

Diagnostische Kriterien gemäß ICD 10		Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5	
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung <ul style="list-style-type: none"> Für die Diagnose des „Borderline-Typs“ sind drei der Kriterien 1-5 und weitere zwei der Kriterien 6-10 erforderlich Die Störung ist unter F60.31 klassifiziert. Die Diagnose sollte nicht vor dem Alter von 16 Jahren gestellt werden. 		Borderline-Persönlichkeitsstörung <ul style="list-style-type: none"> Für die Diagnose sind 5 der 9 Kriterien erforderlich Die BPS ist in der Kategorie 301.83 im Cluster B eingeordnet. Unter 18 Jahren müssen die Charakteristika seit mindestens 1 Jahr vorliegen. 	
1	deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln	4	Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“) (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)

⁴Die SGPP entwickelt Behandlungs- und andere Empfehlungen zu wichtigen Fragen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung um ihren Mitgliedern bei ihren Bemühungen um Qualitätssicherung behilflich zu sein. Die Empfehlungen beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Im Einzelfall können auch andere Behandlungsarten und -vorgehen zum Ziel führen. Die Empfehlungen der SGPP werden regelmässig auf ihre Gültigkeit überprüft und von der SGPP mit grösster Sorgfalt in der für die Mitglieder und allenfalls andere Interessierte geeigneter Form publiziert.

Die Befolgung oder Nichtbefolgung dieser Empfehlungen hat für den Arzt oder die Ärztin weder haftungsbefreiende noch haftungsbegründende Wirkung.

⁵ <https://icd.who.int/dev11>

2	deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden		
3	Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens	8	Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
4	Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden		
5	unbeständige und launische Stimmung	6	Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
6	Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)	3	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
7	Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen	2	Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
8	übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden	1	Verzweifelttes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzende Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
9	wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung	5	Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
10	anhaltende Gefühle von Leere	7	Chronische Gefühle von Leere
		9	Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

3.1.1. Interviews und Fragebögen basierend auf ICD-10 und DSM-5

Die semi-strukturierten Interviews, die die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (BPS eingeschlossen) auf Basis der ICD-10- und/oder DSM-5 Kriterien ermöglichen, sind:

- Der SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV-II) zusammen mit dem Screening Fragebogen SCID-II-Q [56] in seiner deutschen Übersetzung (SKID-II) [57]
- Die deutsche Version der IPDE (International Personality Disorder Examination) [58, 59], welcher ebenfalls als Screeninginstrument vorliegt (IPDE-S) [60].

Die zwei Klassifikationssysteme sind gleichwertig bezüglich der Diagnostik der BPS. Das DSM ist operativer und kohärenter und wird deshalb häufiger in der Forschung verwendet, das schweizerische Vergütungssystem folgt primär der ICD-Klassifikation. Weitere, an ICD-10 und DSM-IV angelehnte Interviews bzw. Fragebögen sind:

- Interviews
 - Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P) [61]
 - Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV) [62, 63]
 - Die Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) [64]
- Fragebögen
 - Assessment-of-DSM-IV-Personality-Disorders-(ADP-IV)-Fragebogen [65]
 - McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD) [63, 66].

- Borderline Personality Questionnaire (BPQ) [67, 68].

3.1.2. DSM-5 Sektion III

Im Abschnitt III des DSM-5, in dem ein dimensionaler Ansatz für die Diagnostik verfolgt wird, kann in zwei Bereichen (Kriterium A und B) eine zusätzliche diagnostische Einschätzung für die BPS vorgenommen werden:

- Kriterium A: eine Veränderung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit auf der Ebene des Selbst (Identität, Selbststeuerung) und der interpersonellen Beziehungen (Empathie, Nähe). Insgesamt ist für die Diagnosestellung eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung erforderlich (Level 2).
- Kriterium B: eine Erfassung der problematischen Persönlichkeitsmerkmale in 5 grossen Domänen (unterteilt in insgesamt 25 Facetten): Negative Affektivität, Verslossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus
- Diese Beeinträchtigungen müssen rigide und weitreichend sein (Kriterium C) und spätestens in der Adoleszenz begonnen haben (Kriterium D). Sie dürfen nicht durch eine andere Ursache erklärt werden.
- Die spezifischen Kriterien für die BPS sind:
 - Kriterium A: eine Beeinträchtigung in mindestens 2 der 4 Bereiche
 - Kriterium B: Erfüllen von mindestens 4 der folgenden 7 Facetten:
 - für die Negative Affektivität : 1. Emotionale Labilität ; 2. Ängstlichkeit ; 3. Trennungsangst ; 4. Depressivität
 - für die Enthemmtheit : 5. Impulsivität ; 6. Neigung zu riskantem Verhalten
 - für den Antagonismus: 7. Feindseligkeit.

Weitere Persönlichkeitsmerkmale („Specifier“) können zusätzlich aus den oben genannten 5 Bereichen erfasst werden.

Die Sektion III wurde mit dem Anliegen aufgenommen, Forschungsnachweise zu erbringen, bevor die bisherige kategoriale Diagnostik ganz oder teilweise abgelöst werden könnte [16, 69, 70]. Kriterium B kann mit dem Personality Inventory für DSM-5 (PiD-5) erfasst werden [71, 72]. Neuere Arbeiten zur Validität und reliablen Erfassung von Kriterium A und B liegen vor [73-77]. Die Möglichkeit, den Schweregrad der BPS als Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus abzubilden, stellt eine bedeutsame Neuerung im Sinne der Abbildung der klinischen Realität dar.

3.2. Weitere diagnostische Instrumente⁶

Zusätzlich zu ICD-10 und DSM-5 können die hier vorgestellten diagnostischen Instrumente benutzt werden. Zwei Fragebögen dienen der Erfassung der BPS-Gesamtsymptomatik:

- Verhaltens- und Erlebensinventar (VEI) [78] Deutschsprachige Adaptation des Personality Assessment Inventory (PAI) [79] mit 344 Items mit einer Unterskala für die BPS (PAI-BOR)
- Die Borderline Symptom List-23 (BSL) [80] mit 23 Items, Kurzversion der 96-Item langen BSL [81].

Darüber hinaus können Merkmals- und Symptombereiche dimensional mit Selbsterhebungsinstrumenten (Fragebögen) erfasst werden, so etwa emotionale Dysregulation, Impulsivität, Ärger, Identität, Mentalisierung, interpersonelle Schwierigkeiten und das Strukturniveau. Auch wenn die Diagnosestellung immer auf der Basis eines Interviews erfolgen muss, erlauben es Fragebögen, die Ausprägung solcher spezifischer Merkmale zu erfassen. Sie können auch zur Verlaufsmessung dienen [82]. Gängige Selbsterhebungsinstrumente, die auf Deutsch und/oder Französisch vorliegen, werden in Tabelle 2 summarisch präsentiert.

Tabelle 2: Instrumente zur dimensionalen Erfassung von Merkmalen der BPS⁵

⁶ Spezifisch für Jugendliche entwickelte oder adaptierte Instrumente werden in Kapitel 8 vorgestellt

Instrument	Beschreibung
DERS Difficulties in Emotion Regulation	36 Items erfassen die Qualität der Emotionsregulation [83, 84]
STAXI State-Trait Anger Expression Inventory	44 Items mit 3 Subskalen zur Erfassung des Erlebens und des Ausdrucks von Ärger [85]
BIS-11 Barett Impulsiveness Scale	30 Items zur Erfassung der Impulsivität [86]
IES-27 Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der BPS	27 Items zur Erfassung von impulsiven Verhaltens- und Erlebensweisen bei der BPS [87]
DES-T Dissociative Experiences Scale-Taxon	8 Items zur Unterscheidung zwischen normalpsychologischen und pathologischen dissoziativen Phänomenen [88]
SHI Self- Harm Inventory	22 items zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten [89]
DAPP-BQ Dimensional Assessment of Personality Pathology	290 Items zur Erfassung von 18 Persönlichkeitsmerkmalen, welche sich vier übergeordneten Traits zuordnen lassen: Emotionale Dysregulation, Dissoziales Verhalten, Gehemmtheit, Zwanghaftigkeit [90]
GAPD General Assessment of Personality Disorders	85 Items zur Erfassung von Selbst- und Interpersonaler Pathologie in Anlehnung an DSM-5 Kriterium A [91]
IPO-16 Inventory of Personality Organization	Kurzform des IPO (mit 83 Items) zur Erfassung von Merkmalen des Strukturniveaus nach dem Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation [92]
RFQ Reflective Functioning Questionnaire	54 Items zur Erfassung der Reflexiven Funktion (Mentalisierung) mit 2 Subskalen [93, 94] (die deutsche Version liegt vor, Publikation der Gütekriterien i.V.)
IIP-D Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme	64- sowie 32-Item-Version Zur Erfassung der Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen [95]
OPD-SF Operationalisierte Psycho-dynamische Diagnostik - Strukturfragebogen	95 Items und 8 Subskalen zur Erfassung der psychischen Struktur (z.B. Selbstregulierung, Kommunikation) [96]

3.3. Wichtige Differenzialdiagnosen

Es ist zentral, die Diagnose der BPS differentialdiagnostisch abzugrenzen, u.a. weil diagnostische Fehler häufig zu fehlerhaften Behandlungsindikationen z.B. Polymedikation führen können. Andererseits ist die Unterscheidung zwischen Differenzialdiagnose und einer möglichen Komorbidität von höchster Relevanz (s. dazu auch Kapitel 7).

3.3.1. Depressive Störung

Depressive Symptome der BPS-Patienten sind in der Regel kürzer (ggf. nur Stunden) andauernd und häufig mit interpersonellen Situationen verbunden. Zudem zeichnet sie sich durch eine stärkere negative Affektivität und ausgeprägte Gefühle von Leere und Selbstkritik aus [97]. Die Tatsache, dass bei der depressiven Episode die Symptome mindestens 2 Wochen andauern müssen und dass eine depressive Stimmung oder Interessens- oder Freudeverlust im Vordergrund stehen, erlaubt oft eine differentialdiagnostische Abgrenzung [98-100].

3.3.2. Bipolare Störung

Das Vorhandensein zeitlich isolierter und anhaltender affektiver Episoden, als hypomane Episode gekennzeichnet durch eine Stimmungserhöhung, ein Mitteilungsbedürfnis oder eine Irritabilität seit mindestens 4 Tagen, assoziiert mit einer anhaltend erhöhten Aktivität, sowie eine familiäre Vorgeschichte einer bipolaren Störung, sollten ebenso an eine bipolare Störung denken lassen wie das Fortbestehen von Symptomen trotz einer adäquaten psychopharmakologischen Behandlung einer bipolaren Störung [101-103]. Weiterhin gilt:

- Irritabilität und Wut sind nur während der Episoden vorhanden, bei der BPS sind diese Symptome zeitlich stabiler.
- Mögliche psychotische Symptome treten nur während der Episoden auf, bei der BPS sind diese Symptome situativ und häufig stressassoziiert.
- Das chronische Gefühl von Leere, die Tendenz zur Idealisierung und Entwertung, multiples selbstverletzendes und suizidales Verhalten kommen bei der bipolaren Störung sehr selten vor.
- Durch den eher chaotischen, hoch reagiblen und kurzfristigen Charakter von Stimmungswechseln lässt sich die BPS auch gut von der Bipolar II Störung mit zyklischen, länger anhaltenden hypomanen Episoden mit primär agitiertem Charakter unterscheiden [104].

3.3.3. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Gewisse Symptome der PTBS – Dissoziationen oder andauernde negative emotionale Zustände wie die Wut und die Unfähigkeit, positive Emotionen wie Glück zu empfinden – können Symptomen der BPS ähneln, so dass beide Störungsbilder sich überschneiden [105]. Dies gilt umso mehr, da etwa drei Viertel der Patienten mit BPS selbst von sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch und/oder Vernachlässigung berichten [106-108]. Der Ansatz, daraus ein eigenes Störungsbild abzuleiten, das als komplexe PTBS [109] beschrieben und als Subtyp der BPS konzeptualisiert wurde [110], wird überwiegend kritisch gesehen [22, 111-113]. Während es sich bei BPS-Patienten um lang anhaltende Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen (sog. Typ II-Traumata) handelt, sind für die PTBS Ereignistraumata (sog. Typ I-Traumata) kennzeichnend [114]. Retrospektiv erinnerte sexuelle Ereignistraumata bei der BPS können nach Zanarini et al. [115] auch ein Erinnerungsmarker für ein generell höchst dysfunktionales (und damit nicht weniger schwerwiegend traumatisierendes) Elternhaus sein.

In der Folge einer Trauma-Exposition sind die typischen, sich von der BPS unterscheidenden Symptome der PTBS: anhaltende und sich aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis (Flashbacks) sowie wiederkehrende Träume, dissoziative Reaktionen, intensiver oder langanhaltender Stress und körperliche Reaktionen, nachdem die Personen einem dem ursprünglichen Ereignis ähnlichen Reiz ausgesetzt war, die Vermeidung von Faktoren, die mit der Traumatisierung assoziiert sind, kognitive Beeinträchtigungen in Bezug auf das Trauma (z.B. Unfähigkeit, sich an einige

bestimmte Aspekte des belastenden Erlebnisses zu erinnern), die Persistenz negativer emotionaler Zustände wie der Wut, Schuld und Scham sowie eine Hypervigilanz mit übermässigen Schreckreaktionen.

3.3.4. Schizophrenie und schizotype Störung

Obwohl das Kriterium 9 des DSM-5 für die BPS eindeutig auf die Möglichkeit psychotischer Zustände verweist, ist die Differentialdiagnose zu Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis in der Regel gut möglich. Die (quasi-)psychotischen Zustände der BPS sind von einer starken emotionalen und interpersonalen Instabilität begleitet und oft von kurzer Dauer (ggf. Stunden). Neben überwertigen bzw. wahnhaft anmutenden Ideen sind auch Halluzinationen häufiger, als oft angenommen wird [116]. Formale Denkstörungen sind wiederum selten zu beobachten. Ebenfalls sind chronische verflachte Affekte und andere negative Symptome der Schizophrenie untypisch für die BPS [117, 118]. Obwohl sie lange anhalten können, sind psychotische Symptome bei der BPS kein Prädiktor für die spätere Entwicklung einer psychotischen Störung [119]. Im Gegensatz zu den schizotypen Störungen wiederum sind anhaltende seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte für die BPS nicht charakteristisch.

3.3.5. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die ADHS ist ein persistierendes Verhaltensmuster von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität, wodurch die psychosoziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigt wird. Die Impulsivität kann sich in einer Form emotionaler Reagibilität äussern, die derjenigen der BPS sehr ähnlich sein kann [120-122]. Emotionale Dysregulation wird auch als ein Kernsymptom des ADHS gesehen [123, 124]. Für die Differentialdiagnose gilt:

- die typischen Symptome der ADHS wie Unaufmerksamkeit (z.B. Ablenkbarkeit) oder Hyperaktivität (z.B. Bewegungsdrang) sind persistent und situationsübergreifend seit mindestens dem Alter von 12 Jahren präsent [125, 126].
- Wiederholte suizidale Handlungen und selbstverletzendes Verhalten, zeitlich abgegrenzte paranoide Vorstellungen, Bemühungen der Vermeidung, verlassen zu werden und Identitätsstörungen gehören nicht zum Symptomenspektrum der ADHS.

Ein Screening für die ADHS anhand von Instrumenten wie der « Adult ADHD Self Report Scale » (ASRS) wird im Rahmen der Evaluation von BPS Patienten empfohlen [127]⁷. Alternativ kann auch der „HASE“-Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene verwendet werden [128]. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass ein Screening allein nicht ausreichend ist, um die Diagnose eines ADHS ausreichend sicher von der BPS abzugrenzen [129].

3.4. Empfehlungen für die Praxis

- Die Diagnosestellung der BPS erfolgt nach ICD-10 oder DSM-5.
- Für die definitive Diagnosestellung wird die Durchführung eines strukturierten Interviews (SKID-II, IPDE) empfohlen. Dieses kann im Bedarfsfall ambulant an jedem institutionellen Versorgungszentrum (Ambulanzen der Zentrums- oder Universitätskliniken) durchgeführt werden.
- Eine klinische Diagnosestellung der BPS bzw. ihr Ausschluss ist auch nach einem ausführlichen, halbstrukturierten Interview möglich, wenn der Diagnose Stellende über fundierte Erfahrung mit BPS-Patienten verfügt.
- Das Stellen einer vorläufigen Verdachtsdiagnose ist möglich, sofern eine umfangreiche Diagnostik zum Zeitpunkt des Interviews nicht erfolgen kann (z.B. Akutaufnahme, Notfalldienst). Eine valide Diagnosestellung ist dann umgehend nachzuholen.

⁷ französisch verfügbar unter <http://tdah.be/Nicole/Echelleevaluationtestsadultes.pdf>; deutsch unter https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/18Q_German_final.pdf, 5.10.2017

- Eine sorgfältige und spezifische Erhebung der Lebens- und Krankheitsgeschichte ist für eine definitive Diagnosestellung unverzichtbar.
- Die Diagnose wird nicht primär aufgrund einer Verhaltensbeobachtung gestellt.
- Die dimensionale Abbildung des psychosozialen Schweregrads, z.B. gemäss Kriterium A des DSM-5, gewinnt an Bedeutung für die Behandlungsplanung und sollte erwogen werden.
- Die BPS ist von Differentialdiagnosen sorgfältig abzugrenzen, um ungeeignete psychiatrische, pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze zu vermeiden. Gleichzeitig ist die Berücksichtigung von Komorbiditäten zentral für die Behandlungsplanung (s. Kapitel 7).
- Spezifische Symptome und Differenzialdiagnosen können zusätzlich mit Hilfe von Screening-Instrumenten (Fragebögen) erhoben werden. Sie ersetzen nicht die Durchführung eines diagnostischen Interviews und sind zur Diagnosestellung nicht geeignet.

4. Nach welchen Prinzipien und in welchem Setting erfolgt eine störungsspezifische Behandlung?

4.1. Störungsspezifische Basisprinzipien

Die Psychopathologie der BPS kann aus verschiedenen theoretischen Perspektiven beschrieben und verstanden werden. Diese sind zum Teil durch die klassischen Therapieverfahren – psychodynamisch und kognitiv-behavioral - geprägt (siehe Kapitel 5). Nichtsdestotrotz sind in den letzten Jahren in der Fachliteratur mehr und mehr Bestrebungen aufgetaucht, schulen übergreifende, transtheoretische (sog. allgemeine) störungsspezifische Basisprinzipien zur Behandlung der BPS auszuformulieren [10, 41, 130-134].

Zu den Basisprinzipien gehört das Prinzip einer transparenten und direkten Kommunikation. Die offene Diskussion der einzelnen Symptome und der Diagnose dient dazu, zentrale Problembereiche zu identifizieren und einen Konsens zu erarbeiten, wie man diese therapeutisch angehen kann. Der Therapeut nimmt eine responsive⁸, proaktive und flexibel-eklektische Haltung ein und vermeidet z.B. längeres Schweigen in der Sitzung. Auf problematische Verhaltensweisen sollte nicht unmittelbar handelnd reagiert werden, z.B. indem rasch Hospitalisierung angeboten wird, etwa wenn der Patient von seinen selbstverletzenden Impulsen spricht oder mit Suizid droht. Insbesondere zu Beginn der Behandlung übernimmt der Therapeut eine haltende Funktion („holding“). Zum Interventionsspektrum gehört hier auch die selektive Transparenz der eigenen Gedanken und Gefühle in Bezug auf den Patienten. Diese Transparenz dient dazu, Zweifel an den häufig rigiden Grundüberzeugungen entstehen zu lassen und Neugier für andere Sichtweisen zu wecken. Schliesslich sollte stets berücksichtigt werden, dass eine Behandlung insbesondere ausserhalb der Therapie Veränderungen induzieren soll [130]. Für die Therapie ist deshalb ein stetes Wechselspiel zwischen der innerpsychischen und der interpersonellen Welt des Patienten empfehlenswert [135]. Therapieziele für das reale Leben – z.B. berufliche Integration, Ausbau sozialer Kontakte, Familienplanung etc. – sollten in pragmatischen kleinen Schritten erfolgen, ggf. auch schriftlich, formuliert werden. Nicht zuletzt sollte der Therapeut non-direktiv, jedoch fokussiert auf die aktive Rolle des Patienten im Therapieprozess hinweisen [135]. Studien konnten zeigen, dass Fallkonzeptionsmethoden wie die Plananalyse, mit denen ein strukturiertes und individualisiertes Verständnis erarbeitet wird, dem Therapeuten helfen können, sich besser auf BPS-Patienten einzustellen und responsiv zu intervenieren [136, 137]. Eine wesentliche Funktion als Basisprinzip hat auch die Psychoedukation (s. Kapitel 4.2.).

Die so genannten störungsspezifischen Behandlungsprinzipien sind der Boden für die Anwendung spezifischerer Interventionsmöglichkeiten, die die unterschiedlichen psychotherapeutischen Modelle vorhalten (siehe Kapitel 5). Es kann sinnvoll sein, diese Prinzipien als Interventionen der vordersten Linie zu verstehen [138], welche „genügend gut“ [130] sind, um zentrale Symptome der BPS zu verringern und in der Versorgung breiter eingesetzt werden können (s. Tabelle 3) [3, 133]. Damit können u.U. mehr Patienten erreicht werden. Studien zu psychiatrischen Ansätzen auf dieser Grundlage (Good Psychiatric Management, GPM und Structured Clinical Management, SCM) zeigen

⁸ Zum Begriff *Responsiveness* s. Kapitel 5.1

ähnliche ermutigende prä-post Veränderungen wie die spezifischen evidenzbasierten Psychotherapiemethoden. Diese Effekte bleiben langfristig stabil [55, 139-142].

Tabelle 3: Allgemeine störungsspezifische Basisprinzipien für psychiatrisch-psychotherapeutisches Grundversorgungsangebot für die BPS

<ul style="list-style-type: none"> - Aktive, responsive, non-direktive und fokussierte Haltung des Therapeuten - Fokus primär auf problematische Situationen ausserhalb der Therapie, sekundär auf interaktionelle Komponente innerhalb der therapeutischen Beziehung - Ambulante Konsultation einmal wöchentlich, Zusatztermine/-kontakte nach Bedarf/Absprache - Bei schwerer komorbider Störung bzw. ggf. streng indiziert symptom-spezifische (off-label) Pharmakotherapie als Bestandteil eines Gesamtbehandlungskonzepts, Cave: Polypharmazie - Bei Bedarf Einbezug von Angehörigen und/oder anderer involvierter psychosozialer Stellen

4.2. Psychoedukation

Klare Vorstellungen beim Patienten über die Art der Störung, an welcher er leidet und die Art der Behandlung, die für ihn effektiv sein könnte, erhöhen sein Commitment für eine Therapie und können für den Aufbau einer vertrauenswürdigen Therapiebeziehung wie auch zur Entstigmatisierung sehr zentral sein. Eine fundierte Psychoedukation kann ausserdem das Verständnis des Patienten für anschliessend zu definierende Ziele für die Therapie verbessern. Der Patient sollte bereits zu Beginn der Behandlung realisieren, dass er die Möglichkeit hat, mit Hilfe des Therapeuten Veränderungen in seinem Leben zu entwickeln – mit der sozialen und beruflichen Integration als einem zentralen Behandlungsziel.

Die Psychoedukation sollte im psychotherapeutischen Prozess möglichst früh stattfinden. Neben der Vermittlung eines klaren und integrativen Störungsmodells stellt dabei die direkte Kommunikation über die Diagnose inklusive der Komorbiditäten einen zentralen Inhalt dar. Die Diskussion der Diagnose erfolgt eingebettet in die individuelle Biographie und Lebenssituation des Patienten und wird verbunden mit einer optimistischen Präsentation der Behandlungsmöglichkeiten [130, 143] mit der Aussicht auf einen möglichen benignen Verlauf der BPS. Eine sorgfältige Psychoedukation kann auch der gelegentlich beobachteten Überidentifizierung der Patienten mit der Diagnose vorbeugen, die im Sinne eines statischen Selbstbildes die therapeutische Entwicklung häufig erschwert.

Wenn der Therapeut Grundwissen zu den verschiedenen Therapieformen – psychotherapeutische und pharmakologische Aspekte – vermittelt, kann eine geeignete und verfügbare Behandlungsmodalität offen diskutiert und ausgewählt werden. Schliesslich kann die Psychoedukation auch interpersonelle Schwierigkeiten fokussieren, z.B. die Auseinandersetzung mit individuell problematischen Beziehungsmustern [144]. Psychoedukation kann auch in Gruppen durchgeführt werden [145, 146].

4.3. Behandlungssetting

Die Behandlung von Patienten mit BPS sollte primär ambulant erfolgen. Stationäre oder teilstationäre Behandlungen werden dann notwendig, wenn Patienten ambulant noch nicht oder phasenweise nicht mehr behandelbar sind. Im Falle ambulant nicht zu beherrschender Suizidalität oder Fremdgefährdung, akut exazerbierter affektiver- oder Angststörungen, Psychose naher oder stark dissoziativer Symptome kann eine kurze stationäre Krisenintervention nötig sein. Auch Probleme mit Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit oder ein völliges Fehlen eines tragfähigen psychosozialen Netzes oder ein stark symptomaufrechterhaltendes Umfeld erfordern ggf. eine stationäre Krisenintervention. Darüber hinaus besteht in wenigen Ländern, darunter die Schweiz, die Option einer geplanten mehrwöchigen störungsspezifischen multimodalen stationären oder teilstationären Behandlung. Vorteile einer solchen Behandlung sind u.a. die zeitweise Trennung von einem möglicherweise symptomaufrechterhaltenden sozialen Umfeld, die Kombination unterschiedlicher, auch adjuvanter Therapieelemente im Einzel- und Gruppensetting und die Gleichzeitigkeit von sozialer Exposition und Therapie. Entsprechend kann eine stationäre Vorbehandlung auf einer spezialisierten Station den Erfolg einer anschliessenden ambulanten Therapie nachweisbar verbessern helfen [147] und lohnt sich trotz der vergleichsweise hohen Kosten [51]. Eine (teil-)stationäre Behandlung sollte als

Teil einer psychosozialen Rehabilitation als zentrales Behandlungsziel immer die Befähigung des Patienten für eine ambulante Therapie sehen. Institutionelle Behandlungen von BPS-Patienten sind auch mit Gefahren, wie etwa malignen Regressionsprozessen, imitativem Verhalten oder Grenzverletzungen zwischen Patienten oder mit Teammitgliedern, verbunden (s. Kapitel 4.4). Besonders nicht spezialisierte Behandlungsteams sind oftmals nicht ausreichend auf die Behandlung von BPS-Patienten vorbereitet. Umgekehrt stellt die andauernde soziale Exposition für einige Patienten eine Überforderung dar. Daraus resultierende Interaktionsstörungen und iatrogene Behandlungsfehler können sich auf Patienten negativ auswirken. Längere (teil-)stationäre Behandlungen beinhalten zudem die Gefahr, dass die Schwierigkeiten, die im sozialen Alltag auftreten, im Schutz der Klinik oft zu wenig bearbeitet werden können. Noch intakte Funktionen (Arbeitsplatz, Partnerschaft) können durch einen längeren Klinikaufenthalt gefährdet werden. Diese möglichen nachteiligen Aspekte sind daher vor und während einer (teil-)stationären Behandlung sorgfältig gegenüber möglichen positiven Auswirkungen abzuwägen. Wenn eine stationäre Behandlung notwendig erscheint, sollte sie ausserhalb von stationären Spezialsettings (siehe unten) so kurz wie möglich gehalten werden.

Unabhängig vom Setting stellt die regelmässige Supervision des Therapeuten oder des Behandlungsteams durch einen Supervisor mit entsprechender störungsspezifischer Expertise ein zentrales Element der Behandlung dar. In der Supervision sollen - möglichst mittels Video- oder Tonbandaufnahmen oder durch Rollenspiele - die Schwierigkeiten in der Behandlung reflektiert werden. Sie soll auch dazu ermutigen, eigene Grenzen wahrzunehmen und zu prüfen, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um die teilweise emotional belastende Arbeit mit den Patienten - besonders auch in Krisensituationen - motiviert und mit einer offenen Haltung weiterführen zu können.

4.3.1. Praktische Aspekte der ambulanten Behandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung ist es wichtig, dass der Therapeut sich neben der grundsätzlichen Zielsetzung der Behandlung auch über die spezifische Funktion einzelner Interventionen bewusst ist. Unfokussiert explorative, rein supportive Interventionen werden als wenig förderlich angesehen, um maladaptive interpersonale Beziehungen zu durchbrechen und das Selbstkonzept zu stärken. Daher kann der Einsatz von störungsspezifische Basisinterventionen (s. Kapitel 4.1) hilfreich sein [148]. Gunderson und Links [130] unterscheiden zwischen fünf Funktionen der therapeutischen Intervention: Eindämmung, Unterstützung, Struktur, Engagement und Aktivierung. Engagement und Aktivierung sind besonders zentrale Aspekte einer längeren ambulanten Behandlung. Therapeutische Interventionen sollen bereits nach einigen Wochen der Behandlung erste Symptomveränderungen im Bereich der akuten Symptomatik der BPS zeigen [141, 149]. Wenn dies nicht passiert, ist es ratsam, das Behandlungsangebot zunächst für sich selbst in Frage zu stellen und dann mit dem Patienten behutsam die Gründe für den mangelnden Fortschritt zu eruieren [130].

Ambulante Behandlungen der BPS dauern in der Regel 1 bis 3 Jahre [143, 150]⁹. Sie können bei einigen Patienten auch länger dauern, jedoch sollte ihre Wirksamkeit regelmässig systematisch überprüft werden. Es ist ausserdem empfehlenswert, bereits zu Beginn der Behandlung zu klären, ob ein Behandlungszeitraum festgelegt oder anhand welcher überprüfbarer Kriterien die Behandlung abgeschlossen werden kann. Leichsenring und Rabung [151] empfehlen ungefähr 100 Sitzungen als ein Optimum für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, wobei Intensität und Länge der Therapie nicht unbedingt ausschlaggebend für den Therapieerfolg ist [47, 152]. Für alle evidenzbasierten Verfahren ist eine zeitliche Begrenzung der Behandlung vorgesehen. Eine bis zwei wöchentliche Therapiesitzungen werden als sinnvoll erachtet. Zu Beginn der Behandlung werden Therapieziele ggf. schriftlich festgelegt, die regelmässig evaluiert und im Bedarfsfall angepasst werden sollten. Initial sind ebenfalls Vereinbarungen zum Umgang mit Krisensituationen (z.B. akute Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten, s. Kapitel 8.1) zu treffen, die auch die Absprachen zur Erreichbarkeit des Therapeuten ausserhalb der Sitzungen umfassen und in einem Krisenplan ebenfalls schriftlich festgehalten werden können.

⁹ Abweichende Empfehlungen zum Jugendalter s. Kapitel 8

Die ambulante Kombination einer einzeltherapeutischen Behandlung mit störungsspezifischen Gruppenangeboten wie dem Skills-Training der Dialektisch-Behavioralen Therapie [37, 153], der Mentalisierungsbasierten Gruppentherapie [154] oder Schematherapie [155] sind nach entsprechender Indikationsstellung empfehlenswert [131, 156]. In diesen bifokalen Settings müssen die Rollen der involvierten Therapeuten gut definiert werden. Der Einzeltherapeut koordiniert in der Regel die Behandlung. Regelmässige Absprachen der Therapeuten werden als hilfreich angesehen. Dies gilt auch für eine allfällige bifokale Behandlung von Psychotherapeut und Psychiater. In seiner Funktion stellt der ambulante Therapeut den Austausch mit weiteren Beteiligten im ambulanten Versorgungsnetz (psychiatrische Pflege, Hausärzte, Sozialarbeiter, gemeinnützige Stellen, Case-Manager etc.) sicher. Regelmässige „round tables“ unter Einbezug des Patienten werden als sinnvoll erachtet, insbesondere um die soziale und berufliche Integration zu fördern.

4.3.2. Praktische Aspekte der stationären Krisenintervention

Die stationäre Krisenintervention bietet Patienten mit mangelnder Selbstkontrolle und erhöhter Gefährdung die Möglichkeit der Eindämmung und Unterstützung [130], zum Beispiel bei suizidalen Krisen. Typischerweise remittieren akute Krisen von BPS-Patienten sehr rasch. In vielen Fällen profitieren BPS-Patienten daher von einer ganz kurzen Krisenintervention (ein bis drei Tage). Maximal sollte eine stationäre Krisenintervention einige Tage bis 2 Wochen dauern und nicht in geschlossenen akutpsychiatrischen Stationen, sondern auf offenen Kriseninterventionsstationen erfolgen. Sofern strukturelle Gegebenheiten (zum Beispiel durch engmaschige Betreuung) dies erlauben, ist ein offenes Behandlungssetting auch bei akuter Suizidalität zu empfehlen. Idealerweise sollte bereits die Zuweisung auf freiwilliger Basis erfolgen. Zwangsmassnahmen wie Isolationen oder gar Fixierungen sind unbedingt zu vermeiden. Psychopharmakologische Behandlungen sollten sehr zurückhaltend eingesetzt, auf Polypharmazie gänzlich verzichtet werden (s. Kapitel 6). Bezüglich der Ausgangsregelung sollte versucht werden, mit dem Patienten ein Bündnis einzugehen und individuell angepasste und gemeinsam erarbeitete Ausgangsregelungen zu vereinbaren. In der Regel sind BPS-Patienten gut absprachefähig, wenn eine Vereinbarung mit ihnen gemeinsam ausgehandelt wird. Die Diskussion der Rahmenbedingungen des Aufenthalts und die Beurteilung der Suizidalität erfordern klinische Erfahrung und spezifische geschäftstherapeutische Kompetenzen.

Während der stationären Krisenintervention sollte das Therapieangebot allein auf Stabilisierung ausgerichtet sein. Neben der milieutherapeutischen, supportiv geschäftstherapeutischen und ggf. pharmakologischen Behandlung können instabile äussere Rahmenbedingungen geklärt werden (Partnerschaft, Kinderbetreuung, Wohnsituation, ambulante Behandlung). Zudem sollte mit dem Umfeld des Patienten, mit seinem Einverständnis und nach Entbindung von der Schweigepflicht, von Seiten der Behandler rasch Kontakt aufgenommen und Angehörige sowie weitere Beteiligte in der psychosozialen Versorgung bei Bedarf in die Behandlungsplanung einbezogen werden (s. Kapitel 8.2.). Im Fall wiederholter stationären Kriseninterventionen sollte mit dem Patienten und seinem ambulanten Behandler die Wirksamkeit der ambulanten Behandlung thematisiert werden. Ausserdem kann die Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Spezialbehandlung (s. Kapitel 4.4.2.) angesprochen und ggf. eine Indikationsprüfung durch eine spezialisierte Abteilung avisiert werden.

4.3.3. Praktische Aspekte der störungsspezifischen teilstationären und stationären Behandlung

Eine störungsspezifische (teil-)stationäre Behandlung (Synopsis s. Tabelle 4)¹⁰ bietet Patienten mit mangelnden Selbstregulationskompetenzen und stark negativem Selbstbild die Gelegenheit, Unterstützung und Struktur zu erfahren [130]. Während der ersten Behandlungsphase wird ein Behandlungsfokus gewählt und relevante Komorbiditäten sowie die spezifische Psychopathologie und psychosoziale Problematik werden evaluiert. Zudem wird das therapeutische Bündnis zwischen Patient und Behandlungsteam etabliert und gefestigt. Voraussetzung dafür ist eine vertrauensbildende und Sicherheit vermittelnde Haltung des Teams, um frühe Behandlungsabbrüche zu verhindern [157, 158]. Das Behandlungsende sollte von Anfang an festgelegt und beibehalten werden. Behandlungen

¹⁰ Abweichende Empfehlungen zum Jugendalter s. Kapitel 8

mit offenem Ende und Verlängerungen sind nicht zu empfehlen. In der Regel findet auf störungsspezifischen Abteilungen ein Grossteil der Therapien in Gruppen statt. Das hat ökonomische Vorteile, gleichzeitig manifestieren sich viele Probleme von BPS-Patienten auch besonders in der Gruppe, die näher an der sozialen Realität ist und in der Behandlung der BPS – als störungsspezifische Verfahren – einen hohen Stellenwert haben [153, 154]. In Krisensituationen z.B. bei anhaltenden Selbstverletzungen oder akuter Suizidalität sollten Verlegungen von Spezialstationen auf Akutstationen nach Möglichkeit vermieden werden. Stattdessen ist ein Procedere mit klaren Vereinbarungen und Modifikationen des psychotherapeutischen Settings im Sinne einer integrierten Krisenintervention zu empfehlen. Bei anhaltend mangelndem Behandlungserfolg auf einer Spezialstation sollte ihre Beendigung auch von Behandlerseite in Erwägung gezogen werden. Eine Entlassung mit allfälliger Wiederaufnahme ist dann die bessere Alternative als eine Verlegung auf eine andere Abteilung.

Die störungsspezifische (teil-)stationäre Behandlung richtet sich grundsätzlich nach den an anderen Stellen ausgeführten Behandlungsprinzipien. In der Regel folgt sie einem der evidenzbasierten störungsspezifischen Verfahren (s. Kapitel 5.2.). Es können aber auch Elemente aus verschiedenen Therapierichtungen kombiniert werden: z.B. Ausrichtung auf Mentalisierungsbasierte Therapie mit Elementen aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie [159, 160]. In jedem Fall ist die konzeptionelle Integration der verschiedenen Verfahren (sowie Rolle und Arbeitsweise jeder involvierten Berufsgruppe) durch ein therapeutisches Gesamtkonzept und eine klare Leitungsstruktur abzusichern. Intervalltherapien sind möglich, sollten jedoch nur in Einzelfällen und z.B. bei starker psychosozialer Deprivation erfolgen, um Alltagsnähe und Autonomie der Patienten nicht zu gefährden. Teilstationäre Behandlungen mit prinzipiell ähnlichem Ablauf sind besonders geeignet, die Verankerung in der Lebensrealität während der Behandlung aufrechtzuerhalten [161].

Die Wirksamkeit störungsspezifisch ausgerichteter stationärer und teilstationärer Behandlungen sind empirisch nachgewiesen [142, 162-169]. Konzeptuelle Ausarbeitungen für störungsspezifische stationäre Psychotherapien auf Basis der MBT [170, 171], DBT [147, 164], TFP [172] und ST [173] liegen vor.

Tabelle 4: Synopsis multimodale (teil-)stationäre Psychotherapie für die BPS

<ul style="list-style-type: none"> - Indikationen: ambulante Behandlung aufgrund der psychosozialen Lebenssituation oder Schwere der BPS-Symptomatik (chronische Suizidalität, chronisches selbstverletzendes Verhalten etc.) oder ausgeprägter komorbider Symptomatik (z.B. Substanzkonsum, Depression) nachweislich nicht ausreichend oder nicht etablierbar - Elektiver Eintritt nach vorherigem Indikationsgespräch: Diagnosestellung, Indikationsprüfung Behandlungsmotivation und Behandlungsziele, besondere Herausforderungen der Behandlung z.B. Gruppentherapien, Bereitschaft zur Abstinenz von psychotropen Substanzen, Behandlungsvereinbarungen z.B. Umgang mit selbstgefährdenden Verhaltensweisen - Zeitrahmen: 8-12 Wochen, Austrittsdatum klar festgelegt, in der Austrittsphase ggf. tagesstationäre Behandlung - Behandlungsvertrag und ggf. spezifische Behandlungsvereinbarungen (z.B. über Konsum psychotroper Substanzen) - Behandlung in 3 Phasen: <ul style="list-style-type: none"> o Eintrittsphase mit Fokusformulierung und Erstellen eines interdisziplinären Behandlungsplans o Hauptbehandlungsphase o Austrittsphase - Fokus der Behandlung auf Gruppenpsychotherapien - Orientierung an störungsspezifischen psychotherapeutischen Basisprinzipien (s. Kapitel 4.1) sowie an evidenzbasierten Methoden (s. Kapitel 5.2), Kombination der Verfahren ist möglich - In der Austrittsphase Schwerpunkt auf Etablierung einer stabilen psychosozialen Lebenssituation (ambulante Behandlung, Wohn- und Arbeitssituation, soziale Kontakte) - Gesamtkoordination der Module und Berufsgruppen durch eine klare Leitungsstruktur

4.4. Besondere Schwierigkeiten in der Behandlung

Empirische Studien zu den folgenden Aspekten liegen kaum vor. Die Empfehlungen erfolgen insofern weitgehend auf der Basis eines Expertenkonsensus.

Stigmatisierung von Patienten. BPS-Patienten werden im professionellen Kontext nicht selten als „manipulativ“, „spaltend“, „agierend“ oder mit anderen pejorativen Begrifflichkeiten bezeichnet [174]. Damit werden maladaptive Verhaltensmuster der Patienten, die in der Regel ein Ausdruck schwer erträglicher intrapsychischer Prozesse bzw. emotionaler Notlagen sind, unnötig als intendiert interpersonell provozierend bewertet. Darüber hinaus wird ihr tatsächliches Ausmass häufig überschätzt [175, 176]. Behandler sollten im Falle schwieriger Interaktionsmuster versuchen, kreative und responsive Beziehungsangebote zu machen („don't blame the patient“) [114]. Ein transparentes Kommunizieren von eigenen Grenzen - vor allem bereits in der Initialphase einer Behandlung - kann in diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreich sein.

Fehlabstimmungen des Therapeuten. Die erhöhte emotionale Grundspannung und ein besonders interpersonell getriggertes Hyperarousal bei BPS-Patienten sind neurobiologisch gut belegt (Übersicht bei Herpertz, 2011) [27]. Insbesondere in der Anfangsphase einer Behandlung stellen somit emotional aktivierende Themen häufig eine grosse Herausforderung für Patienten (und Behandler) dar. Der geringeren Reflektionsfähigkeit komplexer psychischer Vorgänge unter emotionaler Erregung [177] sollte mit einer Feinabstimmung auf den aktuellen mentalen Zustand begegnet werden. Der Therapeut muss hier durchweg eine aktive und achtsame Haltung einnehmen, da sonst negative Auswirkungen der Behandlung zu befürchten sind.

Es kann weiterhin schwierig sein, den fluktuierenden interpersonellen Bedürfnissen von BPS-Patienten mit einem ausreichend verbindlichen und gleichzeitig begrenzten Beziehungsangebot zu entsprechen. Beispielsweise kann eine Herausforderung darstellen, aus einem vorübergehend höheren Engagement in einer emotionalen Notlage wieder zurück in den vereinbarten Therapierahmen zu finden. Umgekehrt können ein möglicherweise subtil vorhandenes reduzierteres Engagement des Therapeuten sowie Therapieabsagen oder –verschiebungen von BPS-Patienten als starker aversiver Stimulus wahrgenommen werden. Unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie können stark mit dem Verhalten des Therapeuten zusammenhängen [178-180].

Die Regulierung von Nähe und Distanz in der therapeutischen Beziehung sollte deshalb von Beginn an Gegenstand der eigenen Reflektion und der transparenten Besprechung mit dem Patienten sein. Realistische Rückmeldungen zum tatsächlichen (befristeten, professionellen) Beziehungsangebot sollten in einem Gleichgewicht mit Rückversicherungen und ggf. persönliche Stellungnahmen zum eigenen emotionalen Commitment zum Patienten stehen. Um Risiken vorzubeugen, ist es unabdingbar für Therapeuten, die Patienten mit BPS behandeln, regelmässig Supervision oder Intervention in Anspruch zu nehmen und/oder in einem Teamsetting sich abzeichnende Schwierigkeiten direkt anzusprechen und zu reflektieren.

Mangelnde Therapieresponse und Behandlungsabbrüche. In der Therapie von Patienten mit einer BPS werden manchmal nur langsam Fortschritte erzielt. Oft existieren grosse Veränderungsängste mit starken Vermeidungstendenzen. Auch eine vorübergehende Verschlechterung wird in der Behandlung von BPS-Patienten regelmässig beobachtet [181, 182]. Solche Negativentwicklungen sind nicht immer einfach zu erkennen, auch weil Therapeuten eine Verzerrung hin zur stärkeren Wahrnehmung positiver Veränderungen haben. Es kann insofern schwierig zu beurteilen sein, ob eine Therapie im Längsschnitt wirksam ist. Wesentlich dafür sind u.a. konkret überprüfbare Therapieziele, die regelmässig, z.B. alle 3 bis 6 Monate, gemeinsam evaluiert werden. Darüber hinaus stellt ein Outcome-Monitoring eine zusätzliche Möglichkeit dar, die Wirksamkeit einer Therapie zu überprüfen [82]. Ein solches System verbessert nachweisbar die Qualität eines psychotherapeutischen Angebots und kann helfen, Negativentwicklungen vorzubeugen [183].

Impulse zum Abbruch der Therapie kommen vonseiten des Patienten und ggf. auch vonseiten des Therapeuten in der Behandlung von BPS-Patienten regelmässig vor. In etwa einem Drittel der Behandlungen kommt es tatsächlich zum Therapieabbruch [184]. Das potentielle Risiko eines Abbruchs sollte bereits in der Initialphase der Behandlung besprochen werden. Es können auch präventive Massnahmen vereinbart werden. In der Standard-DBT weist der Therapeut z.B. darauf hin, dass ein Therapieabbruch erst nach vier konsekutiv versäumten Therapiestunden möglich ist [185]. Für die stationäre Therapie bietet es sich an, zu Beginn der Behandlung zu vereinbaren, dass ein Abbruch erst nach einer gewissen Latenz als endgültig erklärt wird. Bei unmittelbar drohendem Therapieabbruch können Patienten häufig dafür gewonnen werden, die Entscheidung bis zu einem

definierten Zeitpunkt (z.B. Ende der Sitzung) aufzuschieben. Es ist für Therapeuten empfehlenswert, darauf vorbereitet zu sein, dass Patienten die Therapie u.U. recht überraschend abbrechen wollen und etwa in Form von Rollenspielen solche Situationen zu üben.

Maligne Regression. Einzelne Patienten entgleisen während der stationären Behandlung schwer und anhaltend, ein Phänomen das in der psychodynamischen Literatur, u.a. von Balint auch als „maligne Regression“ bezeichnet wurde [186]. Bei der malignen Regression kommt es aufgrund der Verknennung einer tiefer liegenden interpersonellen Problematik eines Patienten – u.U. im Anschluss an eine anfängliche symptomatische Stabilisierung – zu einer andauernden und eskalativen Verschlechterung. Typisch ist die Zunahme schwerwiegender Selbstverletzungen oder suizidaler Handlungen. Standardisierte Interventionsstrategien wirken dann häufig kontraproduktiv. Es kann sich – auch durch entsprechende Gegenübertragungsreaktionen – eine fortlaufende negative und dilemmatische Interaktionsspirale ergeben, bei der schliesslich sogar Zwangsmassnahmen unabwendbar scheinen. Insgesamt ist diese Situation für Patienten und Personal stark und häufig auch nachhaltig belastend. Neben der störungsspezifischen Behandlung durch speziell ausgebildetes Personal dient auch die Empfehlung zu sehr kurzen Hospitalisationen mit einem auf unmittelbare Stabilisierung ausgerichteten Therapiefokus der Prävention dieser Entwicklung. Im Falle einer malignen Regression sollte möglichst ein flexibel angepasstes modifiziertes Behandlungsangebot fortgesetzt werden. „Pädagogische“ Behandlungspläne (z.B. sogenannte Stufenpläne) sind ebenso wie eine Intensivierung der Psychotherapie kontraindiziert. Falls Suizidalität besteht und eine Entlassung nicht möglich ist, können eine temporäre 1:1-Betreuung oder häufige therapeutische Kurzkontakte zur Emotionsstabilisierung beitragen ggf. Zwangsmassnahmen verhindern. Diese sollten allerdings ebenfalls hochschwierig verordnet und aufgrund möglicher Verstärkerfunktionen gut monitorisiert werden. Sobald eine Entlassung in Bezug auf Selbst- oder Fremdgefährdung verantwortbar ist, sollte diese unmittelbar erfolgen. Bewährt hat sich auch die Fortsetzung eines ambulanten Kontaktangebots. Während der gesamten Phase einer malignen Regression ist besonders darauf zu achten, dass das involvierte Team durch die Leitung ausreichend unterstützt wird und ggf. auch die Möglichkeit einer externen Unterstützung (z.B. durch eine kurzfristig anberaumte Supervision) erhält.

4.5. Empfehlungen für die Praxis

- Die primäre Behandlungsform ist die ambulante Psychotherapie mit einer Frequenz von 1-2 Sitzungen pro Woche über 1-3 Jahre¹¹. Die frühe und transparente Besprechung der Diagnose sowie die Festlegung und regelmässige Überprüfung von Therapiezielen gelten ebenso wie die Vereinbarung eines Krisenplans als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.
- Psychoedukation wird als initialer Bestandteil jeder Behandlung empfohlen.
- Super- oder Interventionen werden als obligater Bestandteil jeder Behandlung von BPS-Patienten angesehen.
- Ambulante Behandlung:
 - Störungsspezifische Basisprinzipien bilden die Grundlage für die Anwendung spezifischer Psychotherapiemethoden
 - Der Therapieerfolg ist primär an einer Reduzierung der im Vordergrund stehenden Symptomatik sowie einer Verbesserung der psychosozialen Lebenssituation zu bemessen. Diese Bereiche werden von Therapeut und Patient gemeinsam regelmässig evaluiert.
 - Der ambulante Hauptbehandler (i.d.R. ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) bezieht andere involvierte Personen und Stellen (Angehörige, Hausarzt, Invalidenversicherung, Spitex, Gruppen- oder nonverbale Therapeuten etc.) in Absprache mit dem Patienten aktiv ein, im Bedarfsfall u.a. durch gemeinsame Gespräche.
 - Adjuvante störungsspezifische, manualisierte Gruppentherapien (DBT, MBT, ST) sind zu empfehlen und werden in einigen psychotherapeutischen Praxen und den Ambulanzen einiger

¹¹ Abweichende Empfehlungen zum Jugendalter s. Kapitel 8

- Zentrumskliniken angeboten. Der weitere Ausbau ambulanter störungsspezifischer Gruppenangebote wird versorgungspolitisch als sinnvoll erachtet.
- Für bifokale Behandlungen durch Einzel- und Gruppentherapeut oder Psychiater und Psychotherapeuten wird eine regelmässige Abstimmung beider Kollegen empfohlen
 - Stationäre Kriseninterventionen
 - erfolgen so kurz wie möglich (1 Tag bis max. 2 Wochen), in der Regel auf freiwilliger Basis und auf offenen Abteilungen mit entsprechender störungsspezifischer Expertise eines geschulten Behandlungsteams.
 - Störungsspezifische (teil)-stationäre Behandlungen
 - erfolgen elektiv auf psychotherapeutischen Abteilungen mit einem multimodalen, spezifisch auf die BPS zugeschnittenen Behandlungskonzept nach vorheriger Indikationsstellung, sofern die Komplexität der Symptomatik bzw. der psychosozialen Lebenssituation ambulant nicht behandelbar ist bzw. keine ambulante Behandlung etabliert werden kann. Sie folgen einem der evidenzbasierten störungsspezifischen Verfahren oder einer Kombination dieser Verfahren
 - Als störungsspezifische (teil)-stationäre Behandlung 2. Wahl gilt die Behandlung auf diagnostisch gemischten Psychotherapieabteilungen, sofern ein klar strukturiertes störungsspezifisches Konzept für die BPS besteht.
 - Kriseninterventionen und vorzeitige Behandlungsabbrüche werden durch das Behandlungsteam getragen und führen nach Möglichkeit nicht zur Verlegung in andere psychiatrische Abteilungen oder Institutionen
 - Mögliche negative Auswirkungen stationärer und teilstationärer Behandlungen sind vor und während der Behandlung zu evaluieren.
 - Im Falle einer malignen Regression sollte die Entlassung und Fortführung eines hochfrequenten ambulanten Settings erfolgen, sobald die Gefährdungsaspekte dies ermöglichen.

5. Welche Wirkmechanismen und Behandlungsverfahren sind empirisch belegt?

5.1. Wirksamkeit und Wirkmechanismen in der Psychotherapie der BPS

Die Psychotherapie ist das Behandlungsverfahren der Wahl für die BPS. Die Wirksamkeit störungsspezifischer Psychotherapieverfahren ist gut dokumentiert [9, 53, 187, 188], wobei die meisten Studien sich auf vier Therapien konzentrieren: die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) [189], die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) [38], die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) [190] und die Schematherapie (ST) [39]. Signifikante Effekte zeigen sich bereits nach 6 bzw. 12 Monaten [139, 141, 142, 191]. Dennoch muss angemerkt werden, dass Persönlichkeitsstörungen allgemein eine schlechtere Behandlungsresponse als andere psychische Störungen zeigen [192]. Besonders die Effekte im Hinblick auf die soziale und berufliche Integration des Patienten müssen noch besser untersucht werden [30, 47, 193]. Erste spezifische Resultate für eine verbesserte soziale und berufliche Integration der Patienten konnten für einige Verfahren gewonnen werden [194, 195]. Als Verfahren, die besonders die Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Patienten fokussieren, gelten MBT, DBT und das weiter oben beschriebenen GPM [47].

Als Wirkmechanismen gelten zentrale Komponenten einer Therapie, deren Berücksichtigung durch den Therapeuten der individuellen Behandlungsplanung und der Steigerung der Behandlungseffektivität dienen kann [196]. Als transtheoretische Wirkmechanismen in der Psychotherapie der BPS werden unter anderem eine positive therapeutische Allianz, eine verbesserte Emotionswahrnehmung, –regulation und –transformation sowie eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit diskutiert [43, 46, 157, 197].

Therapeutische Allianz und Responsiveness. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz steht in positivem Zusammenhang mit der Stärke der Symptomreduktion [198-200]. Dieser Zusammenhang ist bisher empirisch jedoch weniger gut belegt als in anderen Patientengruppen. Dies kann u.a. mit den fluktuierenden mentalen Zuständen der Patienten mit BPS zusammenhängen [46,

201]. Um dies zumindest teilweise zu kompensieren, wird eine gute Responsiveness¹² des Therapeuten vorgeschlagen [45, 203], durch die sich Therapieeffekte verbessern lassen [149, 204]. Der flexiblen individuellen und situativen Abstimmung des Therapeuten auf den Patienten scheint damit eine wichtige Rolle für die Wirksamkeit der Behandlung zuzukommen. Eine tragfähige therapeutische Allianz zeichnet sich wiederum zum Beispiel durch den konstruktiven Umgang mit sogenannten „Rupture and Repair“¹³-Episoden in der Therapie aus [45, 205]. Daneben wird die therapeutische Beziehung für das Management suizidaler Krisen verfahrensübergreifend als besonders relevant angesehen [47, 206].

Emotionswahrnehmung, -regulation und -transformation. Eine verbesserte Emotionswahrnehmung umfasst die Wahrnehmung und das Nutzen von internalen körperbezogenen Prozessen im Hier und Jetzt. Es konnte gezeigt werden, dass ihre Verbesserung bei Patienten mit BPS den Therapieerfolg in dialektisch-behavioralen Behandlungen beeinflusst [207]. Eine effektivere Emotionsregulation umfasst realitätsakkurate Situationseinschätzungen und den Einsatz effektiver Copingstrategien [208]. Insbesondere für die DBT wird angenommen, dass es sich dabei um einen zentralen Wirkfaktor der Therapie handelt [209, 210]. Empirisch wurde diese Hypothese mehrfach belegt [211, 212]. Verbesserte Copingstrategien bestimmen den Therapieerfolg nicht nur in verhaltenstherapeutischen, sondern auch in psychodynamisch-psychiatrischen Therapien der BPS. Somit kommt der Emotionsregulation eine nachgewiesene zentrale Rolle in der Wirksamkeit der Psychotherapie der BPS zu [213]. Die Emotionstransformation bezeichnet die dynamische Veränderung von Emotionen im Therapieprozess. Die Verringerung des subjektiven Erlebens von negativem Stress („Distress“) wurde in verschiedenen Therapieformen als Korrelat des Therapieerfolgs beschrieben [214]. Die Zunahme von assertiver, nicht jedoch projektiver Wut beim Patienten fördert die soziale und berufliche Integration bei Patienten mit BPS nach einem DBT Skillstraining [215].

Mentalisierungsfähigkeit. Die Fähigkeit, über Gedanken, Gefühle und Beziehungen reflexiv und differenziert nachzudenken und zu sprechen wurde mit dem Konzept der Reflexiven Funktion (RF) [216, 217] operationalisiert. Es wird angenommen, dass die Verbesserung der Mentalisierungskapazität eine zentrale Komponente der Wirksamkeit in der Psychotherapie der BPS ist [218-221]. Empirisch wurde gezeigt, dass eine Veränderung der RF in psychodynamischer Psychotherapie (TFP) und der Mentalisierungsbasierten Therapie gefunden wurde, aber nicht in anderen Verfahren, wie der DBT oder der Supportiven Therapie [160, 222-224]. Die Mentalisierungsfähigkeit kann sich bereits in relativ kurzen Therapiezeiträumen verbessern [225].

5.2. Evidenzbasierte störungsspezifische Psychotherapieverfahren

In diesem Kapitel werden die vier störungsspezifischen Psychotherapieverfahren mit der aktuell höchsten wissenschaftlichen Evidenz hinsichtlich ihrer therapeutischen Prinzipien, Behandlungsstruktur und Wirksamkeitsnachweise¹⁴ skizziert. Dies soll exemplarisch einen Einblick in die praktische Anwendung unterschiedlicher theoretischer Störungskonzepte bieten und dabei Gemeinsamkeiten und Unterschiede offenbaren. Für eine angemessene praktische Umsetzung sind Fort- bzw. Weiterbildung und Supervision in den jeweiligen Methoden unerlässlich.

Obwohl die diesen vier Behandlungsverfahren zugrundeliegenden Theoriemodelle unterschiedlich sind, weisen alle Manuale wichtige Gemeinsamkeiten auf. Gemeinsame Faktoren sind: eine relativ aktive, klärende Haltung des Therapeuten, die Betonung von Diagnostik und Therapievereinbarungen sowie ein Behandlungsfokus auf die Arbeit im Hier-und-Jetzt [42, 226]. Nach Bateman, Gunderson und Mulder [41] bestehen die Gemeinsamkeiten der Verfahren darin, dass sie Manual-gestützte, strukturierte Ansätze zu typischen Schwierigkeiten von BPS-Patienten liefern, Patienten zu selbstständigem und selbstwirksamen Handeln ermutigt werden, Therapeuten aktiv, responsiv und

¹² Als Responsiveness wird die Fähigkeit eines Therapeuten bezeichnet, sich auf die besonderen Voraussetzungen beim Patienten einzustellen 202 Caspar F, Grosse Holtforth M: Responsiveness–eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2009;38(1):61-69.

¹³ Als Rupture/Repair wird der nutzbringende Umgang mit Brüchen in der therapeutischen Beziehung bezeichnet

¹⁴ Als Wirksamkeitsnachweise werden hier nur randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) aufgeführt; die Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Jugendlichen finden sich in Kapitel 9

validierend sind und den Patienten helfen, Gefühle mit Geschehnissen oder Handlungen in Verbindung zu bringen und dass Therapeuten spezifische Super- oder Intervention in Anspruch nehmen. Diese Prinzipien überschneiden sich sehr stark mit den erwähnten Basisprinzipien (s. Kapitel 4). Beides gemeinsam kann als transtheoretischer „Common Ground“ in der Behandlung der BPS angesehen werden.

5.2.1. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

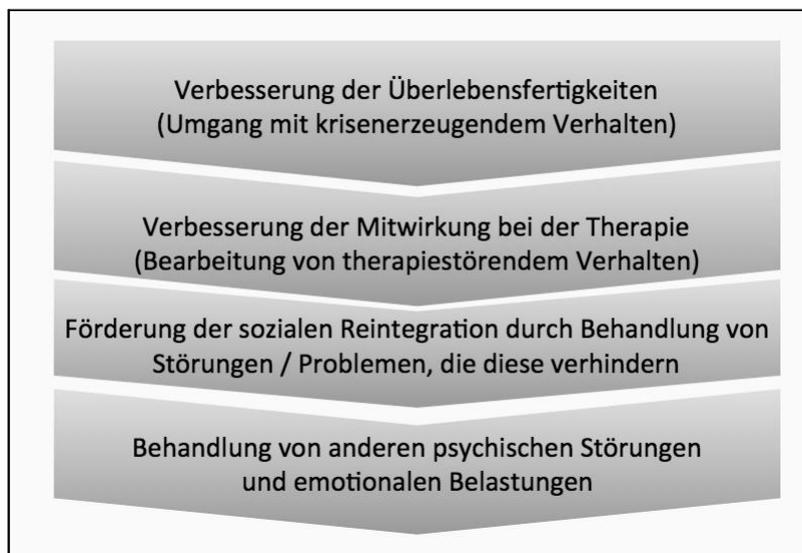
5.2.1.1. Zugrundeliegende Prinzipien

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren von Marsha M. Linehan als störungsspezifische ambulante Behandlung für chronisch suizidale Patienten mit einer BPS entwickelt [37, 227-230] und gilt zurzeit als das wissenschaftlich am intensivsten untersuchte Verfahren.

Linehan erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung der BPS mit einer biosozialen Theorie und definiert sie als tiefgreifende Störung der Emotionsregulation. Gemäss dieser Theorie interagiert die vulnerable biologische Disposition eines Individuums mit invalidierend erlebten Bedingungen in seiner unmittelbaren Umwelt. Die vulnerable Disposition beinhaltet vier Komponenten: a) eine erhöhte Grundspannung, b) eine hohe Sensitivität des Individuums gegenüber emotional relevanten Reizen, c) eine verstärkte emotionale Reaktionen auf solche Reize und d) ein verlangsamter Rückgang zu einer emotionalen Basislinie, wodurch emotionale Reaktionen relativ lange anhalten. Als Invalidierung werden eine fehlende Anerkennung von persönlichen Grenzen (im schlimmsten Fall in Form einer physischen Traumatisierung) und/oder das als nicht angemessen erlebte Eingehen des Umfelds auf die Emotionen und Bedürfnisse eines Menschen bezeichnet. In der Folge entsteht eine traumatische Invalidisierung (= eine starke, anhaltend enttäuschende Erfahrung, dass die eigenen Grenzen und Emotionen nicht für relevant erachtet werden) der betroffenen Person, die dann versucht, das Erleben und den Ausdruck von Gefühlen zu vermeiden und diverse, meist dysfunktionale Strategien lernt, um die emotionale Erregung zu regulieren. Die so gestörte Affektregulation wirkt sich ihrerseits auf die soziale Interaktion und die Identitätsbildung aus.

Zentrale Prinzipien der DBT sind eine von Akzeptanz geprägte Grundhaltung, eine dialektische, in hohem Masse durch Klarheit und Offenheit bestimmte, stets auf ausreichende Validierung bedachte Beziehungsgestaltung, in der die Balance zwischen nötiger Akzeptanz und möglicher Veränderung im Fokus steht sowie eine von klaren Algorithmen bestimmte Strukturierung der Therapie (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Strukturierung der Behandlung in der DBT¹⁵



¹⁵ © Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie (AWP), AWP Zürich 2017

5.2.1.2. Konzept und Struktur der Behandlung

Die DBT wurde ursprünglich als ambulante Therapie entwickelt und bald darauf auch für ein stationäres Setting konzeptualisiert [164]. Das therapeutische Konzept der DBT [37, 227-230] fusst in der (kognitiven) Verhaltenstherapie und integriert Elemente anderer Therapieformen, z.B. achtsamkeitsbasierte Techniken. Es kommt in ihr das Zusammenspiel von drei zentralen Aspekten zum Ausdruck: a) eine anhand ausformulierter therapeutischer Grundannahmen klar definierte akzeptanz-orientierte Haltung, b) transparente und kontingent eingehaltene klare Strukturen und Rahmenbedingungen sowie c) spezifische, u.a. dialektische Behandlungsstrategien mit einem besonderen Fokus auf der Vermittlung von Fertigkeiten. Nach dem Konzept der DBT gehören zu einer ambulanten Behandlung notwendigerweise vier zusammenwirkende Komponenten: Einzeltherapie, Skillstraining, Telefoncoaching und Supervision. Die Intensität der Behandlung richtet sich nach dem aktuellen Schweregrad der Störung und dem individuellen Bedarf. Die Einzeltherapie bildet die zentrale Basis des therapeutischen Prozesses.

Zu Beginn der Behandlung wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt und der Patient wird über die Grundlagen seiner Störung aufgeklärt. Anschliessend wird mit dem Patienten ein klares Commitment für alle notwendigen Elemente der Behandlung (Non-Suizidversprechen, übergeordnete Therapieziele, Behandlungsprinzipien und -instrumente, Therapiedauer, etc.) erarbeitet. Wenn dies hinreichend gelungen ist, folgt die eigentliche therapeutische Zusammenarbeit, im Idealfall mit allen 4 Komponenten. In der Einzeltherapie wird der Veränderungsprozess entlang der festgelegten individuellen Therapieziele aktiviert. Übergeordnet geht es darum, dysfunktionale und therapiestörende Verhaltensmuster zu überwinden, die eigenen Emotionen annehmen und modulieren zu lernen sowie sich psychosozial so gut wie möglich zu integrieren. Dies geschieht insbesondere durch genaue Verhaltensanalysen relevanter Problembereiche bzw. –situationen und die kontinuierliche Anwendung vor allem emotions- und verhaltensfokussierter Therapietechniken. Das Skillstraining stellt ein inhaltlich klar strukturiertes Trainingsprogramm dar, das den Patienten im Gruppensetting Fertigkeiten vermittelt, um auf belastende oder schmerzhaft Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen oder Handlungsimpulse adaptiv und funktional reagieren zu können. Das Telefoncoaching durch den Therapeuten ist eine Form der Krisenintervention und soll die Generalisierung und Übertragung der Skills in den Alltag in schwierigen Lebenssituationen zeitnah gewährleisten. Es steht den Patienten (mit einem klar geregelten Rahmen und Ablauf) als Angebot zwischen den Sitzungen zur Verfügung. Die regelmässige Supervision soll den Therapeuten darin unterstützen, Schwierigkeiten in der Behandlung rechtzeitig und konstruktiv anzugehen und kann ihm gleichzeitig als Burn-out-Prophylaxe dienen. Sie ist ein zentraler Behandlungsbaustein.

5.2.1.3. Wirksamkeitsnachweise für DBT

Zurzeit gibt es über 10 randomisierte kontrollierte Studien (RCT), welche die Wirksamkeit der DBT überprüft haben [53, 188]. So fanden z.B. Linehan et al. [231] im Rahmen einer einjährigen DBT Behandlung im Vergleich mit unspezifischer psychotherapeutischer Behandlung (TAU) bereits nach vier Monaten eine signifikante Überlegenheit der DBT in Bezug auf die Abnahme des parasuizidalen Verhaltens und der stationären Behandlungstage sowie der Therapieabbrüche. In Bezug auf die Depressivität hingegen wurden keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen festgestellt. In einer weiteren Studie, die Linehan et al. [209] durchführten, wurde die Behandlung von 101 Patientinnen verglichen, die suizidales Verhalten und Selbstverletzungen in der jüngeren Vergangenheit aufwiesen sowie die Kriterien einer BPS erfüllten. Die Patientinnen erhielten im ambulanten Setting entweder DBT oder eine Behandlung durch psychotherapeutische Experten. Die Resultate über zwei Jahre zeigten, dass die mit DBT behandelten Patientinnen halb so viele Suizidversuche wie die anderen Patientinnen ausführten sowie weniger Hospitalisationen und Besuche im medizinischen Notfall aufwiesen. Zudem zeigten die mit DBT behandelten Patientinnen weniger Selbstverletzungen und Therapieabbrüche. In einer einjährigen Behandlung, im Rahmen einer Studie einer unabhängigen Forschergruppe in den Niederlanden, wurde von Verheul et al. [232]

die ambulante Behandlung von 52 weiblichen Patientinnen mit DBT gegenüber unspezifischer Psychotherapie verglichen. Die Resultate deckten sich mit denen früherer Studien, indem die mit DBT behandelten, im Gegensatz zu den unspezifisch behandelten Patientinnen weniger Therapieabbrüche, eine stärkere Reduktion der Selbstverletzungen und des impulsiven selbstschädigenden Verhaltens aufwiesen. Die Studie von McMair und Mitarbeitern [140, 141] randomisierte 180 Patienten mit einer BPS in zwei Gruppen: DBT vs General Psychiatric Management (GPM) nach Gunderson und Links [130]. Für diese methodisch sehr starke Studie wurden weder nach einem Jahr Therapie, noch nach 36 Monaten Follow-up Periode Gruppendifferenzen gefunden. Beide Gruppen schnitten genau gleich gut ab.

Auch für Einzeltherapie und Skillstraining als jeweils alleinige Therapiekomponente liegt eine Studie vor, die ihre Wirksamkeit belegt [198].

Die DBT kann als gesichert wirksame Methode zur Behandlung der BPS angesehen werden [111].

5.2.2. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

5.2.2.1. Zugrundeliegende Prinzipien

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde ursprünglich als teilstationäres Setting [167] entwickelt. Sie ist inzwischen als ambulantes Setting konzeptualisiert [139] und liegt als aktuelles Manual vor (intensive Outpatient Treatment, IOT) [233]. Die MBT fokussiert auf unsichere Bindungsmuster von BPS-Patienten und diese begleitende Schwierigkeiten, vor allem im interpersonellen Kontext zu mentalisieren. Das Konzept des Mentalisierens integriert entwicklungspsychologische, psychodynamische, kognitionswissenschaftliche und neurobiologische Forschungsergebnisse und kann als schulenübergreifendes, transdiagnostisches „Brückenkonzept“ verstanden werden [171].

Mentalisieren heisst, sich auf die inneren, ‚mentalen‘ Zustände (Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Überzeugungen, etc.) von sich selbst und anderen zu beziehen, diese als dem Verhalten (intentional) zugrundeliegend zu begreifen und darüber nachdenken zu können [234]. Mit Hilfe von vier neurobiologisch abgestützten Dimensionen (s. Tabelle 5), deren flexibles Zusammenspiel gelungenes Mentalisieren auszeichnet, lässt sich Mentalisieren als dynamische Kapazität näher definieren [235, 236].

Tabelle 5: Dimensionen des Mentalisierens (modifiziert nach Bateman und Fonagy, 2012) [235]

Automatisch (implizit)	Kontrolliert (explizit)
Nach innen fokussiert	Nach aussen fokussiert
Selbst-orientiert	Andere(r) orientiert
Kognitiver Prozess	Affektiver Prozess

Sogenannte prä- oder nonmentalistische Modi (Teleologischer Modus, Äquivalenzmodus, Als-ob-Modus) gehen der Mentalisierungsfähigkeit entwicklungspsychologisch im Kleinkindalter voraus. Diese Modi stellen eine unreife Form mentaler Verarbeitungsprozesse dar und treten bei BPS-Patienten im Sinne einer das psychische Selbst schützenden Funktion regelmässig auch im Erwachsenenalter auf (Übersicht dazu u.a. bei Euler und Walter, 2018) [171].

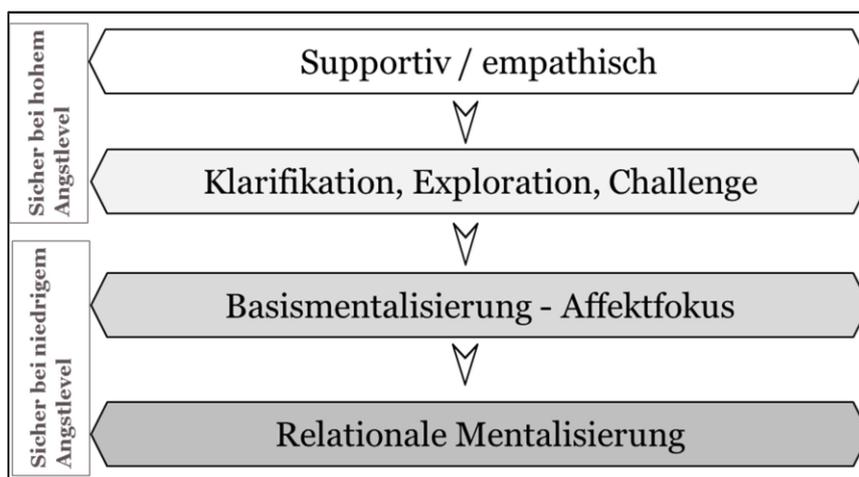
5.2.2.2. Konzept und Struktur der Behandlung

Haltung und Technik der MBT sind an der zugrundeliegenden Theorie orientiert, dass interpersonelle Situationen bei BPS-Patienten unsichere Bindungsmuster und konsekutiv mit emotionaler Erregung verbundene nonmentalistische Modi (re)aktivieren. Damit wird Mentalisieren und damit die psychotherapeutische Fokussierung mentaler Zustände verunmöglicht oder zumindest erschwert. Das primäre Ziel der MBT ist demnach, Mentalisieren in einem sicheren Bindungskontext herzustellen bzw.

aufrechtzuerhalten. Unter sorgfältiger Balance einer zu hohen oder zu niedrigen affektiven Intensität erfolgt dies durch eine nicht-wissende, kollaborative Grundhaltung des Therapeuten. Die Interventionen folgen dabei einer dynamischen Hierarchisierung, beginnend mit empathischer Validierung über Exploration und Challenge (Induktion eines Perspektivenwechsels z.B. wohlwollendes Hinterfragen) hin zum Identifizieren von Affekten im interpersonellen Kontext ausserhalb und schliesslich innerhalb der therapeutischen Beziehung. Die Vertrauensbildung zum Therapeuten gilt vor allem in der Initialphase der Behandlung als oberstes Prinzip, um die entwicklungspsychologisch beeinträchtigte Fähigkeit, sich durch soziales Lernen aus Beziehungen heraus, positiv entwickeln zu können („epistemic trust“-Paradigma) [114] als Grundlage für die weitere Therapie (wieder) auszubilden.

Suizidalität und selbstverletzendes oder –schädigendes sowie ggf. fremdaggressives Verhalten werden in der MBT als Mentalisierungsversagen verstanden, welches die Folge eines (drohenden) Verlustes der Selbstkohärenz ist. Das Ziel der psychotherapeutischen Bearbeitung besteht in einer schrittweisen Untersuchung des mentalen Geschehens im Sinne einer funktionellen Analyse vor und um ein betreffendes Ereignis. Dieses wird im Kontext der therapeutischen Beziehung „mentalisiert“, um – auch unter Berücksichtigung des affektiven und interpersonellen Geschehens im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung mit einer starken Aktivierung des Bindungssystems – schliesslich eine Veränderung innerpsychischer Repräsentanzen zu induzieren.

Abbildung 2: Interventionshierarchie in der MBT [171, 237]



Jede einzelne Sitzung folgt ebenfalls einer dynamischen Hierarchisierung, bei der ein (in der Regel interpersonelles) Ereignis fokussiert wird. Durch kontraintuitive Interventionen und Gegenbewegungen auf den vier Dimensionen des Mentalisierens (s. Tabelle 5) stellt der Therapeut sicher, dass Therapeut und Patient(en) gemeinsam flexibel und dynamisch mentalisieren.

Gruppentherapie (MBT-G) ist zentraler Bestandteil der MBT und in ihrer Konzeptualisierung von Anfang gleichwertig zur Einzeltherapie [154, 156]. Der interpersonelle Prozess des Austauschs über mentale Zustände in einem sicheren Bindungskontext steht im Vordergrund. Ziel der Gruppe ist explizit nicht das Generieren von Einsicht oder das gegenseitige Erteilen von Ratschlägen.

Die Einleitung der Therapie erfolgt über mehrere Gespräche mit Diagnosestellung und -besprechung, Fallformulierung bzw. Behandlungsplan, Erarbeitung eines Krisenplans und einer Therapievereinbarung. Anschliessend findet im Standardverfahren des IOT über 8-12 Wochen eine strukturierte Psychoedukation im Gruppensetting (MBT-I) statt, bevor die 18-monatige ambulante Behandlung mit einer Einzel- und einer Gruppensitzung pro Woche beginnt. Modifikationen dieses Ablaufs sind möglich [171].

5.2.2.3. Wirksamkeitsnachweise für MBT

Zur Wirksamkeit von MBT liegen drei RCTs vor [53, 188]. Die erste Studie verglich MBT in einer Tagesklinik mit dem ansonsten üblichen Behandlungsangebot (treatment as usual, TAU, N=44) [142, 167]. In der zweiten Studie wurde das ambulante MBT-Setting im Vergleich zu strukturiertem klinischem Management (SCM, N=134) untersucht [139]. Für beide Studien wurden über 8 Jahre Follow-up-Untersuchungen durchgeführt. Eine dritte RCT wurde von einer unabhängigen dänischen Forschergruppe im Vergleich zu supportiver Therapie durchgeführt (N=85) [238]. Die primären Zielkriterien waren in allen Studien die Reduktion von Suizidalität, Selbstverletzungen und Rehospitalisierung. MBT war sowohl darin als auch in Bezug auf weitere psychiatrische Symptome wie Angst, Depressivität und genereller Symptombelastung überlegen. In den Follow-up-Untersuchungen zeigte sich, dass die Überlegenheit der MBT-Gruppe auch hinsichtlich dem globalen Funktionsniveau und dem Arbeits- bzw. Ausbildungsstatus viele Jahre lang anhielt. Sekundäranalysen der ambulanten Behandlungsstudie konnten zeigen, dass die MBT für BPS-Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und schwererer Symptombelastung besonders überlegen war [239, 240].

Die MBT kann als wirksame Methode zur Behandlung der BPS angesehen werden [111].

5.2.3. Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)

5.2.3.1. Zugrundeliegende Prinzipien

Die TFP [35, 241, 242] basiert auf dem diagnostischen Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) und geht von der Annahme aus, dass Borderline-Erkrankungen auf die Störung der inneren Objektbeziehungen zurückgehen [36, 243]. Die in der psychischen Innenwelt des Patienten aufgespaltenen und polarisierten positiven und überdominanten negativen Selbst- und Objektrepräsentanzen werden nicht zu einer differenzierten Ganzheit der Person integriert. Die fehlende Kohärenz im Selbstbild und Bild bedeutsamer anderer wird in der TFP mit dem zentralen Begriff der Identitätsdiffusion bezeichnet. In ihr gründet der für die BPS typische rasche Wechsel in der emotionalen Einstellung gegenüber sich selbst und anderen sowie die korrespondierenden unreifen Abwehrmechanismen (Projektion, Idealisierung und Entwertung, projektive Identifizierung, Verleugnung u.a.). Beides führt in der Folge zu nachteiligen interaktionellen Schwierigkeiten im Sozialverhalten und zu chronischen Konflikten bzw. Abbrüchen in Intimbeziehungen, Beruf, Arbeit und Freizeit.

5.2.3.2. Konzept und Struktur der Behandlung

Das Therapieziel der TFP liegt darin, die persönlichkeitsstrukturellen Probleme, allen voran die Identitätsdiffusion zu verändern. Sie liegt den dysfunktionalen Verhaltensmustern, den extremen affektiven Reaktionen sowie den kognitiven Wahrnehmungs- und Denkverzerrungen zugrunde. Die Veränderung erfolgt durch die Auflösung fixierter internalisierter Objektbeziehungen. In der Psychotherapie wird dazu an der Integration abgespaltener Selbst- und Objektanteile gearbeitet, um ein differenziertes Bild des Selbst und des Anderen zu erlangen.

Ansatzpunkt der Therapie bildet dabei die im „Hier und Jetzt“ der therapeutischen Dyade sich entwickelnde Übertragungsbeziehung. Das Rational der TFP besteht in der Annahme, dass sich die auf vergangenen Beziehungserfahrungen basierenden, dissoziierten oder projizierten internalisierten Objektbeziehungen in der therapeutischen Beziehung aktualisieren. Diese inneren Repräsentanzen werden in der Arbeit an der therapeutischen Beziehung bewusst gemacht und zu einem differenzierten Identitätsempfinden integriert.

Von den übergreifenden langfristigen Strategien, an welchen sich der Therapeut in jeder Sitzung orientiert (s. Tab. 6) werden Taktiken und Techniken unterschieden (s. Abb. 3).

Tabelle 6: Strategische Prinzipien der TFP (modifiziert nach Clarkin, Yeomans und Kernberg, 2008) [35]

Strategisches Prinzip 1	Definition der dominanten Objektbeziehung 1. Erleben und Tolerieren der Verwirrung
-------------------------	---

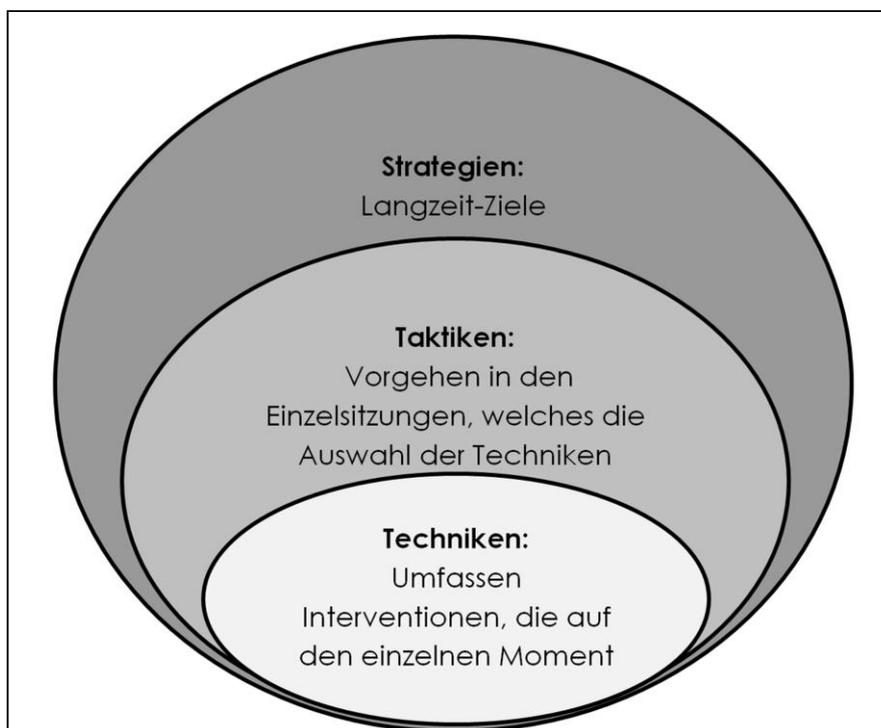
	2. Erkennen der dominanten Objektbeziehung 3. Benennen der Akteure 4. Beachten der Reaktion des Patienten
Strategisches Prinzip 2	Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten
Strategisches Prinzip 3	Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden
Strategisches Prinzip 4	Integrieren der abgespaltenen Teil-Objekte

Zu den Taktiken gehören die Therapievereinbarungen und die Klärung der Verantwortlichkeiten, die einen verbindlichen Therapierahmen für die Entfaltung der Dynamik der inneren Welt des Patienten und für den Schutz der Reflexionsfähigkeit des Therapeuten zur Verfügung stellen. Ihn gilt es gegen alle Formen der Gefährdung prioritär zu schützen (suizidale und selbstdestruktive Verhaltensweisen, Lügen, Drogenkonsum, Bedrohungen des Therapeuten etc.).

Die für die Arbeit an den Objektbeziehungsdyaden verwendeten Techniken umfassen die Klärung, Konfrontation, Deutung sowie die Analyse der Übertragung, die Handhabung der technischen Neutralität des Therapeuten und die bewusste Arbeit mit der Gegenübertragung. Entsprechend hat auch in diesem Verfahren die Supervision einen hohen Stellenwert. Gedeutet werden zunächst Agieren und unreife Abwehrmechanismen, zum zweiten die aktuell erlebten Objektbeziehungsdyaden und drittens die damit abgewehrte, zugrundeliegende Dyade mit dem Versuch einer Ergründung für deren Abwehr (Abb. 3).

Die TFP wurde im ambulanten Einzelsetting entwickelt und in Form von zwei Sitzungen pro Woche über ca. 2 Jahre konzipiert. Inzwischen haben sich TFP-basierte stationäre Behandlungsformen [163, 166, 244], u.a. auch in forensischen Kontexten [245] etabliert.

Abbildung 3: Verhältnis von Strategien, Taktiken und Techniken in der TFP (nach Clarkin et al., 2008) [35]



5.2.3.3. Wirksamkeitsnachweise für TFP

Zur Wirksamkeit der TFP liegt derzeit eine RCT (im Vergleich mit einer nicht-störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung) [191] und eine viel beachtete Multi-Wave Studie vor [246]. Darüber hinaus liegt eine Studie vor, in der ein psychodynamischer Ansatz als Vergleich der

Schematherapie gedient hat, unklar ist jedoch, ob die TFP hierbei lege artis durchgeführt wurde [150]. Die Studie von Giesen-Bloo zeigte über einen dreijährigen Behandlungszeitraum eine bessere Wirksamkeit der ST hinsichtlich der Borderline-spezifischen Symptomreduktion, der Lebensqualität sowie einzelner Persönlichkeitsvariablen wie etwa der Identitätsdiffusion. Die Effekte zwischen den Verfahren bezüglich der allgemeinen Psychopathologie sind nicht signifikant. An dieser Studie wurden verschiedene methodische Aspekte kritisiert [247].

Clarkin et al. [246] zeigten in ihrer Studie – bei einer allerdings nur geringen statistischen Power, so dass die Studie auch nicht in die Metaanalyse von Stoffers et al. [188] Eingang gefunden hat –, dass neben der Reduktion von Suizidalität (die vergleichbar ist mit der DBT) bei der TFP insbesondere Verbesserungen der Impulskontrolle und die Reduktion von Aggressivität erreicht wurden.

Die Studie von Doering et al. [191] zeigte Überlegenheit für die TFP in den Bereichen Suizidalität, Borderline-Symptomatik, psychosozialer Funktionsfähigkeit, Persönlichkeitsorganisation sowie in der Häufigkeit stationärer Behandlungen.

Die TFP kann als wahrscheinlich wirksame Methode zur Behandlung der BPS angesehen werden [111].

5.2.4. Schematherapie (ST)

5.2.4.1. Zugrundeliegende Prinzipien

Die Schematherapie (ST) [39, 248] wurde aus der kognitiven Therapie heraus entwickelt und zeichnet sich neben den kognitiven Elementen durch ihre Erlebnis- und Bedürfnisorientierung aus. Die ST wurde im ambulanten Setting zunächst für die ambulante Einzeltherapie konzipiert, später erfolgreich auf Gruppen- und stationäres Setting übertragen [173, 249, 250]. Manuale für die Behandlung im Einzel- und im Gruppensetting liegen vor [155, 251]. In der ST werden in Anlehnung an den von A. T. Beck et al. [252] geprägten Begriff der Schemata als stabile kognitive Struktur so genannte maladaptive Schemata konzeptualisiert. Darunter werden aufgrund von belastenden Erfahrungen in der Kindheit und Jugend gespürte Erregungsbereitschaften (traits) des Gehirns verstanden, deren Auslösung mit einem festgesetzten Muster auftretender Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen verbunden ist. Als belastende Erfahrungen gelten dabei schwere Frustrationen zentraler psychischer Bedürfnisse in der Kindheit wie beispielsweise Sicherheit, Liebe, Wärme, Aufmerksamkeit, Akzeptanz oder Autonomie. Schemata haben einen starken Einfluss darauf, wie die Person sich selbst sieht, ihre Beziehung zu anderen Menschen und die Welt als Ganzes einschätzt. Wenn ein Schema aktiviert wird, so geht dies mit schmerzhaften Emotionen einher. Für den Umgang mit diesen unangenehmen Emotionen entwickelt das Kind früh bestimmte Bewältigungsstrategien wie Vermeidung, Überkompensation oder Unterwerfung. Unter anderem aufgrund der hohen Komplexität des ursprünglichen Modells erweiterte Young später die Schematheorie um den Modus-Ansatz. Ein Modus ist definiert als eine Kombination von in einem bestimmten Moment aktivierten Schemata und Bewältigungsstrategien und beschreibt den aktuellen emotionalen Zustand. Modi können sehr schnell wechseln, wohingegen Schemata sehr rigide und überdauernd sind. Die ST beschreibt konkret fünf zentrale Modi, die bei der BPS häufig aktualisiert werden und sich zumeist im raschen Wechsel ablösen. Sie bilden den Kernansatzpunkt der psychotherapeutischen Arbeit:

1. Der Modus des verlassenem und missbrauchtem Kindes, in welchem der Patient intensive unangenehme Emotionen wie beispielsweise Traurigkeit, Einsamkeit oder Angst, verlassen oder verletzt zu werden erlebt und sich fragil und verzweifelt zeigt
2. Der Modus des ärgerlichen und impulsiven Kindes, ein aufgrund erlebter Frustration aktivierter Modus, in dem der Patient wütend, trotzig auftritt oder impulsives Verhalten zeigt.
3. der strafende Eltern-Modus, der durch starke Abwertung, Scham und Selbsthass gekennzeichnet ist. Es wird angenommen, dass es sich hierbei um internalisierten Annahmen über das Selbst handelt, die der Patient aufgrund von Botschaften und Verhalten von wichtigen Bezugspersonen, erworben hat.
4. der distanzierte Selbstschutzmodus, der im Sinn einer „Überlebensstrategie“ Emotionen abschwächt und andere Menschen auf Abstand hält.,

5. der gesunde Erwachsenen-Modus, der bei BPS-Patienten zumeist nur sehr schwach ausgeprägt ist oder gänzlich fehlen kann, der aber eine günstig modulierende Funktion übernehmen kann, also beispielsweise den im Modus des missbrauchten Kindes stehenden Patienten zu beschützen.

5.2.4.2. Konzept und Struktur der Behandlung

Das Behandlungsrationale der ST liegt darin, dem Patienten zu helfen, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen und zu erfüllen und maladaptive Schemata zu verändern. Damit einhergehend gibt es für jeden Modus spezifische Behandlungsziele: Kindliche Modi sollen versorgt und getröstet werden, Elternmodi werden bekämpft und reduziert, Bewältigungsmodi werden validiert, hinterfragt und anschliessend durch gesündere, flexiblere Strategien ersetzt. Gesunde Modi werden gestärkt, sodass der Patient selbst diese Aufgaben übernehmen kann. Zu Beginn der Therapie wird mit jedem Patienten ein individuelles Fallkonzept mithilfe des Modusmodells erarbeitet, das Symptome und interpersonelle Probleme des Patienten in Zusammenhang mit dem biografischen Hintergrund erklärt. Anschließend werden alle auftretenden Probleme, Symptome oder das Verhalten des Patienten in dieses Fallkonzept eingeordnet. Das bedeutet, dass für das jeweilige Problem analysiert wird, welche Modi beteiligt sind und dann entsprechend der o.g. Ziele interveniert wird. Neben kognitiven und behaviouralen Techniken stehen insbesondere erlebnisbasierte Techniken wie Imaginationen („Imagery Rescripting“) und Stuhldialoge zwischen verschiedenen Modi im Vordergrund. Beim Imagery Rescripting wird eine traumatisierende Situation aus der Kindheit in der Imagination erlebt und so verändert, dass die frustrierten Bedürfnisse des Kindes erfüllt werden. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit ‚Limited Reparenting‘ (begrenzter Nachbeelterung) spielt zudem eine besondere Rolle. Hierbei verhält sich der Therapeut – im begrenzten Rahmen der professionellen Therapiebeziehung – dem Patienten gegenüber, wie ein guter Elternteil. Er bildet dadurch ein Antidot zu den traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit und ermöglicht korrigierende Erfahrungen in Bezug auf Emotionen, Bedürfnisse und Beziehungen. Die Therapie teilt sich in drei Phasen auf: in eine erste Phase der Etablierung einer therapeutischen Beziehung, der Ausarbeitung des Fallkonzepts und der Affektregulation, in eine zweite Phase der Veränderung und Reorganisation der innerpsychischen Schema-Modi und schliesslich in eine dritte Phase der Autonomie-Entwicklung. Die Behandlungsdosis und –dauer reicht in den Studien von 30 wöchentlichen Gruppensitzungen über 8 Monate [253] bis zweimal wöchentlichen Einzelsitzungen über drei Jahre [150].

5.2.4.3. Wirksamkeitsnachweise für ST

Die Wirksamkeit der ST wurde in einer RCT nachgewiesen. Wie oben berichtet (5.2.3.3.), erwies sich die ST gegenüber einer TFP-orientierten psychodynamischen Behandlung in der Studie von Giesen-Bloo et al. [150] wirksamer hinsichtlich einer Verbesserung des allgemeinen Schweregrades der BPS und zeigte eine geringere Abbruchquote, während sich bezüglich der allgemeinen Psychopathologie keine Unterschiede zeigten. Andererseits scheint die ST zusätzlich Vorteile hinsichtlich der Gesundheitskosten aufzuweisen [254]. In einer sehr kleinen RCT (n=28) wurde zudem die Wirksamkeit eines modifizierten Formats (Gruppentherapie vs. unspezifische Kontrollgruppe) nachgewiesen [253].

Die ST kann als möglicherweise wirksame Methode zur Behandlung der BPS angesehen werden [111].

5.3. Weitere evidenzbasierte und klinisch relevante Verfahren

Weitere klinische Verfahren, welche empirische Effizienz in der Behandlung der BPS demonstrieren haben und prinzipiell empfehlenswert sind [53, 188], sind unter anderem Good Psychiatric Management, (GPM; s. Kapitel 5.1) [55], STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) [255], die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie [256] und interpersonelle Psychotherapien [257], die strukturbezogene Psychotherapie [258], die Cognitive-Analytic Therapy (CAT) [259], die Klärungsorientierte Psychotherapie [260], die Emotionsfokussierte Therapie [261], die

Gruppentherapie nach dem Konzept der Achtsamkeit-Commitment-Therapie (ACT) [262] sowie weitere spezifisch ausgestaltete psychodynamische [263, 264] und kognitive-behaviorale Psychotherapien [265-267]. Weiter wurden integrative Ansätze ausformuliert und spezifisch für die BPS angewandt und getestet, z.B. die Motivorientierte Therapeutische Beziehungsgestaltung [149, 268], modulare [269, 270] und kombinierte (z.B. MBT und DBT) [160] Ansätze der Psychotherapie.

5.4. Empfehlungen für die Praxis

- Besonderes Augenmerk ist auf die Etablierung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu legen. Zentral ist dabei eine flexible, am situativen Geschehen orientierte Abstimmung des Therapeuten („Responsiveness“) auf den individuellen Patienten und ein konstruktiver Umgang mit kritischen interpersonellen Situationen. Ausserdem ist es ratsam, Emotionsverarbeitungs- und Mentalisierungsprozesse als potentielle Wirkmechanismen in der Behandlung zu kennen und zu berücksichtigen
- Im Falle einer regelmässigen Behandlung von BPS-Patienten sind gemäss den persönlichen Präferenzen des Therapeuten Aus-, Fort- oder Weiterbildung(en) in störungsspezifischen empirisch belegten Verfahren empfehlenswert.
- Die gemeinsamen Aspekte der evidenzbasierten Verfahren sind als Grundlage jeder Psychotherapie zu berücksichtigen:
 - klare Strukturierung und konzeptionelle Einbettung der Behandlung
 - an den zentralen Schwierigkeiten des Patienten orientierte und gemeinsam vereinbarte Therapieziele
 - eine aktive therapeutische Grundhaltung
 - die Förderung von Aktivität und Selbstwirksamkeit des Patienten
 - regelmässige Supervision des Therapeuten.

6. Welche Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung gibt es?

Offiziell wurde bisher keine medikamentöse Behandlung durch Swissmedic¹⁶ für die Behandlung der BPS zugelassen. Die Verordnungspraxis steht dazu in eklatantem Widerspruch. Der Grossteil der BPS-Patienten wird psychopharmakologisch mit Festmedikationen behandelt, davon etwa ein Fünftel mit bis zu vier und mehr Präparaten [55, 271]. Im Langzeitverlauf nahmen nach 16 Jahren immer noch 71% von ursprünglich 84% der BPS-Patienten mindestens ein Psychopharmakon regelmässig ein [272]. Zudem nimmt ein Drittel der Patienten regelmässig Reservemedikamente [273]. Die Empfehlungen der bestehenden Leitlinien sind uneinheitlich mit extremen Ausprägungen von gar keiner Medikation für die NICE Guidelines und empfohlenen Präparaten für jede einzelne Symptomdomäne der BPS für die APA-Guidelines [48, 274]

Unsere Empfehlungen stützen sich auf die bestehenden Leitlinien sowie eine eigene systematische Literaturrecherche inklusive der vorhandenen RCTs und verfolgen einen Ansatz zwischen der strengen Auslegung der Evidenzlage einerseits und der beobachteten Praxis andererseits. Die Behandlung erfolgt generell symptomspezifisch, da kein Medikament für die allgemeine Symptomatik der BPS wirksam ist. Eine Übersicht über einzelne Präparate und die dazugehörigen Studien gibt Tabelle 7 im Anhang.

6.1. Antidepressiva

Antidepressiva wirken auf Depressivität, Ängstlichkeit und Ärger/Wut. Trotz Vorliegens von mehreren RCT beantwortet die derzeitige Studienlage die Frage, ob sie einen spezifischen Effekt auf diese genuinen Symptome der BPS haben, nicht ausreichend sicher.

Treten die genannten Symptome im Rahmen der BPS auf, sollten keine Antidepressiva eingesetzt werden, da ihre Wirksamkeit fraglich ist [275]. Besteht eine valide diagnostizierte Depression

¹⁶Swissmedic ist die schweizerische Zulassungs- und Kontrollbehörde für Heilmittel

(mindestens mittelgradiger Ausprägung unter Beachtung des erforderlichen Zeitkriteriums) oder Angststörung, sollte diese pharmakologisch entsprechend der jeweiligen Leitlinien¹⁷ behandelt werden (s. Kapitel 7.2).

6.2. Neuroleptika

Atypische Neuroleptika wie Olanzapin, Aripiprazol und Quetiapin können zur symptomatischen Behandlung von Aggressivität und Ärger/Wut sowie Irritabilität und kognitiv-perzeptiven („psychotischen“) Symptomen eingesetzt werden [276-278]. Die Evidenz dafür bleibt trotz mehrerer RCT weiterhin schwach [271, 279].

Bei Neuroleptika ist eine besonders sorgfältige Abwägung zwischen Wirksamkeit und Nebenwirkungen erforderlich. So ist Olanzapin bei einigen Patienten aufgrund der potentiellen Gewichtszunahme bzw. des hohen Risikos eines metabolischen Syndroms bei BPS-Patienten kontraindiziert [280].

Dosierungen sind generell niedrig zu wählen [271, 279, 281]. Tagesdosen von 2,5 - 5mg Olanzapin, 50 – 100mg Quetiapin oder Quetiapin retard und 5mg Aripiprazol sind aus klinischer Sicht häufig ausreichend.

6.3. Mood-Stabilizer

Mood-Stabilizer werden zur Behandlung von Ärger/Wut, Aggressivität und Impulsivität empfohlen [276-278] mit einer Empfehlung für Lamotrigin und Topiramal in der Aktualisierung bei Ingenhoven [279], andere Autoren wie Stoffers & Lieb [271] sowie Herpertz (persönliche Mitteilung) empfehlen ein diesbezüglich zurückhaltendes Vorgehen und betonen, dass die Gefahr eines zu breiten Einsatzes bestehen könnte, ohne dass ein Nutzen eindeutig nachgewiesen ist. Valproinsäure ist wegen des hohen teratogenen Risikos bei Frauen kontraindiziert. Eine Gabe von Lithium zur Behandlung der Suizidalität und Selbstverletzungen muss wegen der geringen therapeutischen Breite individuell abgewogen werden.

6.4. Weitere Substanzen

Omega-3-Fettsäuren können gegen depressive Symptome [276] sowie zur Augmentierung von Moodstabilizer [271] eingesetzt werden. Weitere Substanzklassen wie Oxytocin als Nasenspray wurden in experimentellen Studien getestet; es fehlen jedoch ausreichend robuste Wirksamkeitsnachweise. Benzodiazepine sind – obwohl in der Praxis häufig eingesetzt – für die BPS im Sinne einer relativen Kontraindikation generell nicht zu empfehlen, da sie neben dem Abhängigkeitspotenzial die Impulskontrolle negativ beeinflussen [55, 281, 282].

6.5. Pharmakotherapie und Psychotherapie

Pharmakotherapie wurde vereinzelt als Ergänzung zur Psychotherapie untersucht [283-285]. Die Evidenz für einen zusätzlichen vorteilhaften Effekt ist zu schwach für eine eindeutige Aussage. Es kann von einer dynamischen Interaktion beider Ansätze ausgegangen werden, die in der therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen ist [286].

6.6. Polypharmazie

Eine ungeeignete bzw. potentiell schädliche Polypharmazie ergibt sich aus klinischer Sicht im Wesentlichen aus vier Gründen: Komorbiditäten werden niederschwellig diagnostiziert und medikamentös behandelt; ein während einer akuten Krise eingesetztes Medikament wird nach Stabilisierung nicht abgesetzt; aufgrund des Fehlens eines zugelassenen bzw. wirksamen Medikaments für die Gesamtsymptomatik der BPS wird für jedes der Symptome ein eigenes

¹⁷<http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/>

Medikament eingesetzt; die mit der Medikation verbundene Beziehungsdynamik (hoher Handlungsdruck bei starkem Leidensdruck, Erfüllen des Wunsches, etwas „in die Hand zu bekommen“) wird nicht ausreichend berücksichtigt. Zu Beginn jeder Behandlung sollten eine ggf. vorhandene Polypharmazie in Bezug auf diese Aspekte kritisch evaluiert und geeignete Gegenmassnahmen vereinbart werden.

Empfehlungen für die Praxis

6.7. Empfehlungen für die Praxis

- Psychopharmakotherapie sollte primär auf krisenhafte Situationen beschränkt werden, in denen eine störungsspezifische Psychotherapie (noch) nicht oder nur eingeschränkt verfügbar ist.
- Bei bestehender Psychotherapie kann eine pharmakologische Behandlung als Teil eines Gesamtbehandlungsplans in einzelnen Fällen hilfreich sein, obwohl ihr Nutzen bisher nicht belegt werden konnte. Eine Pharmakotherapie ist regelmässig strukturiert zu evaluieren. Das betrifft auch die systematische Besprechung der Einnahme von verordneter Reservemedikation.
- Bei der Besprechung einer Pharmakotherapie werden die störungsspezifischen Basisprinzipien (s. Kapitel 4.1) berücksichtigt. Funktion und Rolle der Medikation sollten innerhalb der therapeutischen Beziehung reflektiert werden.
- Im Bedarfsfall folgt eine Pharmakotherapie einer symptomfokussierten Hierarchisierung, d.h. das Symptom mit dem stärksten Leidensdruck und der besten Aussicht auf Linderung wird mit dem Präparat mit der geringsten Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Wirkungen behandelt.
- Für Ärger/Wut, Aggressivität und Impulsivität werden am ehesten Lamotrigin und Topiramamat, für Irritabilität und kognitiv-perzeptive Symptome Quetiapin und Aripiprazol eingesetzt.
- Die Behandlung beginnt mit der niedrigst möglichen therapeutischen Dosierung. Dosierungen sind generell im niedrigen Bereich zu halten.
- Behandlungen sollten für die kürzest mögliche Zeitspanne verordnet werden.
- Bei Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen sollte das Medikament aufgrund der im Gegenzug schwachen Wirksamkeitsnachweise kontrolliert abgesetzt werden.
- Auf den Einsatz von Benzodiazepinen sollte vollkommen verzichtet werden.
- Eine gezielte Behandlung von Komorbiditäten mit der geeigneten Medikation sollte systematisch und sorgfältig evaluiert werden.
- Polypharmazie ist zu vermeiden. Sofern Patienten bereits mit mehreren Medikamenten behandelt werden, sollte sowohl in der ambulanten, als auch in der (teil-)stationären Behandlung jedes einzelne Medikament sorgfältig hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen überprüft und in Absprache mit dem Patienten und dem verordnenden Arzt (z.B. Hausarzt) ggf. nach und nach versuchsweise ausgeschlichen werden

7. **Wie werden psychiatrische Komorbiditäten behandelt?**

Die Abgrenzung der BPS von möglichen Differentialdiagnosen ist zentral (s. Kapitel 3.3). Bei mehr als der Hälfte aller BPS-Patienten werden neben einer Persönlichkeitsstörung allerdings auch eine oder mehrere weitere psychische Störungen diagnostiziert [287]. Auch wenn die BPS in der Regel als primäre Diagnose und ihre Behandlung – mit Ausnahme einer floriden manischen Episode oder akut exazerbierten Suchterkrankung oder Anorexie (BMI<16) – als vordergründig anzusehen ist, ist die sorgfältige Diagnose von Komorbiditäten entscheidend und wird für die Behandlungsplanung zunehmend als bedeutsam angesehen [47, 130]. Die evidenzbasierten Behandlungen (s. Kapitel 5.2) berücksichtigen üblicherweise auch die Komorbidität und haben sich in einzelnen Untersuchungen diesbezüglich als wirksam erwiesen [239, 288].

7.1. Persönlichkeitsstörungen

Bei über 60% der Patienten tritt mehr als eine Persönlichkeitsstörung auf [287]. Die häufigsten komorbiden Persönlichkeitsstörungen sind die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ÄvPS)

mit 43-47%, die dependente Persönlichkeitsstörung mit 16-51% und die paranoide Persönlichkeitsstörung mit 14-30% Prävalenzraten [289]. Andere Quellen nennen als weitere häufige Komorbiditäten die narzisstische Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS) [7].

Aus Mangel an evidenzbasierten Psychotherapieverfahren für Persönlichkeitsstörungen – mit Ausnahme von BPS und bedingt der ÄvPS – [290, 291] und in Anbetracht ihrer starken Überlappung [292] kann als pragmatischer Ansatz gegenwärtig empfohlen werden, komorbide Persönlichkeitsstörungen im Rahmen einer störungsspezifischen BPS-Therapie zu behandeln. Spezifische Probleme (etwa soziale Hemmung bei der ÄvPS oder Gewalttätigkeit bei der ASPS) sind als Teil des Gesamtbehandlungsplans zu berücksichtigen.

7.2. Affektive Störungen

Depressive Störungen sind mit zwischen 43% und 83% bei Patienten mit BPS die häufigste Komorbidität [289]. Patienten mit komorbider Depression zeigen höhere Werte für Depressivität, aber auch für Ärger, Hoffnungslosigkeit und affektive Instabilität als BPS-Patienten ohne depressive Komorbidität [293]. Die Depression bei Borderline-Patienten ist typischerweise besonders durch Gefühle von innerer Leere, Einsamkeit, Verzweiflung und Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen gekennzeichnet [99, 100, 294, 295]. Besonders ist auch die kumulative Suizidgefährdung beider Erkrankungen zu beachten [296].

Die leitliniengerechte Behandlung der Depression¹⁸ erfolgt sowohl psychotherapeutisch [297] und kann innerhalb der störungsspezifischen Psychotherapie der BPS berücksichtigt werden [298], als auch pharmakotherapeutisch. Wenn medikamentös interveniert wird, erfolgt die Behandlung entsprechend der Leitlinien in erster Linie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) oder dualen Antidepressiva (z.B. SNRI) [299, 300]. Es ist zu berücksichtigen, dass der Behandlungserfolg einer lege artis durchgeführten antidepressiven Behandlung durch eine BPS ungünstig beeinflusst werden kann [301]. Andererseits bessert sich die Depression in der Regel bei erfolgreicher BPS-Behandlung [302].

Bis zu 20% der Patienten weisen eine Komorbidität mit einer bipolaren Störung (Typ I oder II) auf [103, 289]. Allerdings besteht hier die Gefahr einer falsch positiven Diagnosestellung [295, 303]. Eine komorbide bipolare Störung hat weniger Einfluss auf den klinischen Verlauf der BPS als umgekehrt [103, 304]. Auch hier besteht eine erhöhte Suizidgefährdung. Die Behandlung einer akut exazerbierten manischen Episode ist eine der wenigen Bedingungen, die der BPS-Behandlung gegenüber als übergeordnet angesehen wird. Sie ist entsprechend der Leitlinien² prioritär durchzuführen [130].

7.3. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Komorbidität mit einer posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist mit mindestens 25-30 % ebenfalls hoch [112, 305]. Die Symptombelastung ist dabei stärker, vor allem hinsichtlich Dissoziationen, psychotischen Symptomen und Suizidalität [110, 305-311] und beeinflusst den Verlauf der BPS auch längerfristig negativ [312]. Es liegt Evidenz für den Erfolg der DBT sowie des GPM bei BPS mit komorbider PTSD vor [306, 313]. Einzelne Studien empfehlen für die Komorbidität eine traumaspezifische Behandlung [130, 288, 314], beispielsweise die DBT-PTSD [315] oder Narrative Exposure Therapy (NET) [316], welche sich in kleinen Studienpopulationen und unter stationären Bedingungen beide für Patienten mit komorbider PTBS und BPS als wirksam erwiesen haben.

An dieser Stelle ist wiederum zu betonen, dass der überwiegende Teil der Patienten mit einer BPS von Traumatisierungen im Sinne von Missbrauch oder Vernachlässigungen berichtet, ohne die Kriterien für eine PTBS zu erfüllen [106-108]. Diese Patienten profitieren von einer störungsspezifischen Behandlung der BPS [130, 233], wie am Beispiel der DBT gezeigt werden konnte [108].

¹⁸<http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/>

Unter Experten für die BPS gilt nach wie vor, dass eine Traumabearbeitung in der Behandlungshierarchie erst im Verlauf der Behandlung der Kernsymptome der BPS erfolgen sollte [107, 143]. Allerdings wird weitere Forschung als dringlich angesehen, um diese Praxis zu verifizieren [55]. Sollten Symptome der PTBS wie Dissoziationen oder Intrusionen stark im Vordergrund stehen, kann nach sorgfältiger Indikationsstellung auf der Basis der vorliegenden Studien für die Komorbidität eine traumaspezifische Behandlung erwogen werden.

7.4. Substanzabhängigkeit

Im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen weist die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung auf (Übersicht bei Walter et al., 2009 und Euler et al., 2015) [10, 11]. Etwa die Hälfte der BPS-Patienten in der klinischen Versorgung leidet an einer Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit [317]. Diese wirkt sich wiederum negativ auf Symptomatik und Verlauf der BPS aus [318, 319]. Auch hier ist die Kumulation des Suizidrisikos beider Störungsbilder für die Behandlung besonders zu berücksichtigen [320]. Darüber hinaus ist sexuelles Risikoverhalten bei der Komorbidität besonders häufig [321].

Ausser bei einer akut exazerbierten Suchterkrankung steht die Behandlung der BPS wiederum im Vordergrund [130, 233]. An evidenzbasierten Psychotherapien für die Doppeldiagnose von BPS und Substanzabhängigkeit liegen einzelne positive Ergebnisse für die DBT [288, 322] sowie die für Suchterkrankungen modifizierte DBT-S [323, 324], die für Suchterkrankungen modifizierte „Dual-Focused Schematherapy“ (DFST) [325, 326], und die psychodynamisch basierte „Dynamic Deconstructive Psychotherapy“ (DDP) [327] vor (Übersicht bei Walter und Euler, 2016; Kienast et al., 2014 und Lee et al., 2015) [22, 328, 329]. Die beiden Modifikationen der für die BPS evidenzbasierten Verfahren verstehen den Konsum als maladaptives Bewältigungsmuster und behandeln ihn ähnlich wie z.B. selbstverletzendes Verhalten. Diesen Ansatz verfolgt auch die MBT bei der Berücksichtigung von Substanzkonsum [233]. Die TFP wiederum weist mit ihrer Orientierung an der Objektbeziehungstheorie grosse Ähnlichkeiten mit den Prinzipien der DDP auf. In der DFST finden zusätzlich die Rückfallprävention und Strategien zum Coping mit Craving besondere Berücksichtigung. Es kann insofern davon ausgegangen werden, dass bei spezifischer Modifikation die empirisch abgestützten Psychotherapieverfahren auch bei der Komorbidität von BPS und Suchterkrankung wirksam sind. Dabei hat die Suchterkrankung nach dem Prinzip der dynamischen Hierarchisierung einen hohen Stellenwert (s. auch Abb.1) [330].

Es gibt vereinzelt Hinweise, dass substanzabhängige Patienten mit und ohne BPS gleichermassen auf eine medikamentöse Rückfallprophylaxe respondieren [331]. Eine akute schwere Substanzabhängigkeit ist eine der wenigen Bedingungen, die der Behandlung der BPS vorausgehen sollte [130].

7.5. Nichtstoffgebundene Abhängigkeit

Die Forschung zur Komorbidität mit nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten – bedeutsam sind hier das pathologische Glücksspiel und der pathologische Internetgebrauch – befindet sich erst am Anfang. Es findet sich bei etwa einem Drittel der betroffenen Patienten eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, überwiegend mit dem Cluster B (Übersicht bei Euler et al., 2015) [11]. Für das pathologische Glücksspiel wurden gleichsam negative Auswirkungen auf Verlauf und Behandlung der Komorbidität beschrieben [332]. Evidenz für spezifische Behandlungsempfehlungen liegt bisher nicht vor. Die institutionelle ambulante oder (teil)-stationäre Behandlung unter Hinzuziehung von Experten für beide Störungskategorien gilt als vielversprechend, hat aber aufgrund fehlender Studien gegenwärtig den Status einer Expertenmeinung.

7.6. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Kinder mit ADHS weisen ein grösseres Risiko auf, im jungen Erwachsenenalter eine BPS zu entwickeln. Ungefähr 15% der Patienten mit BPS haben zusätzlich ein adultes ADHS [333]. Die

Komorbidität ist mit einer höheren Impulsivität und mit einem grösseren Mentalisierungsdefizit verbunden als jede Störung für sich [334, 335].

Einzelne Studien mit Methylphenidat bei komorbider ADHS zeigen teilweise positive Ergebnisse auf eine Veränderung der BPS-Symptome und konnten die Response auf DBT-Skillstraining verbessern [334, 336]. Vor der Verordnung einer Medikation sollte die Diagnose nach Möglichkeit in einer Spezialsprechstunde verifiziert werden (s. Kapitel 3.3).

7.7. Essstörungen

Die Bulimia nervosa (BN) tritt bei ungefähr 25% als komorbide Störung auf und ist generell häufiger als die Anorexie und Adipositas [130]. Auch die Binge-Eating-Störung (BES) als Sonderform der Adipositas ist eng mit der BPS assoziiert [337]. Gemeinsame und sich kumulativ negativ beeinflussende Merkmale mit der BN sind negative Emotionalität, Impulsivität, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität [338, 339]. Bei komorbider BN ist die BPS-Symptomatik generell schwerwiegender, allerdings nivellierten sich diese Unterschiede in einer Studie nach 3 Jahren kognitiver Verhaltenstherapie [340]. Im Verlauf einer komorbiden Essstörung kommt es zudem häufig zu einem Symptomswitch zwischen den einzelnen Essstörungsentitäten [341].

Vereinzelte Studienergebnisse liegen für die DBT vor, hier besonders im Hinblick auf BN und BES [288, 342, 343]. Auch Modifizierungen der DBT und MBT werden in der Behandlung der Komorbidität angewandt [294, 344]. Studienergebnisse gibt es bisher nur für die modifizierte DBT (DBT-E), bei der die Essstörungssymptomatik wiederum als dysfunktionale Emotions- und Stressregulation konzeptualisiert wurde [294]. Grundsätzlich wird für die Komorbidität aus BPS und BN ein therapeutischer Ansatz vorgeschlagen, der die emotionale Anpassungsfähigkeit an interpersonelle Stresssituationen fördert [345].

7.8. Empfehlungen für die Praxis

- Komorbiditäten sind zentral für Behandlungsplanung und Behandlungserfolg der BPS und müssen sorgfältig diagnostiziert werden. Ggf. sollte ihre Abklärung in einer Spezialsprechstunde erfolgen. Bevor eine medikamentöse Behandlung etabliert wird, ist eine solche besonders für die Diagnose einer adulten ADHS zu empfehlen.
- Die Behandlung der BPS mit einer störungsspezifischen Psychotherapie ist in der Regel als vordergründig anzusehen. Sich im Rahmen der Komorbidität ergebende spezifische Probleme sind dabei als Teil des Gesamtbehandlungsplans zu berücksichtigen (s. Kapitel 4.3). Substanzkonsum, Symptome einer Essstörung oder antisoziales Verhalten können als dysfunktionales Verhaltensmuster zur Stress- und Emotionsregulation – ähnlich dem selbstverletzenden Verhalten – konzeptualisiert und nach dem jeweiligen spezifischen Therapieansatz behandelt werden.
- Mit Ausnahme einer schwer symptomatischen valide diagnostizierten komorbiden PTBS sollte eine Traumabearbeitung in der Behandlungshierarchie der BPS erst im Verlauf der Behandlung der Kernsymptome erfolgen. Sollten Dissoziationen oder Intrusionen stark im Vordergrund stehen, kann eine traumaspezifische Behandlung auf einer Spezialstation oder in einer Spezialambulanz erwogen werden. Beides wird von einzelnen Institutionen in der Schweiz angeboten.
- Die stärkere Suizidgefährdung ist bei einer komorbiden Depression, bipolaren Störung, BN und Substanzabhängigkeit zu berücksichtigen.
- Sofern eine Depression, bipolare Störung oder ein ADHS valide diagnostiziert wurde, sollte eine allfällige medikamentöse Behandlung entsprechend der jeweiligen Leitlinien erwogen werden. Auch eine medikamentöse Rückfallprophylaxe bei einer komorbiden Substanzabhängigkeit ist zu prüfen.

8. Welche Besonderheiten sind bei adolescenten Patienten zu beachten?

8.1. Besonderheiten in der Diagnostik

Die BPS hat ihren Anfang definitionsgemäss in Kindheit und Jugend. Eine reliable und valide Diagnosestellung ist entsprechend bereits im Jugendalter, insbesondere ab der mittleren Adoleszenz (d.h. ab 14jährig), sehr gut möglich und entspricht auch hier den erforderlichen Kriterien an eine zeitlich überdauernde Stabilität der Symptome [23, 346-350]. Etwa 10-20 Prozent der ambulanten Patienten [351] im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich erfüllen die diagnostischen Kriterien. Fast alle Jugendlichen leiden zusätzlich an komorbiden psychiatrischen Störungen wie sie auch für das Erwachsenenalter beschrieben werden [352].

Im Klassifikationssystem DSM-5 [16] wurde die Altersgrenze für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufgehoben, wenn stabile und situationsübergreifende Beeinträchtigungen über mindestens ein Jahr zu beobachten sind (Kriterium C) und die Symptomatik nicht durch den Entwicklungsstand erklärbar ist (Kriterium D). Für das alternative Modell des DSM-5 (s. Kapitel 3.1.) wurde die Altersgrenze vollständig aufgehoben. Auch für das Jugendalter wird das dimensionale Modell als vielversprechende Ergänzung angesehen [353]. Die Aufhebung der Altersgrenze wurde ebenfalls für das ICD-11 angekündigt [354].

Zur Diagnosestellung ist auch bei Jugendlichen der Einsatz strukturierter Interviews bzw. Verfahren (z.B. SKID-II, s. Kapitel 3.1) notwendig und anwendbar. Darüber hinaus existiert eine Reihe an diagnostischen Fragebögen für die BPS im Jugendalter. Zur Erhebung der Identitätsdiffusion in der Adoleszenz wurde der Fragebogen AIDA entwickelt, der auf Deutsch erhältlich und insbesondere für die zur Diagnosestellung wesentlichen Abgrenzung passagerer Adoleszentenkrisen von der Identitätsdiffusion der BPS geeignet ist (s. Tabelle 8) [355].

Tabelle 8: Erhebungsinstrumente für die BPS im Jugendalter

Instrument	Beschreibung
DAPP-BQ-A Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire	Für Jugendliche adaptierte Version des DAPP-BQ Tromp und Koot [356] Geeignet für die Adoleszenz ist auch der DAPP-BQ für Erwachsene (s. Kapitel 3) [357].
AIDA Assessment of Identity Development in Adolescents	58 Items zur Erfassung von Störungen der Identitätsentwicklung bei Jugendlichen [355].
BPFSC-11 Borderline Personality Feature Scale for Children	Für das Kindes- und Jugendalter adaptierte Kurzfassung der Borderline Personality Feature Scale [358].
LoPF-Q 12-18 Levels of Personality Functioning Questionnaire	Fragebogen mit 97 Items zur Erfassung der vier Persönlichkeitsfunktionen Identität, Selbstlenkung, Empathie und Intimität gemäss DSM-5 [359]
OPD-KJ2-SF Operationalisierte Psycho- dynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Strukturfragebogen	Fragebogen mit 81 Items zur Erfassung der vier Dimensionen der Strukturachse des OPD-KJ-2: Steuerung, Identität, Interpersonalität, Bindung [360]

Obwohl die BPS im Jugendalter in einigen der Leitlinien [48, 361] aufgenommen worden ist, sind viele dieser Erkenntnisse in der alltäglichen Praxis nicht implementiert. Die Diagnosestellung erfolgt häufig sehr verzögert, so dass kaum ein adoleszenter BPS-Patient eine störungsspezifische Behandlung erhält [13]. Die befürchtete Stigmatisierung ist bei der Diagnose von Jugendlichen besonders ausgeprägt [349, 362, 363]. Eine ausbleibende Diagnosestellung im Jugendalter wirkt sich allerdings besonders schwerwiegend aus, da ungeeignete Interventionen und iatrogene Fehlbehandlungen die

weitere Persönlichkeitsentwicklung negativ beeinflussen. Zudem ist die Prognose für den Verlauf einer BPS an sich bereits schlechter, wenn sie sich früh manifestiert, d.h. eine frühe Intervention bzw. Prävention auf der Basis einer valide gestellten BPS-Diagnose ist besonders entscheidend [352, 362, 364].

8.2. Besonderheiten der Behandlung

Die BPS bei Jugendlichen zeichnet sich u.a. durch stärker akzentuierte „akute“ Symptome wie selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten (Binge-drinking, sexuelles Risikoverhalten), Suizidalität, Impulsivität und Ärger aus, die zu Beginn der Behandlung häufig zunächst ein Risiko-Assessment erfordern [349, 363, 365].

Weiterhin sind die Beziehungen der betroffenen Jugendlichen zu Gleichaltrigen wie auch zu anderen Familienmitgliedern meist erheblich beeinträchtigt. Durch die oft fehlenden stabilen Beziehungen zu Gleichaltrigen können Freunde nicht als „Entwicklungshelfer“ dienen [366], so dass die Autonomieentwicklung der Jugendlichen behindert ist. Auf der einen Seite befinden sich die Jugendlichen mit ihren Eltern in intensiven Streitbeziehungen, auf der anderen Seite haben sie aber auch mehr Schwierigkeiten als andere Jugendliche, sich von ihren Eltern zu lösen [367]. Da die Jugendlichen noch nicht alleine leben können, muss der Verbesserung der Interaktion mit den erwachsenen Bezugspersonen sehr viel Bedeutung beigemessen werden. Deshalb liegt ein zentraler Unterschied der störungsspezifischen Behandlung von Jugendlichen im systematischen Einbezug der Eltern (oder der Bezugspersonen, falls die Jugendlichen in einer Einrichtung leben) in die Behandlung. Es gibt inzwischen eine Reihe von manualisierten störungsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten für das Jugendalter, die in der überwiegenden Zahl von ambulanten Behandlungsverfahren für Erwachsene mit BPS adaptiert und modifiziert wurden. Alle in diesem Alter eingesetzten Therapieverfahren dauern in der Regel nicht länger als 8-12 Monate, d.h. 25-40 Sitzungen [23, 368], auch wenn in manchen Fällen längere Behandlungen notwendig sein können.

Tabelle 9: Manualisierte Verfahren zur Behandlung von Jugendlichen mit BPS

Therapieverfahren	Beschreibung
DBT-A [369, 370]	Adaptation der Dialektisch Behavioralen Therapie zur Behandlung von Adoleszenten
MBT-A [371]	Adaptation der Mentalisierungsbasierten Therapie zur Behandlung von Adoleszenten
AIT [372]	Adolescent Identity Treatment: Integratives Verfahren für Jugendliche mit Behandlungstechniken, die von der TFP adaptiert wurden
TFP-A [373]	Adaptation der Übertragungsfokussierten Therapie zur Behandlung von Adoleszenten
SFT-A [374]	Adaptation der Schemafokussierten Therapie zur Behandlung von Adoleszenten
PIM [375]	Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode für die stationäre Behandlung von Jugendlichen
CAT¹⁹ [259]	Adaptation der Cognitive Analytic Therapy zur Behandlung von Adoleszenten

¹⁹ Beide Verfahren sind im deutschsprachigen Bereich von untergeordneter Bedeutung

ERT ¹⁸ [376]	Emotion Regulation Training, in Anlehnung an STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) [255]
----------------------------	---

In den Verfahren DBT-A, MBT-A, TFP-A und AIT ist die kontinuierliche Arbeit mit erwachsenen Bezugspersonen ein wesentlicher Teil des manualisierten Vorgehens. Im Behandlungsverfahren AIT wird neben den psychodynamisch ausgerichteten Techniken der Einzeltherapie ein Verhaltensplan („Homeplan“) mit verbindlichen Anforderungen an Jugendliche und Erwachsene eingesetzt, um das Zusammenleben der Jugendlichen im elterlichen bzw. institutionellen Kontext verbessern zu helfen. In der MBT-A [377, 378] finden über den gesamten Therapiezeitraum kontinuierlich je eine Einzel- und eine Familiensitzung pro Woche statt. Im Skills-Training der DBT-A wurde ein zusätzliches Modul eingeführt („Walking the Middle Path“), mit dessen Hilfe zentrale Konfliktfelder in der Familie bearbeitet werden sollen. Im Sinne der dialektischen Ausrichtung des Verfahrens sollen die Jugendlichen die Balance finden zwischen Veränderungswunsch und Akzeptanz von Anforderungen der Eltern [379]. Ein weiterer Baustein der Arbeit mit erwachsenen Bezugspersonen ist die Psychoedukation (s. Kapitel 4.2.). Der Einbezug der Eltern kann auch als Chance gesehen werden, um ein genaueres Verständnis der individuellen Störungsätiologie eines Patienten zu ermöglichen, das bei erwachsenen Patienten unter Umständen schwieriger zu erlangen ist.

Stationäre und teilstationäre psychotherapeutische Behandlungen sind spezifisch für die BPS bei Jugendlichen bisher nur vereinzelt manualisiert worden, etwa auf der Grundlage der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (PIM) [375]. Bei Jugendlichen, die sich in einer sehr belastenden psychosozialen Lebenssituation befinden, kann anstelle einer (teil-) stationären psychiatrischen Behandlung auch die Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung der Jugendhilfe erfolgen, um eine stabile Basis für eine ambulante störungsspezifische Behandlung zu ermöglichen [380].

Wie im Erwachsenenalter gibt es auch bei Jugendlichen kein Medikament, das für die Behandlung der BPS zugelassen ist, und es sollte Zurückhaltung beim Einsatz von Pharmaka geübt werden [381]. Bei der leitliniengerechten Behandlung von Komorbiditäten können auch pharmakotherapeutische Interventionen indiziert sein [349, 363].

8.3. Evidenz für die Behandlung der BPS in der Adoleszenz

Da die Diagnose der BPS im Jugendalter bisher nur selten gestellt wurde, wurde sie auch weitaus seltener als im Erwachsenenalter beforscht. Bisherige Therapiestudien umfassen häufig auch jugendliche Patienten unterhalb der diagnostischen Schwelle zur BPS (≥ 3 Kriterien).

Die vergleichsweise beste Evidenz weist zurzeit die DBT-A auf. Mehlum, et al. [382] führten eine RCT durch, die nach einer Behandlungsdauer von 19 Wochen im Vergleich zu einer intensiven, aber nicht störungsspezifischen Kontrollbehandlung eine stärkere Reduktion von selbstverletzendem Verhalten, Suizidgedanken und depressiver Symptomatik zeigte. In einem Follow-up nach einem Jahr [383] blieb die Überlegenheit der DBT-A in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten bestehen, während in Bezug auf die Borderline-Symptomatik, das psychosoziale Funktionsniveau oder die depressive Symptomatik keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen zu finden waren. Die Cognitive Analytic Therapy [384] wurde im Rahmen des HYPE Model [385] in einer RCT getestet, zeigte jedoch nur moderate Vorteile gegenüber einer strukturierten Kontrollbedingung (TAU). Das Emotion Regulation Training wies in einer RCT keine Überlegenheit gegenüber einer qualitativ hochwertigen Kontrollbedingung auf [386]. Die MBT-A wurde in einer RCT mit Jugendlichen mit SVV, in den meisten Fällen mit einer BPS-Diagnose, untersucht und zeigte sich bezüglich der Verringerung des SVV und der Depressivität gegenüber TAU überlegen [387]. Eine RCT zur MBT-A Gruppentherapie mit adoleszenten BPS-Patienten läuft derzeit [388]. In einem teilstationären Setting wird ausserdem von Krischer, et al. [389] TFP-A (in Kombination mit dem Skills-Training des DBT-A) mit einer Wartekontrollgruppe verglichen. Für ein stationäres Setting konnten Salzer, et al. [390] zeigen, dass bei einer Gruppe von Jugendlichen mit BPS-Symptomatik (die Diagnose BPS selbst wurde nicht verwendet) das manualisierte Verfahren PIM im Vergleich zu TAU-Bedingungen zu einer höheren Remissionsrate sowie zu signifikant stärkeren Verbesserungen der Symptomatik führte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bisher für keines der Verfahren ausreichend robuste Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Jugendlichen mit einer BPS vorliegen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass – ähnlich wie bei den evidenzbasierten Verfahren für erwachsene BPS-Patienten – wesentliche gemeinsame Merkmale – u.a. die strukturierte, an Behandlungsmanualen orientierte Vorgehensweise sowie der systematische Einbezug erwachsener Bezugspersonen – massgebliche Kriterien für eine effiziente Behandlung dieser Patientengruppe sind [23, 349].

8.4. Empfehlungen für die Praxis

- Die Diagnose einer BPS ist auf der Basis des DSM-5 für Jugendliche reliabel und valide zu stellen und sollte als Voraussetzung für die Einleitung wirksamer Frühinterventionen konsequent erfolgen.
- Eine ambulante Behandlung sollte einer strukturierten Vorgehensweise auf der Basis eines der für Jugendliche entwickelten bzw. adaptierten Verfahren folgen und systematisch die Familie bzw. erwachsene Bezugspersonen einbeziehen.
- Eine zeitlich begrenzte stationäre Behandlung auf einer spezialisierten Psychotherapiestation (z.B. PIM, DBT-A) oder Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung kann erwogen werden.
- Pharmakotherapeutische Interventionen sollten – bis auf die Behandlung allfälliger Komorbiditäten – nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden.

9. Welche Empfehlungen gelten für spezifische Aspekte der Behandlung?

Das folgende Kapitel enthält eine Auswahl von klinisch relevanten Fragestellungen in der Behandlung der BPS. Empirische Studien dazu liegen kaum vor. Die folgenden Empfehlungen erfolgen insofern weitestgehend auf der Basis eines Expertenkonsensus.

9.1. Empfehlungen zu ausgewählten klinischen Phänomenen

9.1.1. Suizidalität

Die akute oder chronische (sog. „latente“) bzw. intermittierende Suizidalität von Patienten mit BPS kann in der Behandlung eine grosse Herausforderung darstellen. Bei Suizidalität i.e.S. wird eine Intention oder ein Wunsch zu sterben als gegeben angesehen. Obwohl (bzw. weil) suizidale Gedanken, Impulse oder auch Drohungen kommunikative bzw. interpersonelle Funktionen haben können, sind sie immer ernst zu nehmen und nicht mit Begriffen wie „demonstrativ“ oder „appellativ“ zu bagatellisieren. Suizidgedanken bzw. –impulse oder –handlungen können bieten die Möglichkeit, den dahinter verborgenen Leidensdruck genauer zu erfassen. Über die damit verbundene Beziehungsarbeit können haltende Funktionen für Patienten bereitgestellt und ein tieferes Verständnis für die mit der Suizidalität verbundene innerpsychische Dynamik erarbeitet werden. Über diesen Weg kann auch die akute Gefährdung besser beurteilt und schliesslich situativ nach adäquaten Lösungen gesucht werden. Häufig ist es ausreichend, klare Vereinbarungen zum Umgang mit einer suizidalen Krise zu treffen. In Einzelfällen können auch kurzzeitige Hospitalisationen zur Krisenintervention notwendig sein (s. Kapitel 4.3.2).

Bereits zu Beginn einer Behandlung sind frühere Suizidgedanken und ggf. Suizidversuche detailliert zu explorieren, um präventiv auf der Grundlage der labilisierenden und auslösenden Bedingungen ein gemeinsames Verständnis zu erarbeiten. Darauf basierend können individuelle Lösungsansätze für Krisensituationen besprochen und als Teil eines Behandlungsplans festgehalten werden [134, 228]. Nach einem erfolgten Suizidversuch ist die aktive Nachbesprechung mit dem Patienten bedeutsam. Es ist ausserdem auch für routinierte Therapeuten empfehlenswert, die subjektive Bedeutsamkeit in Super-/Intervision selbst ausreichend zu reflektieren.

Manche Patienten sind über sehr lange Zeiträume anhaltend oder rezidivierend suizidal. Die je nach Behandlungsmethode gewählten Interventionen müssen daher mit Beständigkeit angewendet werden. Die Verantwortungsübernahme des Patienten in der Therapie beinhaltet allerdings auch das wiederholte Commitment zur grundsätzlichen Bereitschaft, sich bei suizidalen Krisen Hilfe zu holen.

Vonseiten des Therapeuten kann das punktuelle Engagement ausserhalb der Therapiesitzungen (z.B. durch Notfalltelefonate, SMS oder Email-Kontakt) hilfreich sein.

9.1.2. Parasuizidalität und Selbstverletzendes Verhalten

Als parasuizidales Verhalten wird eine Verhaltensweise definiert, bei der das Risiko zu sterben in Kauf genommen oder provoziert wird, obwohl keine eindeutige Intention zu sterben besteht. Selbstverletzendes Verhalten, inzwischen allgemein als nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSVV) bezeichnet, hingegen beinhaltet die absichtliche Verletzung/Schädigung des eigenen Körpers ohne jegliche suizidale Absicht und auch ohne das potentielle Risiko, sterben zu können. Es ist sehr wichtig, jeweils im unmittelbaren Diskurs mit den Patienten genau zu analysieren, ob es sich situativ um suizidales, parasuizidales oder selbstverletzendes Verhalten gehandelt hat. Parasuizidales und suizidales Verhalten werden therapeutisch ähnlich gehandhabt. NSVV wird wie andere selbstschädigende, jedoch nicht lebensbedrohliche Verhaltensweisen behandelt.

Circa 85% der Patienten mit einer BPS zeigen parasuizidale oder selbstschädigende Verhaltensmuster [227]. Ihre Bearbeitung wird in allen störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen als zentral erachtet die Verfahren unterscheiden sich lediglich in der Art der Vorgehensweise. Grundsätzlich gilt es, mit den Patienten in einem gemeinsamen interpersonellen Prozess die hinter dem (para)suizidalen und/oder selbstverletzenden Verhalten stehende Funktion oder Bedeutung („Dynamik“) herauszukristallisieren. In der DBT werden anschliessend Fertigkeiten erarbeitet, die diese Funktion ersetzen können und auch längerfristig positive Konsequenzen für die Patienten haben [230].

9.1.3. Dissoziationen

Dissoziative Phänomene werden definiert als ein mehr oder weniger deutlicher Verlust der psychischen Integration von Erleben und Handeln, der meistens eine kurzzeitige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt beinhaltet [391]. Sie sind Phänomene eines psychophysiologischen Prozesses. Der dabei gleichzeitig erlebte Kontrollverlust kann eine grosse Verunsicherung und Hilflosigkeit bei Patienten bewirken.

Dissoziationen sind nicht spezifisch für die BPS, kommen aber bei ca. 60% der Patienten in Form transienter und (häufig interpersonell) stressbezogener, dissoziativer Phänomene vor [227]. Auf einem dimensional Spektrum leidet etwa ein Drittel der Patienten unter schweren Dissoziationen. Letztere sind entwicklungspsychologisch meist mit Bindungstraumata und häufig, aber nicht immer, mit einer komorbiden PTBS (s. Kapitel 7) verbunden und respondieren schlechter auf Psychotherapie [392, 393].

Hinter Dissoziationen verbirgt sich ein emotionales Hyperarousal auf der Grundlage einer ungenügenden Affektregulation, bei dem schwer aushaltbare mentale Zustände durch das Dissoziieren erträglich werden [394]. Getriggert werden sie häufig durch bindungsbezogenen interpersonellen Stress [395].

Die Arbeit an der Affektregulation unter interpersonellem Stress, die in allen störungsspezifischen Verfahren fokussiert wird, wird psychotherapeutisch daher als zielführend angesehen. Generell respondieren Dissoziationen auf Psychotherapie, wobei sie bisher als Outcomevariable nur in vereinzelt Studien verwendet wurde [393, 395]. In der DBT werden Patienten beispielsweise Fertigkeiten vermittelt, die es ihnen ermöglichen, beginnende dissoziative Phänomene rechtzeitig(er) zu erkennen und zu unterbrechen [230]. Wenn Patienten während der Behandlung in stark dissoziative Zustände geraten, sollten sie möglichst rasch durch deutlich präsentierte Orientierungsreize aktiv aus der Dissoziation geholt werden [143]. Beispiele dafür sind: lautes Rufen des Vornamens der Patienten, neben deren Ohr laut in die Hände klatschen oder der Einsatz anderer starker Sinnesreize – wenn vorher abgesprochen, können allenfalls auch kurze, prägnante Körperberührungen wie ein sehr fester Händedruck, Abklopfen der Extremitäten, Kneifen am Ohr etc. angewandt werden. Anschliessend kann wiederum ein Sicherheit vermittelndes, reizarmes Interaktionsangebot hilfreich sein.

9.2. Einbezug von Angehörigen

Während der Einbezug Familienangehöriger für die Behandlung adoleszenter BPS Patienten systematisch ausgearbeitet wurde (s. Kapitel 8), gibt es weniger konkrete Empfehlungen für die Behandlung erwachsener Patienten. Da die Symptomatik der BPS u.a. mit deutlichen Interaktionsproblemen mit nahen Bezugspersonen einhergeht, kann dem Einbezug der Angehörigen aber auch bei Erwachsenen eine ausgesprochen wichtige Bedeutung zukommen. In der Konsequenz der Nähe-Distanz-Schwierigkeiten von BPS-Patienten werden nahe Angehörige häufig mit schnell wechselnden Bedürfnissen konfrontiert. Der Einbezug der Angehörigen kann diesen dazu verhelfen, ein Verständnis dafür zu entwickeln bzw. zu erhöhen und Anregungen zu bekommen, damit möglichst funktional umzugehen. Angehörige können zu einzelnen gemeinsamen Sitzungen eingeladen, wenn ein Informationsbedürfnis besteht, aber auch, um Gelegenheit zu bekommen, ihre eigene emotionale Befindlichkeit oder Abgrenzungsbedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Angehörige können im Bedarfsfall dazu ermutigt werden, sich in Angehörigengruppen (z.B. Selbsthilfegruppen für Angehörige²⁰) zu vernetzen und auszutauschen. Auch in der Erwachsenenbehandlung können gezielt familientherapeutische Interventionen durchgeführt und die Entwicklung einer konstruktiven Kommunikation im Familiensystem gefördert werden z.B. nach Hoffman, Fruzzetti und Swenson [396]. Die Familienmitglieder (oder auch Paare) lernen dabei insbesondere einen validierenden Umgang miteinander und können anhand von parallelen Kettenanalysen erkennen, wie sich ihre typischen Konfliktsituationen entwickeln und zuspitzen.

9.3. Borderline-Patienten als Eltern

Für Kinder ist die Qualität und Kontinuität ihrer Beziehungen zu den primären Bezugspersonen von zentraler Bedeutung für eine stabile psychische und psychosoziale Entwicklung. Dabei ist es ausreichend, wenn Eltern im Sinne Winnicotts „gut genug“ sind. Dies bedeutet, dass ein gewisses Ausmass an Erziehungsfehlern wahrscheinlich zu jeder Eltern-Kind-Interaktion dazugehört. Kinder sind in der Regel robust genug, um daraus keine psychische Erkrankung zu entwickeln [397]. Verschiedene Kernsymptome einer BPS machen es jedoch einem betroffenen Elternteil erheblich schwerer, seine Rolle als Elternteil „gut genug“ auszufüllen. Suche nach intensiver Nähe, die dann als bedrohlich erlebt und plötzlich beendet werden muss, übersteigerte Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen, überschiessende Wut und Gewaltausbrüche, Drohungen oder abwertende Äusserungen sowie unvorhersehbare Stimmungsschwankungen im Wechsel mit Phasen von unauffälligem und zugewandtem Verhalten führen bei Kindern, die einem solchen elterlichen Verhalten ausgesetzt sind, zu einem bedrohlichen Gefühl von Verwirrung, Unvorhersehbarkeit und Ausgeliefertsein [398-400]. Eine floride BPS eines Elternteils geht in der Regel mit negativen Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion und damit langfristig auch auf die Entwicklung der Kinder einher. Es kann zu einer sogenannten Übertragung der Vulnerabilität kommen, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen verbunden ist [399, 400]. Solche Auswirkungen sind inzwischen von Betroffenen umfassend beschrieben worden (siehe z.B. Buck-Horstkotte et al., 2015 und Reich, 2014) [401, 402]. Das beschriebene Interaktionsmuster, das auch projektive Identifizierungen umfasst, ist für Kinder nicht zu bewältigen. Für die Entwicklung von Kindern ist es in solchen Fällen von entscheidender Bedeutung, inwieweit sie von einem gesunden Elternteil geschützt werden können. Bei dysfunktionalen Elternkonstellationen oder alleinerziehenden Elternteilen mit BPS ist somit das Helfersystem in der Pflicht, sich nicht nur auf die Behandlung der Patienten selber zu fokussieren, sondern auch eine umfassende Unterstützung der Kinder zu gewährleisten [403]. Neuere Ansätze zur Frühintervention sehen die gemeinsame Behandlung mit dem Kind mit dem Fokus auf Psychoedukation, sozialer Interaktionsgestaltung und Bindungsbeziehung durch den Therapeuten als Coach als wesentlich an [398, 404]. Geeignete Interventionen können auch die Aktivierung des erweiterten Familiensystems, einer Unterbringung in einer Mutter-Kind-Institution (v.a. bei sehr jungen Müttern), einer hochintensiven ambulanten Betreuung durch Behandlungsverfahren wie MST-CAN

²⁰ Z.B. <https://www.promentesana.ch/de/wissen/selbsthilfe/fuer-angehoerige.html>

(Multisystemische Behandlung bei Child Abuse and Neglect)²¹ oder einer vorübergehenden Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie sein. Für kantonale Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) ist es bei Eltern mit BPS wegen der schwankenden Symptomatik häufig deutlich schwieriger als bei anderen psychiatrischen Störungen, die Gefährdung der Kinder ausreichend früh zu erkennen und zu handeln. Auch hier muss die Verantwortung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Helfersystems hervorgehoben werden, das Störungsbild und seine Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion den juristisch oder pädagogisch ausgebildeten Fachpersonen nahe zu bringen. Die Rolle, als Psychotherapeut eines Elternteils, eine mögliche Gefährdung des Kindes zu thematisieren, erfordert allerdings eine stabile therapeutische Beziehung und einen behutsamen Umgang innerhalb eines prozeduralen Ansatzes. Auch hier kann es hilfreich sein, weitere Personen oder Institutionen mit einzubeziehen.

9.4. Besonderheiten bei älteren Patienten

Während es in den letzten Jahren vermehrt Untersuchungen zu Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen gab, sind die Persönlichkeitsstörungen im höheren Erwachsenenalter wenig erforscht. Obwohl von einer lebenslangen Veränderung der Persönlichkeit und somit auch von Persönlichkeitsstörungen ausgegangen wird, wurden die diagnostischen Kriterien bisher nicht entsprechend altersadjustiert [405]. Gleichzeitig sind im höheren Lebensalter weniger Trigger durch familiäre oder berufliche Umgebungsbedingungen vorhanden. Die Abnahme der Prävalenz von der späten Adoleszenz bis ins höhere Erwachsenenalter [406] könnte insofern auch ein Artefakt sein [26]. Allgemein wird von einer gewissen Stabilisierung von Borderline-Patienten nach dem 40. bis 45. Lebensjahr berichtet [26, 407]. Dies gilt allerdings vor allem für die „akute“ Symptomatik wie Suizidalität und SVV, während Faktoren wie chronische Wut und interpersonelle Schwierigkeiten im Langzeitverlauf eher stabiler zu sein scheinen [34]. Vollzogene Suizide nehmen allerdings im Krankheitsverlauf zu [408]. Eine aktuelle Studie konnte erneut zeigen, dass die Akutsymptomatik ebenso wie Akutbehandlungen im Alter abnehmen, während psychosoziale Beeinträchtigungen besonders schwerwiegend sind [409].

Nicht selten berichten Patienten in der Alterspsychiatrie, die dort wegen affektiver Störungen, Somatisierungsstörungen oder Substanzabhängigkeiten behandelt werden, erst auf gezielte Nachfrage, dass sie im jüngeren Erwachsenenalter eine typische Borderline-Symptomatik aufwiesen. Nach einer vorübergehenden, wenn auch nicht vollständigen psychosozialen Stabilisierung, können Konflikte und Belastungen im Erwachsenenalter nach dem 60. Lebensjahr (Ablösung der Kinder, familiäre Probleme, Trennung oder Tod des Partners, physische Einschränkungen etc.) zu einer erneuten, im Erscheinungsbild veränderten Manifestation der BPS führen. BPS können auch in der Alterspsychotherapie noch erhebliche Behandlungsprobleme verursachen (siehe z.B. Martius und Ibach, 2011 und Abrams, 2000) [410, 411], die trotz der veränderten Symptomatik denen von jüngeren Patienten ähneln. Besonderheiten der Alterspsychotherapie im Allgemeinen sind an anderer Stelle beschrieben worden [412, 413]. Die Bedeutung einer grossen Altersdifferenz für die therapeutische Beziehung muss ebenso berücksichtigt werden wie bestehende körperliche Einschränkungen, schwere somatische Begleiterkrankungen, kognitive Einschränkungen und die grundsätzlich veränderte Perspektive von Menschen, die ein gelebtes Leben hinter sich haben.

9.5. Empfehlungen für die Praxis

- Parasuizidalität und Suizidalität sind potentiell letale Phänomene. Der therapeutische Umgang damit folgt einer dynamischen Hierarchie in einer haltgebenden therapeutischen Interaktion: von Validierung und Exploration über die Entwicklung eines situativen dynamisch-funktionalen Verständnisses und erst daran anschliessend zur Einschätzung des aktuellen Gefährdungsmoments mit Vereinbarung von konkreten Lösungsansätzen.

²¹ Z.B. <http://www.upkbs.ch/patienten/ambulantes-angebot/kinder-und-jugend/mst/mstcan/Seiten/default.aspx>

- Der therapeutische Umgang mit selbstverletzendem bzw. -schädigendem Verhalten sollte von einem Verständnis der Handlung als Ausdruck einer momentan nicht anders zu bewerkstellenden oder zu kommunizierenden innerpsychischen Not des Patienten geprägt sein. Konkrete psychotherapeutische Interventionen sind in den Manualen aller störungsspezifischen Verfahren ausgearbeitet.
- Dissoziationen sind Ausdruck einer mangelnden stress-assoziierten Emotionsregulation. Situativ sollten schwerwiegende dissoziative Phänomene durch starke Umgebungsreize durchbrochen werden, worauf anschliessend ein Sicherheit vermittelndes, haltendgebendes Interaktionsangebot folgt.
- Bedeutsame Angehörige sollten aktiv in die Behandlung eingebunden werden. Psychoedukation und emotionale Entlastung können im Rahmen einmaliger oder regelmässiger gemeinsamer Gespräche erfolgen. Belasteten Angehörigen sollte die Inanspruchnahme von spezifischen Selbsthilfegruppen oder Beratungsangeboten empfohlen werden.
- Die akute Pathologie einer BPS ist häufig mit einer nicht ausreichenden elterlichen Versorgungssituation von Kindern verbunden. Sofern keine kompensatorischen Bezugspersonen zur Verfügung stehen, gehört die Thematisierung der Kinderversorgung und allenfalls die Einschaltung Dritter zum Aufgabenspektrum des Therapeuten. Gemeinsame Behandlungen von Patient und Kind sind empfehlenswert.
- Im Alter kann ein verändertes klinisches Erscheinungsbild die Diagnostik einer BPS erschweren. Hier sollte auch bei Fehlen der klassischen „akuten“ Symptomatik an eine BPS gedacht werden. Mangels spezifischer empirisch abgesicherter Empfehlungen sollten die störungsspezifischen Behandlungen durch allgemeine Empfehlungen für die Alterspsychotherapie erweitert werden.

10. Fazit und Ausblick

Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen sind die Behandlung der Wahl bei der BPS, pharmakologische Interventionen sind zweitrangig.

Trotz der nachgewiesenen Effektivität für mehrere Methoden kann Psychotherapie in der Behandlung der BPS mit besonderen Schwierigkeiten und unerwünschten Effekten verbunden sein. In diesem Spannungsfeld bewegt sich jeder Therapeut. Behandlungsangebote sollten deshalb so weit wie möglich störungsspezifisch und evidenzbasiert gestaltet werden. Kenntnis und Implementierung der wichtigsten Forschungsbefunde ist insofern für die Durchführung einer hilfreichen Behandlung zentral. Sie können aber bei spezifischen klinischen Fragestellungen nicht immer weiterhelfen. Einerseits liegen für viele Aspekte keine oder nur unzureichende wissenschaftlichen Untersuchungen vor, zum anderen sind evidenzbasierte Methoden nicht immer verfügbar oder ein Patient möchte ein vorhandenes Angebot nicht in Anspruch nehmen. Zudem gewinnt zunehmend an Bedeutung, dass Forschungsergebnisse aus grossen Studien nicht uneingeschränkt auf jeden einzelnen Patienten in jeder individuellen Situation übertragbar sind. Hier können störungsspezifische Basisprinzipien und Empfehlungen guter klinischer Praxis helfen.

In diesem Sinne sind auch diese Behandlungsempfehlungen zu verstehen. Sie sollen Klinikern ermöglichen, sich einen Überblick über die wissenschaftlich abgestützte Vorgehensweise in der Behandlung von BPS-Patienten zu verschaffen, darüber hinausgehend jedoch die Möglichkeit eröffnen, sich bei relevanten Fragestellungen, bei denen Forschungsergebnisse keine ausreichende Grundlage bieten, an in einem Expertenkonsensus erarbeiteten Grundsätzen zu orientieren, welche gleichzeitig in der Schweizer Versorgung prinzipiell verfügb- bzw. anwendbar sind.

Neben der weiteren wissenschaftlichen Abstützung der Behandlungsmethoden wird die Übersetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die konkrete Behandlung für den einzelnen Patienten in den nächsten Jahren noch zentraler. Mit der Möglichkeit dimensionaler und individualisierter Diagnosestellungen in DSM-5 und ICD-11 ist bereits ein Grundstein dafür gelegt worden, die Vielfältigkeit der Patienten innerhalb des Diagnosespektrums der BPS in der Behandlung stärker zu gewichten.

Wir hoffen, dass unser Anspruch gelingt, etwas zur Übersetzung von Wissenschaft und Expertise in die alltägliche Praxis beizutragen, so dass das Behandlungsangebot für BPS-Patienten in der Schweiz kontinuierlich weiter optimiert werden kann.

Danksagung

Wir danken der SGPP, namentlich Anouk Gehret und Daniel Bielinski, für das Mandat zur Erstellung dieser Behandlungsempfehlungen – insbesondere da die BPS aus unserer Sicht in der Versorgungspolitik nicht immer ausreichend stark berücksichtigt wird. Für die kritische Durchsicht und Kommentierung des Manuskripts danken wir ganz besonders Frau Prof. Sabine Herpertz, Heidelberg, ausserdem Michael Kaess, Bern, Eva Fassbinder, Lübeck und Lukas Nissen, Basel (Kapitel Schematherapie). Unser Dank gilt weiterhin Pauline Zufferey für die Unterstützung bei der Übersetzung und Silvia Bischoff und Hannah Lindenmeyer bei der redaktionellen Bearbeitung des Dokuments. Besonders danken wollen wir zudem den Wissenschaftlern, die mit der Erforschung der BPS und ihrer Behandlung die Grundlage dafür gelegt haben, dass diese heute als behandelbar gilt und uns ermöglicht, hilfreiche therapeutische Prinzipien zu formulieren. Nicht zuletzt gilt unser Dank all den betroffenen Patienten, die wir in unserer beruflichen Laufbahn stets so gut wie möglich, aber vielleicht dennoch nicht in jedem Fall „gut genug“ behandelt haben. Die auf all diesen Behandlungen basierenden persönlichen Erfahrungen und Erkenntnisse mit und durch Patienten sind ebenso massgeblich in unsere Empfehlungen eingeflossen.

Potentielle Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass sie die folgenden geschäftlichen, persönlichen und materiellen Interessenbeziehungen zu Industrieunternehmen oder privaten gewinnorientierten Institutionen (Privatkliniken, Verlage, Psychotherapieinstitute u.a.m.) unterhalten haben oder gegenwärtig unterhalten, welche bezüglich den hier behandelten Themen relevant sind.

S.E. erklärt die Durchführung von MBT Fortbildungen und Supervisionen sowie Veröffentlichungen zur MBT bei den Verlagen Kohlhammer, Schattauer und Klett-Cotta als potenzielle Interessenskonflikte.

K.E. erklärt die Durchführung von DBT Fortbildungen und Supervisionen als potenziellen Interessenskonflikt.

F.L. erklärt die Organisation und Durchführung von DBT Fortbildungen seitens der AWP Zürich sowie die Herausgabe eines DBT Fallbuchs im Beltz Verlag als potenzielle Interessenskonflikte.

D.S. erklärt die Durchführung von TFP Fortbildungen und Supervisionen als potenziellen Interessenskonflikt.

G.D. erklärt die Durchführung von TFP-Fortbildungen und Supervisionen sowie diverse Publikationen zur TFP als potenziellen Interessenskonflikt.

K.S. erklärt die Leitung einer wissenschaftlichen Studie zur Wirksamkeit von AIT und die Durchführung von AIT-Fortbildungen, die Ko-Autorenschaft des AIT-Behandlungsmanuals und einer Reihe von Messinstrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitspathologie im Jugendalter als potenzielle Interessenskonflikte.

Anhang

I. Allgemeine Kriterien für die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-5

- ICD-10:

1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ("Normen") ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:
 - Kognition (d. h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
 - Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
 - Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
 - Die Art des Umganges mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen
 2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).
 3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind deutlich dem unter II) beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
 4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
 5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0-F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern
 6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden).
- DSM-5:
 1. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - Kognition (d.h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren).
 - Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
 - Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
 - Impulskontrolle.
 - Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
 2. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 3. Das Muster ist stabil und langandauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
 4. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
 5. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung).

II. Evidenzbasierte Pharmakotherapie

Tabelle 7: Evidenzbasierte Pharmakotherapie auf der Basis vorhandener RCT:

* Studie zeigt signifikanten Effekt; # Studie zeigt keinen signifikanten Effekt

		Impulsivität			Affektivität							
		Allgemeine Symptome	Impulsivität	Suizidalität	Emotional Dysregulation	Depression	Angst	Wut	Feindseligkeit	Irritabilität	Anspannung	Defizite beim Erkennen nicht-mischer Gesichtsausdrücke
Antidepressiva	Mianserin (30mg/d)	#	#	#		#						
	Tranlycypromin (40mg/d)	*	*	*		*	*	*				
	Phenelzin (<=90mg/d)	#	#			##	#	*	*			
	Amtryptilin (100-175mg/d)	##	#			#*	##	#*	#			
	Desipramin (163mg/d)	#	#			#		#				
	Fluoxetin (20-60mg/d)	#	#*	#		##*	##	##*	#			
Fluoxamin (150-200mg/d)		#			*			#				
Neuroleptika	Flupenthixol (20mg/4w)		*	*								
	Thiothixen (5-40mg/d)	#				#		#				
	Trifluoperazin (7.8mg/d)	#	#	*		#	*	#				
	Haloperidol (4-16mg/d)	#*	##			###*	##*	##*	#*	*		
	Olanzapin (2.5-20mg/d)	####	##	*###	##	*###	**##	**#	####	###		
	Aripiprazol (15mg)	**				**	**	**	**			
	Quetiapin (150-300mg/d)	*	#	#	*	#	#	#	*			
Ziprasidon (40-200mg/d)	#	#	#	#	#	#	#	#				
Mood-Stabilizer	Carbamazepin (600-1200mg/d)	*#	*#	*		*#	*#	*#				
	Valproat (500-1500mg/d)	*	*##	#		##		*	**#	#		
	Lamotrigin (25-275mg/d)	#	**		*			**				
	Topiramet (250mg/d)	*				#	*	###	*			
	Lithium (therap. Dosis)	*	*			#		#				
Weitere Substanzen	Omega-3-Fettsäure	*	#*	*		###	*		*#	*		
	Clonidin (0.450mg/d)	#			*bei komorbiden Patienten	#						
	Oxytocin (intra-nasal Spray)				*							###
	Buprenorphin (0.1mg-0.44mg/d)			*		*						
	Naltrexon (50-200mg/d)											
	Fludrocortison (0.4mg)											
	Hydrocortison (10mg)		#									
	Phy-sostigmin (14microg/kg)					*	*	*				
	Naloxon (0.4mg)											
	Alprazolam (1-6mg/d)		#									
		Kognitiv-perzeptive Symptome				Angstlich-gehemmte Symptome						
		Empathie	Psychotische Symptome	Kognitive Defizite	Gedächtnis	Dissoziation	interpersonelle Schwierigkeiten	Chron. Gefühl d. Leere	Identitätsdiffusion	Angst vor Verlassenwerden	Soziale Angst	Ref
Antidepressiva	Mianserin (30mg/d)											1
	Tranlycypromin (40mg/d)									*		2
	Phenelzin (<=90mg/d)		#									3
	Amtryptilin (100-175mg/d)		##				#					4
	Desipramin (163mg/d)											5
	Fluoxetin (20-60mg/d)					#						6
Fluoxamin (150-200mg/d)											7	
Neuroleptika	Flupenthixol (20mg/4w)											8
	Thiothixen (5-40mg/d)		*				#			*		9
	Trifluoperazin (7.8mg/d)								#			10
	Haloperidol (4-16mg/d)		##				*					11
	Olanzapin (2.5-20mg/d)		###				###*	##	##	##	##	12
	Aripiprazol (15mg)		**								**	13
	Quetiapin (150-300mg/d)			*			*					14
Mood-Stabilizer	Ziprasidon (40-200mg/d)		#				#	#	#	#		15
	Carbamazepin (600-1200mg/d)		#				#			*		16
	Valproat (500-1500mg/d)						*					17
	Lamotrigin (25-275mg/d)						*				*	18
	Topiramet (250mg/d)		#									19
Weitere Substanzen	Lithium (therap. Dosis)											20
	Omega-3-Fettsäure		*									21
	Clonidin (0.450mg/d)											22
	Oxytocin (intra-nasal Spray)						#					23
	Buprenorphin (0.1mg-0.44mg/d)											24
	Naltrexon (50-200mg/d)					#						25
	Fludrocortison (0.4mg)	#			##							26
	Hydrocortison (10mg)				*							27
	Phy-sostigmin (14microg/kg)											28
	Naloxon (0.4mg)					#						29
Alprazolam (1-6mg/d)											30	

Ref: 1 [414, 415], 2 [416], 3 [417, 418], 4 [419, 420], 5 [421], 6 [283, 422, 423], 7 [424], 8 [414], 9 [425], 10 [416], 11 [417-420], 12 [284, 285, 426-431], 13 [432, 433], 14 [434], 15 [435], 16 [416, 436], 17 [437-440], 18 [441-443], 19 [444-447], 20 [421], 21 [448-450], 22 [451], 23 [452-456], 24 [457], 25 [458], 26 [459-461], 27 [462, 463], 28 [464], 29 [465], 30 [466]

Literatur

1 Gunderson JG, Weinberg I, Choi-Kain LW: Borderline personality disorder. Focus 2013;11(2):129-145.

- 2 Kernberg OF, Michels R: Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(5):505-508.
- 3 Gunderson JG: The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2016;173(5):452-458.
- 4 Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S: Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Brit J Psychiatry* 2006;188(5):423-431.
- 5 Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ: Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010;24(4):412-426.
- 6 Volkert J, Gablonski TC, Rabung S: A systematic review and meta-analysis on the prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: 15th International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD). Heidelberg, Germany, 2017, Free Communication Symposium Treatment III,
- 7 Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):533-545.
- 8 Gunderson JG: Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(11):1637-1640.
- 9 Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F: Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377(9759):74-84.
- 10 Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC, Yen S, Stout RL, Skodol AE: New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of followups: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Addiction* 2009;104(1):97-103.
- 11 Euler S, Sollberger D, Bader K, Lang UE, Walter M: Persönlichkeitsstörungen und Sucht: Systematische Literaturübersicht zu Epidemiologie, Verlauf und Behandlung. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie* 2015;83(10):544-554.
- 12 Biskin RS, Paris J: Diagnosing borderline personality disorder. *Can Med Assoc J* 2012;184(16):1789-1794.
- 13 Chanen AM, Sharp C, Hoffman P: Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry* 2017;16(2):215-216.
- 14 Sisti D, Segal AG, Siegel AM, Johnson R, Gunderson J: Diagnosing, disclosing, and documenting borderline personality disorder: a survey of psychiatrists' practices. *J Pers Disord* 2016;30(6):848-856.
- 15 WHO: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
- 16 APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, D. C., American Psychiatric Pub, 2013.
- 17 Clarkin JF, De Panfilis C: Developing conceptualization of borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013;201(2):88-93.
- 18 Ellison WD, Rosenstein L, Chelminski I, Dalrymple K, Zimmerman M: The clinical significance of single features of borderline personality disorder: anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *J Pers Disord* 2016;30(2):261-270.
- 19 Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M, Chanen A, Goodman M, Mehlum L, Moran P, Newton-Howes G, Scott L, Sharp C: The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *J Pers Disord* 2017;31(5):577-589.
- 20 Mulder RT, Horwood J, Tyrer P, Carter J, Joyce PR: Validating the proposed ICD-11 domains. *Personal Mental Health* 2016;10(2):84-95.
- 21 Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M: A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003;29(2):263-279.
- 22 Walter M, Euler S, Sollberger D: Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Stuttgart, Kohlhammer, 2016.
- 23 Sharp C, Fonagy P: Practitioner Review: borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(12):1266-1288.
- 24 Gunderson JG: Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry* 2009;166(5):530-539.
- 25 Bateman A: Treating borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry* 2012;169(6):560-563.

- 26 Chanen AM, Kaess M: Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiat Rep* 2012;14(1):45-53.
- 27 Herpertz SC: Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2011;82(1):9-15.
- 28 Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P: Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;40:6-19.
- 29 Biskin RS: The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2015;60(7):303-308.
- 30 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2010;167(6):663-667.
- 31 Frankenburg FR, Zanarini MC: The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry* 2004;65(12):1660-1665.
- 32 Hopwood CJ, Zanarini MC: Borderline personality traits and disorder: predicting prospective patient functioning. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(4):585-589.
- 33 Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB: A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2010;24(3):365-376.
- 34 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM: Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry* 2016;173(7):688-694.
- 35 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapie für Borderline Persönlichkeitsstörung - Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart, Schattauer, 2008.
- 36 Kernberg OF: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt, Suhrkamp, 1978.
- 37 Linehan MM: Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, Guilford Press, 1993.
- 38 Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford, Oxford University Press 2004.
- 39 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: Schema therapy: a practitioner's guide. New York, Guilford Press, 2003.
- 40 Bohus M, Doering S, Schmitz B, Herpertz SC: Allgemeine Prinzipien in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009;59(3/4):149-157.
- 41 Bateman A, Gunderson J, Mulder R: Treatment of personality disorder. *Lancet* 2015;385(9969):735-743.
- 42 Sollberger D, Walter M: Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2010;78(12):698-708.
- 43 Forster C, Berthollier N, Rawlinson D: A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother*, 10.4172/2161-0487.1000133.
- 44 Clarkin JF, Levy KN: Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006;62(4):405-410.
- 45 McMains SF, Boritz TZ, Leybman MJ: Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychother Integr* 2015;25(1):20-29.
- 46 Kramer U: Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychother Res*, 2017 Sep 25 DOI: 10.1080/10503307.2017.1377358.
- 47 Links PS, Shah R, Eynan R: Psychotherapy for borderline personality disorder: progress and remaining challenges. *Curr Psychiat Rep* 2017;19(3):1-16.
- 48 NICE: Borderline personality disorder: the nice guideline on treatment and management. London, The British Psychological Society, 2009.
- 49 AWMF: S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen. Heidelberg, Steinkopff, 2013.
- 50 Bohus M, Kroger C: Psychopathologie und psychotherapie der borderline-persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2011;82(1):16-24.
- 51 Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC, Lieb K, Berger M, Roepke S, Heinz A, Gallinat J, Lyssenko L: Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2016;87(7):739-745.
- 52 Chanen AM: Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *J Clin Psychol* 2015;71(8):778-791.

- 53 Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P: Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74(4):319-328.
- 54 Paris J: Making psychotherapy for borderline personality disorder accessible. *Ann Clin Psychiatry* 2015;27(4):297-301.
- 55 Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT: What works in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 2017;4(1):21-30.
- 56 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Benjamin LS: User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID-II. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1997.
- 57 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen H: SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe 1997
- 58 Loranger AW, Janca A, Sartorius N: Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- 59 Mombour W, Zaudig M, Berger P, Gutierrez K, Berner W, Berger K, Cranach Mv, Giglhuber O, Bose Mv: International Personality Disorder Examination (IPDE). Göttingen, Hogrefe, 1996.
- 60 Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RFW, Ferguson B: The international personality disorder examination: the world health organization/alcohol, drug abuse, and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(3):215-224.
- 61 Bronisch T, Hiller W, Mombour W, Zaudig M: IDCL-P: Internationale Diagnose Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV, Manual. Bern, Huber, 1995.
- 62 Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, van den Bosch WMC, de Bie AJHT: Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Pers Disord* 2003;17(1):45-59.
- 63 Kröger C, Vonau M, Kliem S, Roepke S, Kosfelder J, Arntz A: Psychometric properties of the german version of the borderline personality disorder severity index-version IV. *Psychopathol* 2013;46(6):396-403.
- 64 Zanarini MC: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord* 2003;17(3):233-242.
- 65 Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Schatz DS, Schotte C, DeDoncker D, Schüßler G: Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Z Psychosom Med Psychother* 2007;53(2):111-128.
- 66 Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J: A screening measure for BPD: the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord* 2003;17(6):568-573.
- 67 Henze R, Barth J, Parzer P, Bertsch K, Schmitt R, Lenzen C, Herpertz SC, Resch F, Brunner R, Kaess M: Validierung eines Screening-Instruments zur Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter – Gütekriterien und Zusammenhang mit dem Selbstwert der Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013;81(6):324-330.
- 68 Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C: The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *J Pers Disord* 2006;20(3):247-260.
- 69 Zimmermann J, Benecke C, Bender DS, Skodol AE, Krueger RF, Leising D: Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut* 2013;58(5):455-465.
- 70 Herpertz SC: Was bringt das DSM-V Neues zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen? *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2015; 59:261-266.
- 71 Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE: Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012;42(9):1879-1890.
- 72 Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T, Holtforth MG, Pretsch J, Alexopoulos J, Spitzer C, Benecke C, Krueger RF, Markon KE: The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *J Pers Disord* 2014;28(4):518-540.
- 73 Morey LC: Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 level of personality functioning scale. *Psychol Assess* 2017;29(10):1302-1308.
- 74 Hutsebaut J, Kamphuis JH, Feenstra DJ, Weekers LC, De Saeger H: Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Pers Disord Theor Res Treat* 2017;8(1):94-101.
- 75 Skodol AE: Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Curr Opin Psychol* 2017;21:33-38.
- 76 Miller JD, Sleep C, Lynam DR: DSM-5 alternative model of personality disorder: testing the trait perspective captured in Criterion B. *Curr Opin Psychol* 2017;21:50-54.

- 77 Bach B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E: ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: finding a common ground. *Aust N Z J Psychiatry*, 2017 August 23 DOI: 10.1177/0004867417727867.
- 78 Groves JA, Engel RR: The German adaptation and standardization of the Personality Assessment Inventory (PAI). *J Pers Assess* 2007;88(1):49-56.
- 79 Morey LC: Personality assessment inventory (PAI): professional manual. Odessa, Psychological Assessment Resources, 2007.
- 80 Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Steil R, Philipsen A, Wolf M: The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathol* 2009;42(1):32-39.
- 81 Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kühler T, Stieglitz RD: Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathol* 2007;40(2):126-132.
- 82 Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE: Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(2):159-172.
- 83 Gratz KL, Roemer L: Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav* 2004;26(1):41-54.
- 84 Dan-Glauser ES, Scherer KR: The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss J Psychol* 2013;72(1):5-11.
- 85 Schwenkmezger P, Hodapp V: A questionnaire for assessing anger and expression of anger. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1991;39(1):63-68.
- 86 Hartmann AS, Rief W, Hilbert A: Psychometric properties of the German Version of the Barratt Impulsiveness Scale, version 11 (Bis-11) for adolescents. *Percept Mot Skills* 2011;112(2):353-368.
- 87 Kröger C, Kosfelder J: Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung: IES-27; Manual. Göttingen, Hogrefe, 2011.
- 88 Spitzer C, Freyberger H, Brähler E, Beutel ME, Stieglitz R: Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). *PPmP* 2015;65(03/04):134-139.
- 89 Mueller A, Claes L, Smits D, Brahler E, de Zwaan M: Prevalence and Correlates of Self-Harm in the German General Population. *PloS one* 2016;11(6):1-17.
- 90 Pukrop R, Gentil I, Steinbring I, Steinmeyer E: Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *J Pers Disord* 2001;15(5):450-456.
- 91 Hentschel AG, Livesley J: Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personal Ment Health* 2013;7(2):133-142.
- 92 Zimmermann J, Benecke C, Horz-Sagstetter S, Dammann G: Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Z Psychosom Med Psychother* 2015;61(1):5-18.
- 93 Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M: The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PloS one* 2015;10(12):1-14.
- 94 Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B: Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one* 2016;11(7):1-28
- 95 Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version (Testmappe): 2. überarbeitete und neunormierte Auflage. Weinheim, Beltz, 2000.
- 96 Ehrenthal JC, Dinger U, Horsch L, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Grande T, Schauenburg H: Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP* 2012;62(01):25-32.
- 97 Staun L: Mentalisieren bei Depressionen, ed 1. Stuttgart, Klett-Cotta, 2017.
- 98 Levy KN, Edell WS, McGlashan TH: Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiat Quart* 2007;78(2):129-143.
- 99 Silk KR: The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *J Pers Disord* 2010;24(1):25-37.
- 100 Beatson JA, Rao S: Depression and borderline personality disorder. *Med J Aust* 2012;197(11):620-621.
- 101 Bayes AJ, McClure G, Fletcher K, Roman Ruiz Del Moral YE, Hadzi-Pavlovic D, Stevenson JL, Manicavasagar VL, Parker GB: Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2016;133(3):187-195.
- 102 Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A, Ganança L, Solmi M, Veronese N, Stubbs B: The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;195:105-118.

- 103 Frías A, Baltasar I, Birmaher B: Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* 2016;202:210-219.
- 104 Bayes AJ, Parker GB, Fletcher K: Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27(1):14-20.
- 105 Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B: Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Nervenarzt* 2013;84(5):608-614.
- 106 Zanarini MC: Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(1):89-101.
- 107 Dulz B, Herpertz SC, Sachse R, Kernberg OF: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2011.
- 108 McFetridge MA, Milner R, Gavin V, Levita L: Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open* 2015;1(1):18-20.
- 109 Sack M: Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 2004;75(5):451-459.
- 110 Frías A, Palma C: Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathol* 2015;48(1):1-10.
- 111 Fiedler P, Herpertz SC: *Persönlichkeitsstörungen*, ed 7. Weinheim, Basel, Beltz, 2016.
- 112 Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ: The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003;160(11):2018-2024.
- 113 Ford JD, Courtois CA: Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(9):1-17.
- 114 Fonagy P, Luyten P, Allison E: Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord* 2015;29(5):575-609.
- 115 Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1101-1106.
- 116 Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I: Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(1):113-119.
- 117 Dammann G, Benecke C: Psychotische Symptome bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2002;6(4):261ff.
- 118 Dammann G, Walter M: Zur Differenzialdiagnose psychotischer Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Borderlinestörungen. *Psychiat Praxis* 2003;30(6):304-311.
- 119 Barnow S, Arens EA, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Spitzer C, Lang S: Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Curr Psychiat Rep* 2010;12(3):186-195.
- 120 Matthies SD, Philipsen A: Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)—review of recent findings. *Curr Psychiat Rep* 2016;18(4):1-33.
- 121 Matthies SD, Philipsen A: Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)—review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(3):1-13.
- 122 Prada P, Hasler R, Baud P, Bednarz G, Ardu S, Krejci I, Nicastro R, Aubry JM, Perroud N: Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective. *Psychiatry Res* 2014;217(1-2):107-114.
- 123 Cavelti M, Corbisiero S, Bitto H, Moerstedt B, Newark P, Faschina S, Chanen A, Moggi F, Stieglitz RD: A comparison of self-reported emotional regulation skills in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *J Atten Disord*, 2017 April 2 DOI: 10.1177/1087054717698814.
- 124 Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E: Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2014;171(3):276-293.
- 125 Philipsen A: Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psy Clin N* 2006;256:42-46.
- 126 Asherson P, Young AH, Eich-Höchli D, Moran P, Porsdal V, Deberdt W: Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin* 2014;30(8):1657-1672.
- 127 Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, Secnik K: Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 2006;18(3):145-148.

- 128 Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz RD: HASE - Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen, Hogrefe, 2007.
- 129 Weibel S, Nicastro R, Prada P, Cole P, Rüfenacht E, Pham E, Dayer A, Perroud N: Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *J Affect Disord* 2017;226:85-91.
- 130 Gunderson JG, Links PS: Handbook of good psychiatric management (GPM) for borderline patients. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 2014.
- 131 Links PS, Ross J, Gunderson JG: Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2015;71(8):753-763.
- 132 Livesley WJ: Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J Pers Disord* 2012;26(1):17-42.
- 133 Bateman A, Krawitz R: Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford, Oxford University Press, 2016.
- 134 Livesley WJ: Integrated modular treatment for borderline personality disorder: a practical guide to combining effective treatment methods. Cambridge, Cambridge University Press, 2017.
- 135 Linehan MM, Davison GC, Lynch TR, Sanderson C: Technique factors in treating personality disorder; in Castonguay LG, Beutler LE (eds): Principles of therapeutic change that work Oxford, Oxford University Press, 2006, pp 239–252.
- 136 Kramer U, Flückiger C, Kolly S, Caspar F, Marquet P, Despland JN, De Roten Y: Unpacking the effects of therapist responsiveness in borderline personality disorder: motive-oriented therapeutic relationship, patient in-session experience, and the therapeutic alliance. *Psychother Psychosom* 2014;83(6):386-387.
- 137 Caspar F: Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse, ed 3. Bern, Huber, 2007.
- 138 Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG: Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harv Rev Psychiatry* 2016;24(5):342-356.
- 139 Bateman A, Fonagy P: Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1355-1364.
- 140 McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS: Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012;169(6):650-661.
- 141 McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL: A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1365-1374.
- 142 Bateman A, Fonagy P: 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165(5):631-638.
- 143 Herpertz SC, Rudolf G, Lieb K: Borderline-Persönlichkeitsstörungen; in Herpertz S, Caspar F, Lieb K (eds): Psychotherapie – Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München, Elsevier, 2017, pp 395-412.
- 144 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB: The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):929-935.
- 145 Rentrop M, Reicherzer M, Bäuml J: Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München, Urban & Fischer, 2007.
- 146 Taubner S, Bateman A, Fonagy P: Mentalisierungs-Basierte Therapie. Göttingen, Hogrefe, in Press.
- 147 Bohus M, Bathruff H: Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *PiD* 2000;1(04):55-66.
- 148 Fonagy P, Luyten P, Bateman A: Treating borderline personality disorder with psychotherapy: where do we go from here? *JAMA Psychiatry* 2017;74(4):316-317.
- 149 Kramer U, Kolly S, Berthoud L, Keller S, Preisig M, Caspar F, Berger T, De Roten Y, Marquet P, Despland JN: Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83(3):176-186.
- 150 Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(6):649-658.

- 151 Leichsenring F, Rabung S: Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 2011;199(1):15-22.
- 152 Davidson KM, Tran CF: Impact of treatment intensity on suicidal behavior and depression in borderline personality disorder: a critical review. *J Pers Disord* 2014;28(2):181-197.
- 153 Linehan MM, Wilks CR: The course and evolution of dialectical behavior therapy. *Am J Psychother* 2015;69(2):97-110.
- 154 Karterud S: *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford, Oxford University Press, 2015.
- 155 Farrell JM, Shaw IA: *Schematherapie in Gruppen-Therapiemanual für die Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, Beltz, 2013.
- 156 Euler S: Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie; in Taubner S, Bateman A, Fonagy P (eds): *Mentalisierungs-Basierte Therapie*. Göttingen, Hogrefe, in press
- 157 Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S: Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012;32(5):400-412.
- 158 Rusch N, Schiel S, Corrigan PW, Leihener F, Jacob GA, Olschewski M, Lieb K, Bohus M: Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39(4):497-503.
- 159 Euler S: Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als integratives Behandlungskonzept für die Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychiat Neurol* 2014;3:6-11.
- 160 Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brüne M: Exploring the effectiveness of combined mentalizationbased group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder: a pilot study. *Brit J Clin Psychol* 2017;56(1):1-15.
- 161 Zell Roth P, Benecke C, Walter M: *Psychotherapeutische Tagesklinik. Konflikt- und Strukturorientierte Behandlung nach Operationalisierter Psychodynamischer Therapie (OPT)*. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2017;21(2):97-108.
- 162 Agarwalla PA, Küchenhoff J, Sollberger D, Gremaud-Heitz DJ, Riemenschneider A, Walter M, Dammann G: Ist die stationäre störungsspezifische Behandlung von Borderline-Patienten einer herkömmlichen psychiatrischen/ psychotherapeutischen stationären Behandlung überlegen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr Psychol* 2013;164(6):194-205.
- 163 Dammann G, Riemenschneider A, Walter M, Sollberger D, Küchenhoff J, Gündel H, Clarkin JF, Gremaud-Heitz DJ: Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology. *Psychopathol* 2016;49(3):172-180.
- 164 Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004;42(5):487-499.
- 165 Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW: Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiat Serv* 2012;63(9):881-888.
- 166 Sollberger D, GremaudoHeitz D, Riemenschneider A, Agarwalla P, Benecke C, Schwald O, Küchenhoff J, Walter M, Dammann G: Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother* 2015;22(6):559-569.
- 167 Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1563-1569.
- 168 Bales D, van Beek N, Smits M, Willemsen S, Busschbach JJ, Verheul R, Andrea H: Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Pers Disord* 2012;26(4):568-582.
- 169 Reiss N, Lieb K, Arntz A, Shaw IA, Farrell J: Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2014;42(3):355-367.
- 170 Bolm T, Herzog T: *Mentalisierungsbasierte Behandlung schwerer Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgen in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie, Christophsbad Göppingen*; in Dulz B, Martius P, Fabian E (eds): *Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen in Deutschland*. Stuttgart, Schattauer, 2009, pp 91-98.
- 171 Euler S, Walter M: *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)*. Stuttgart, Kohlhammer, 2018.
- 172 Dammann G, Dulz B, Lohmer M, Kernberg OF: *Borderline-Störung. Stationäre psychodynamische Therapie - TFP-Manual*. Göttingen, Hofrege, 2017.

- 173 Farrell JM, Reiss N, Shaw IA: The schema therapy clinician's guide - a complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. Sussex, Wiley, 2014.
- 174 Knaak S, Szeto ACH, Fitch K, Modgill G, Patten S: Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2015;2(9):1-8.
- 175 Sadeh N, Londahl-Shaller EA, Piatigorsky A, Fordwood S, Stuart BK, McNiel DE, Klonsky ED, Ozer EM, Yaeger AM: Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Res* 2014;216(2):217-222.
- 176 Steinert T, Steib ML, Uhlmann C, Tschöke S: Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Hogrefe, 2014.
- 177 Arnsten AF: The biology of being frazzled. *Science* 1998;280(5370):1711-1712.
- 178 Caspar F, Kächele H: Fehlentwicklungen in der Psychotherapie; in Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (eds): Störungsorientierte Psychotherapie. München, Elsevier, 2008, pp 729-743.
- 179 Kraus DR, Castonguay LG, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA: Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother Res* 2011;21(3):267-276.
- 180 Strauß B, Linden M, Haupt ML, Kaczmarek S: Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2012;57(5):385-394.
- 181 Gunderson JG: Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington, D.C., American Psychiatric Pub, 2009.
- 182 Reisch T, Thommen M, Endtner K, Tschacher W: Psychotherapieverläufe von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung. Forschungsberichte der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern 2009;retrieved from http://www.upd.unibe.ch/research/researchpapers/FB09_03.pdf.
- 183 Lambert MJ, Shimokawa K: Collecting client feedback. *Psychother* 2011;48(1):72-79.
- 184 Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S: Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder—a systematic review and metaanalysis. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(5):327-338.
- 185 Linehan MM: Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996.
- 186 Portwich POW: Die Arzt-Patient-Beziehung im Fokus: Was Michael Balint uns heute noch zu sagen hat. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2014;165(1):4-9.
- 187 Lana F, Fernández-San Martín M: To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(4):242-252.
- 188 Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;15(8):CD005652.
- 189 Linehan MM: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford Press, 1993.
- 190 Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF: A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient. Lanham, Rowman and Littlefield Pub, 2002.
- 191 Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P: Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196(5):389-395.
- 192 Perry JC, Banon E, Ianni F: Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156(9):1312-1321.
- 193 Gunderson JG: Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord* 2010;24(6):694-708.
- 194 Atkey S, Habinski L, Barnhart R, Streiner D, Guimond T, McMains SF: Predictors of employment in individuals in treatment for borderline personality disorder: Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Toronto, 2017.
- 195 Pascual JC, Palomares N, Ibanez A, Portella MJ, Arza R, Reyes R, Feliu-Soler A, Diaz-Marsa M, Saiz-Ruiz J, Soler J, Carrasco JL: Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;15(255):1-9.
- 196 Kazdin AE: Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.
- 197 Kramer U: Mechanisms of change in treatments of personality disorders: Introduction to the special section. *J Pers Disord* in press
- 198 Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsu AD, McDavid JD, Comtois KA, Murray-Gregory AM: Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with

- borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72(5):475-482.
- 199 Scala JW, Ellison WD, Levy KN: The working alliance in the treatment of borderline personality disorder: a meta-analysis: the 45th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Copenhagen, 2014,
- 200 Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman K, Arntz A: The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(1):104-115.
- 201 Levy KN, Beeney JE, Wasserman RH, Clarkin JF: Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychother Res* 2010;20(4):413-422.
- 202 Caspar F, Grosse Holtforth M: Responsiveness—eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2009;38(1):61-69.
- 203 Stiles WB, HonosoWebb L, Surko M: Responsiveness in psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pr* 1998;5(4):439-458.
- 204 Muran JC, Safran JD, Samstag LW, Winston A: Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychother Theor Res Pract Train* 2005;42(4):532-545.
- 205 Boritz TZ, Barnhart R, Eubanks C, McMMain SF: Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *J Pers Disord* in press
- 206 Sledge W, Plakun EM, Bauer S, Brodsky B, Caligor E, Clemens NA, Deen S, Kay J, Lazar S, Mellman LA, Myers M, Oldham J, Yeomans FE: Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(16):1-8.
- 207 McMMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL: A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135(2):138-148.
- 208 Gross JJ, Thompson RA: Emotion regulation: conceptual foundations; in Gross JJ (ed) *Handbook of Emotion Regulation*. London, Guilford Press, 2007, pp 3-24.
- 209 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N: 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* 2006;63(7):757-766.
- 210 Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM: Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol* 2006;62(4):459-480.
- 211 McMMain SF, Links PS, Guimond T, Wnuk S, Eynan R, Bergmans Y, Warwar S: An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychother Res* 2013;23(6):658-673.
- 212 Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM: Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2010;48(9):832-839.
- 213 Kramer U, Keller S, Caspar F, de Roten Y, Despland JN, Kolly S: Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: a mediation analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017;85(5):530-535.
- 214 Berthoud L, Pascual-Leone A, Caspar F, Tissot H, Keller S, Rohde KB, de Roten Y, Despland JN, Kramer U: Leaving distress behind: a randomized controlled study on therapist responsiveness and client emotional processing in borderline personality disorder. *Psychiatry* 2016;80(2):139-154
- 215 Kramer U, PascualoLeone A, Berthoud L, Roten Y, Marquet P, Kolly S, Despland JN, Page D: Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour informed skills training for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2016;23(3):189-202.
- 216 Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M: Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. London, University College London, 1998.
- 217 Taubner S, Hörz S, Fischer-Kern M, Doering S, Buchheim A, Zimmermann J: Internal structure of the reflective functioning scale. *Psychol Assess* 2013;25(1):127-135.
- 218 Fonagy P, Bateman A: Mechanisms of change in mentalization based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006;62(4):411-430.
- 219 Sharp C, Kalpakci A: Mentalization in borderline personality disorder: from bench to bedside. *Personal Disord* 2015;6(4):347-355.
- 220 Fonagy P, Luyten P, Bateman A: Translation: mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2015;6(4):380-392.

- 221 Chapman AL, Dixon-Gordon KL: Mentalization as a common process in treatments for borderline personality disorder: commentary on the special issue on mentalization in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2015;6(4):393-394.
- 222 Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(6):1027-1040.
- 223 Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, Schuster P, Buchheim P, Buchheim A: Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Br J Psychiatry*, 2015 May 21 DOI: 10.1192/bjp.bp.113.143842
- 224 De Meulemeester C, Vansteelandt K, Luyten P, Lowyck B: Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: a parallel process growth modeling approach. *Personal Disord*, 2017 Jun 01 DOI: 10.1037/per0000256.
- 225 Maillard P, Dimaggio G, de Roten Y, Berthoud L, Despland J-N, Kramer U: Metacognition as a predictor of change in the treatment for borderline personality disorder: a preliminary pilot study. *J Psychother Integr* 2017;27(4):445-459.
- 226 Dammann G, Buchheim P, Clarkin JF, Kernberg OF: Die Arbeit mit Therapievereinbarungen in der übertragungsfokussierten, psychodynamischen Therapie von Borderline-Störungen. Stuttgart, New York, Georg Thieme, 2001.
- 227 Bohus M: Borderline-Störung. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2002.
- 228 Koerner K: Praxisbuch DBT: Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Weinheim, Beltz, 2013.
- 229 Reicherzer M: Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)–Grundlagen und Dialektisch-Behaviorale Therapie: CIP-Medien. München, 2013, 18, pp 9-34.
- 230 Bohus M, Wolf-Areholt M: Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten Das Therapeutenmanual. Stuttgart, Schattauer, 2013.
- 231 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1060-1064.
- 232 Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W: Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;182(2):135-140.
- 233 Bateman A, Fonagy P: Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford, Oxford University Press, 2016.
- 234 Euler S, Schultz-Venrath U: Theorie und Praxis der mentalisierungs-basierten Therapie (MBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date* 2014;8(6):393-407.
- 235 Bateman A, Fonagy P: Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, D.C., American Psychiatric Pub, 2012.
- 236 Lieberman MD: Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;58:259-289.
- 237 Bateman A, Fonagy P: Individual techniques of the basic model; in Bateman A, Fonagy P (eds): Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, D.C., American Psychiatric Pub, 2012, pp 67-80.
- 238 Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M: Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127(4):305-317.
- 239 Bateman A, Fonagy P: Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2013;203(3):221-227.
- 240 Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P: A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 2016;16(304):1-11.
- 241 Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord* 2001;15(6):487-495.
- 242 Clarkin JF, Kernberg OF: Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide. Washington, D. C., American Psychiatric Pub, 2015.
- 243 Kernberg OF: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta, 1988.
- 244 Kooiman CG, Kuipers GH, Huffstadt CH: Transference focused psychotherapy (TFP) and principles of mentalisation in inpatient psychotherapy: a matter of form and content. *Tijdschr Psychiatr* 2012;55(12):939-948.
- 245 Lackinger F, Dammann G, Wittmann B: Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Stuttgart, Schattauer, 2008.

- 246 Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):922-928.
- 247 Yeomans FE: Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):609-610.
- 248 Young JE: *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*, ed Rev. Sarasota, FL, Professional Resource Press, 1994.
- 249 Farrell JMS, I. A.: *Group schema therapy for borderline personality disorder: a step-by-step treatment manual with patient workbook*. Sussex, Wiley, 2012.
- 250 Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ: Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013;33(3):426-447.
- 251 Arntz A, van Genderen H: *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, Beltz, 2010.
- 252 Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London, Penguin, 1979.
- 253 Farrell JM, Shaw IA, Webber MA: A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40(2):317-328.
- 254 Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Kremers IP, Nadort M, Severens JL: Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Brit J Psychiatry* 2008;192(6):450-457.
- 255 Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, Arndt S, Black DW: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2008;165(4):468-478.
- 256 Streeck U: Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode; in Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen* Stuttgart, Schattauer, 2011, pp 576-583.
- 257 Benjamin LS: *Diagnosis and treatment of mental disorders*. New York, Guilford Press, 1993.
- 258 Rudolf G: *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*, ed 3. Stuttgart, Schattauer, 2013.
- 259 Ryle A, Kerr IB: *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice*. Chichester, John Wiley & Sons, 2003.
- 260 Breil J, Sachse R: Klärungsorientierte Verhaltenstherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung; in Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2011, pp 652-666.
- 261 Pos AE, Greenberg LS: Organizing awareness and increasing emotion regulation: revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2012;26(1):84-107.
- 262 Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E: Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: a public sector pilot study. *Cogn Behav Pract* 2012;19(4):527-544.
- 263 Gregory RJ, DeLucia-Deranja E, Mogle JA: Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2010;198(4):292-298.
- 264 Høglend P, Hersoug AG, Bøggwald KP, Amlo S, Marble A, Sørbye Ø, Røssberg JI, Ulberg R, Gabbard GO, Crits-Christoph P: Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(5):697-706.
- 265 Cottraux J, Note ID, Boutitie F, Milliere M, Genouihlac V, Yao SN, Note B, Mollard E, Bonasse F, Gaillard S: Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. *Psychother Psychosom* 2009;78(5):307-316.
- 266 Davidson KM, Tyrer P, Tata P, Cooke D, Gumley A, Ford I, Walker A, Bezlyak V, Seivewright H, Robertson H: Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med* 2009;39(4):569-577.
- 267 Emmelkamp PMG, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, Van Apeldoorn FJ: Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;189(1):60-64.
- 268 Caspar F, Berger T: Allgemeine Psychotherapie; in Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2011, pp 667-689.
- 269 Bohus M, Herpertz SC, Falkai P: Modulare Psychotherapie–Rationale und Grundprinzipien. *Die Psychiatrie* 2012;9(2):89-97.

- 270 Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF: Integrated treatment for personality disorder: a modular approach. New York, Guilford Publications, 2015.
- 271 Stoffers JM, Lieb K: Pharmacotherapy for borderline personality disorder - current evidence and recent trends. *Curr Psychiat Rep* 2015;17(534)
- 272 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM: Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatr Serv* 2015;66(1):15-20.
- 273 Martinho E, Fitzmaurice GM, Frankenburg FR, Zanarini MC: Pro re nata (as needed) psychotropic medication use in patients with borderline personality disorder and subjects with other personality disorders over 14 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharm* 2014;34(4):499-503.
- 274 APA: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington, D. C., American Psychiatric Pub, 2001.
- 275 Mercer D, Douglass AB, Links PS: Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord* 2009;23(2):156-174.
- 276 Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(6):CD005653.
- 277 Ingenhoven TJ, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden HJ: Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Psychiat Pract* 2010;17(1):21-34.
- 278 Vita A, De Peri L, Sacchetti E: Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *J Clin Psychopharm* 2011;31(5):613-624.
- 279 Ingenhoven TJ: Pharmacotherapy for borderline patients: business as usual or by default? *J Clin Psychiatry* 2015;76(4):e522-523.
- 280 Kahl KG, Greggersen W, Schweiger U, Cordes J, Correll CU, Frieling H, Balijepalli C, Löscher C, Moebus S: Prevalence of the metabolic syndrome in patients with borderline personality disorder: results from a cross-sectional study. *Eur Arch Psy Clin N* 2013;263(3):205-213.
- 281 Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ: Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Focus* 2013;11(2):225-248.
- 282 Herpertz SC, Zanarini MC, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Moller HJ, Disorders WTFoP, World Federation of Societies of Biological Psychiatry: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry* 2007;8(4):212-244.
- 283 Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, Pearlstein T: Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):379-385.
- 284 Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JHR, Gallop RJ: Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiat* 2008;69(6):999-1005.
- 285 Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, Pérez V: Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(6):1221-1224.
- 286 Dammann G: Schwierigkeiten bei der Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2006;10(4):246-257.
- 287 Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I: The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162(10):1911-1918.
- 288 Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray AM, Comtois KA, Linehan MM: Treating co-occurring axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Pers Disord Theor Res Treat* 2009;S(1):35-45.
- 289 Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364(9432):453-461.
- 290 Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B: Avoidant personality disorder: a current review. *Curr Psychiat Rep*, 2016, Feb 1 DOI: 10.1007/s11920-016-0665-6.
- 291 Euler S, Stalujanis E, Spitzer C: Aktueller Stand der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychiatr Psychother in press*
- 292 Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J, Clark LA: The structure of personality pathology: both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol* 2015;124(2):387-398.

- 293 Köhling J, Ehrental JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U: Quality and severity of depression in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;37:13-25.
- 294 Sipos V, Bohus M, Schweiger U: Dialektisch-behaviorale Therapie für Essstörungen (DBT-E). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011;61(2):87-91.
- 295 Choi-Kain LW, Gunderson JG: *Borderline Personality and Mood Disorders*. New York, Springer, 2016.
- 296 Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, Penninx BW, Beekman AT: Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J Affect Disord* 2013;151(1):23-30.
- 297 Küchenhoff J: Psychotherapie der Depression. *Schweiz Med Forum* 2012;12(12):267-271.
- 298 Bateman A, Fonagy P: Borderline personality disorder and mood disorders: mentalizing as a framework for integrated treatment. *J Clin Psychol* 2015;71(8):792-804.
- 299 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter U, Keck ME, Rennhard S, Hatzinger M, Merlo M, Bondolfi G: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 1. Teil. *Schweiz Med Forum* 2010;10(46):802-809.
- 300 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, Keck ME, Rennhard S, Hatzinger M, Merlo M, Bondolfi G: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 2. Teil. *Schweiz Med Forum* 2010;10(47):818-822.
- 301 Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC, Rucci P, Frank E: The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(5):719-729.
- 302 Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Grilo CM, Markowitz JC, Morey LC, Sanislow CA, Yen S, Zanarini MC, Keuroghlian AS: Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over ten years. *J Clin Psychiat* 2014;75(8):829-834.
- 303 Zimmerman M: Improving the recognition of borderline personality disorder in a bipolar world. *J Pers Disord* 2016;30(3):320-335.
- 304 Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Sanislow CA, Yen S, Morey LC: Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(7):1173-1178.
- 305 MarshalloBerenz EC, Morrison JA, Schumacher JA, Coffey SF: Affect intensity and lability: the role of posttraumatic stress disorder symptoms in borderline personality disorder. *Depress Anxiety* 2011;28(5):393-399.
- 306 Boritz TZ, Barnhart R, McMinn SF: The influence of posttraumatic stress disorder on treatment outcomes of patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2016;30(3):395-407.
- 307 Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM: Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167(10):1210-1217.
- 308 Bach B, Fjeldsted R: The role of DSM-5 borderline personality symptomatology and traits in the link between childhood trauma and suicidal risk in psychiatric patients. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017;4(12):1-10.
- 309 Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A: An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse Negl* 2015;39:147-155.
- 310 O'Brien BS, Sher L: Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health* 2013;25(3):201-205.
- 311 Vignarajah B, Links PS: The clinical significance of comorbid posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder: case study and literature review. *Personal Ment Health* 2009;3(3):217-224.
- 312 Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR: Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):827-832.
- 313 Harned MS, Korslund KE, Linehan MM: A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014;55:7-17.
- 314 Barnicot K, Priebe S: Posttraumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personal Ment Health* 2013;7(3):181-190.
- 315 Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, Niedtfeld I, Steil R: Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013;82(4):221-233.

- 316 Steuwe C, Rullkötter N, Ertl V, Berg M, Neuner F, Beblo T, Driessen M: Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder—a pilot study. *BMC Psychiatry* 2016;16(254):1-11.
- 317 McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Stout RL: The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic cooccurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(4):256-264.
- 318 Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM, Weiss RD: The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction* 2011;106(2):342-348.
- 319 Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ: Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* 2014;28(5):734-750.
- 320 Preuss UW, Koller G, Barnow S, Eikmeier M, Soyka M: Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(5):866-877.
- 321 Chen EY, Brown MZ, Lo TTY, Linehan MM: Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(2):125-129.
- 322 Van Den Bosch LMC, Verheul R: Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(1):67-71.
- 323 Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR: Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002;67(1):13-26.
- 324 Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA: Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *Am J Addict* 1999;8(4):279-292.
- 325 Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neill TW: Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comp Psychiat* 2005;46(5):371-379.
- 326 Ball SA, Maccarelli LM, LaPaglia DM, Ostrowski MJ: Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(5):319-328.
- 327 Gregory RJ, Remen AL: A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychother Theor Res Pract Train* 2008;45(1):15-27.
- 328 Kienast T, Stoffers J, Bempohl F, Lieb K: Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl* 2014;111(16):280-286.
- 329 Lee NK, Cameron J, Jenner L: A systematic review of interventions for cooccurring substance use and borderline personality disorders. *Drug Alcohol Rev* 2015;34(6):663-672.
- 330 Bohus M, Stieglitz RD, Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen; in Berger M (ed) *Psychiatrie und Psychotherapie*. München, Urban & Schwarzenberg, 1999, pp 771 – 846.
- 331 Ralevski E, Ball SA, Nich C, Limoncelli D, Petrakis I: The impact of personality disorders on alcohol use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid axis I disorders. *Am J Addict* 2007;16(6):443-449.
- 332 Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, Merkouris SS, Francis KL, Christensen DR: The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord* 2015;29(6):735-754.
- 333 Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J, Schmahl C, Bohus M: Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192(2):118-123.
- 334 Prada P, Nicastro R, Zimmermann J, Hasler R, Aubry JM, Perroud N: Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. *ADHD* 2015;7(3):199-209.
- 335 Perroud N, Badoud D, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Küng AL, Luyten P, Fonagy P, Dayer A, Aubry JM: Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2017;256:334-341.
- 336 Golubchik P, Sever J, Zalsman G, Weizman A: Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *Ind Clin Psychopharm* 2008;23(4):228-231.
- 337 Gerlach G, Loeber S, Herpertz SC: Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2016;17(8):691-723.

- 338 Selby EA, Doyle P, Crosby RD, Wonderlich SA, Engel SG, Mitchell JD, Le Grange D: Momentary emotion surrounding bulimic behaviors in women with bulimia nervosa and borderline personality disorder. *J Psychiat Res* 2012;46(11):1492-1500.
- 339 Reas DL, Pedersen G, Karterud S, Rø Ø: Self-harm and suicidal behavior in borderline personality disorder with and without bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 2015;83(3):643-648.
- 340 Rowe SL, Jordan J, McIntosh VVW, Carter FA, Bulik CM, Joyce PR: Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42(12):1021-1029.
- 341 Zanarini MC, Reichman CA, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10year followup study. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):226-232.
- 342 Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM: Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord* 2008;41(6):505-512.
- 343 Telch CF, Agras WS, Linehan MM: Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):1061-1065.
- 344 Robinson P, Barrett B, Bateman A, Hakeem A, Hellier J, Lemonsky F, Rutterford C, Schmidt U, Fonagy P: Study protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 2014;14(51):1-10.
- 345 Pearson CM, Lavender JM, Cao L, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel StG, Mitchell JE, Peterson CB, Crow SJ: Associations of borderline personality disorder traits with stressful events and emotional reactivity in women with bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 2017;126(5):531-539.
- 346 Chanen AM, Jovev M, McCutcheon LK, Jackson HJ, McGorry PD: Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Curr Psychiatry Rev* 2008;4(1):48-57.
- 347 Schmeck K, Schlüter-Müller S: *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg, Berlin, Springer, 2009.
- 348 Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A: Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015;385(9969):727-734.
- 349 Kaess M, Brunner R, Chanen A: Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134(4):782-793.
- 350 Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M: ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(11):1307-1320.
- 351 Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, Jackson HJ: Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord* 2008;22(4):353-364.
- 352 Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ: Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):297-306.
- 353 Schmeck K, Schlüter-Müller S, Foelsch PA, Doering S: The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child Adolesc Ment Health* 2013;7(27):1-11.
- 354 Tyrer P: The likely classification of borderline personality disorder in adolescents in ICD-11; in Sharp C, Tackett JL (eds): *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York, Springer, 2014, pp 451-457.
- 355 Goth K, Schmeck K: *AIDA – Assessment of Identity Development in Adolescence*. Offenbach, Academic Tests, 2018.
- 356 Tromp NB, Koot HM: Dimensions of personality pathology in adolescents: psychometric properties of the DAPP-BQ-A. *J Pers Disord* 2008;22(6):623-638.
- 357 Schrobildgen C, Birkhölzer M, Schmeck K, Goth K: Diagnostik von Identitäts- und Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Psychiat Neurol* 2014;2:9-12.
- 358 Sharp C, Steinberg L, Temple J, Newlin E: An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: refinement of the BPFSC using IRT. *Pers Disord Theor Res Treat* 2014;5(1):70-78.
- 359 Goth K, Birkhölzer M, Schmeck K: *LoPF-Q 12-18 (Levels of Personality Functioning – Questionnaire)*. Offenbach, Academic Tests, 2018.
- 360 Goth K, Schrobildgen C, Schmeck K: *OPD-KJ2-SF (Operationalisierte Psycho-dynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Strukturfragebogen)*. Offenbach, Academic Tests, 2018.
- 361 NHMRC: *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne, Australia, NHMRC, 2012.
- 362 Chanen AM, McCutcheon LK: Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry* 2013;202(54):24-29.
- 363 Biskin RS: Treatment of borderline personality disorder in youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;22(3):230–234.

- 364 Paris J, Chenard-Poirier MP, Biskin R: Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comp Psychiat* 2013;54(4):321-325.
- 365 Newnham EA, Janca A: Childhood adversity and borderline personality disorder: a focus on adolescence. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27(1):68-72.
- 366 Seiffge-Krenke I: *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*, ed 2. Berlin, Springer, 2004.
- 367 Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD: Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol* 2005;17(4):1007-1030.
- 368 Fonagy P: The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry* 2015;14(2):137-150.
- 369 Fleischhaker C, Sixt B, Schulz E: *DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche: Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD*. Berlin, Springer, 2011.
- 370 Kristin von Auer A, Bohus M: *Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation - Das Therapeutenmanual*. Stuttgart, Schattauer, 2017.
- 371 Taubner S, Volkert J: *Mentalisierungs-basierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2017.
- 372 Foelsch PA, Schlüter-Müller S, Odom AE, Arena H, Borzutzky A, Schmeck K: *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT): Ein integratives Therapiekonzept für Persönlichkeitsstörungen*. Berlin, Springer, 2013.
- 373 Normandin L, Ensink K, Yeomans FE, Kernberg OF: Transference-focused psychotherapy for personality disorders in adolescence; in Sharp C, Tackett JL (eds): *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York, Springer, 2014, pp 333-359.
- 374 Loose C, Graaf P, Zarbock G: *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim, Beltz-Verlag, 2013.
- 375 Streeck-Fischer A, Cropp C, Streeck U, Salzer S: *Borderline-Störungen bei Jugendlichen: die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Göttingen, Hogrefe, 2016.
- 376 Schuppert HM, GiesenoBloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, Nauta MH: Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother* 2009;16(6):467-478.
- 377 Taubner S, Volkert J, Gablonski TC, Rossouw TI: Mentalization-based treatment for adolescents with borderline personality disorder - concept and efficacy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2017;66(6): 423-434.
- 378 Taubner S, Sevecke K, Rossouw TI: Mentalisierungs-basierte Therapie bei Jugendlichen (MBT-A) mit Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2015;19(1):33-43.
- 379 Klein DA, Miller AL: Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20(2):205-216.
- 380 Schmeck K, Schlüter-Müller S, Resch F: Persönlichkeitsstörungen; in Fegert JM, Eggers C, Resch F (eds): *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Heidelberg, New York, Springer, 2011, pp 635-652.
- 381 Schmeck K, Romanos M: Persönlichkeitsstörungen; in Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Warnke A, Wewetzer C (eds): *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie*. Wien, New York, Springer, 2016, pp 523-537.
- 382 Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM: Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adoles Psychiat* 2014;53(10):1082-1091.
- 383 Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B: Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adoles Psychiat* 2016;55(4):295-300.
- 384 Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, Germano D, Nistico H, McDougall E, Weinstein C: Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(6):477-484.
- 385 Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD: The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2009;15(3):163-172.
- 386 Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, Nauta MH: Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adoles Psychiat* 2012;51(12):1314-1323.
- 387 Rossouw TI, Fonagy P: Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adoles Psychiat* 2012;51(12):1304-1313.

- 388 Beck E, Bo S, Gondan M, Poulsen S, Pedersen L, Pedersen J, Simonsen E: Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016;17(314):1-13.
- 389 Krischer M, Ponton-Rodriguez T, Gooran GR, Bender S: Transference focused psychotherapy for borderline-adolescents in a day clinic treatment program. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2017;66(6):445-463.
- 390 Salzer S, Cropp C, Jaeger U, Masuhr O, Streeck-Fischer A: Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2014;44(10):2213-2222.
- 391 Fiedler P: Dissoziative Störungen. Göttingen, Hogrefe, 2013.
- 392 Scalabrini A, Cavicchioli M, Fossati A, Maffei C: The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *J Trauma Dissociation* 2017;18(4):522-543.
- 393 Zanarini MC, Frankenburg FR, JageroHyman S, Reich DB, Fitzmaurice G: The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10o year followoup study. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(4):291-296.
- 394 Stiglmayr CE, EbnerPriemer UW, Bretz J, Behm R, Mohse M, Lammers CH, Anghelescu IG, Schmahl C, Schlotz W, Kleindienst N: Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(2):139-147.
- 395 Korzekwa MI, Dell PF, Pain C: Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiat Rep* 2009;11(1):82-88.
- 396 Hoffman PD, Fruzzetti A, Swenson C: Dialectical behavior therapyofamily skills training. *Fam Process* 1999;38(4):399-414.
- 397 Werner EE, Smith RS: *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York, McGraw-Hill, 1982.
- 398 Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD: Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Pers Disord Theor Res Treat* 2012;3(1):76-91.
- 399 Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F: A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016;47:85-105.
- 400 Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S: Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health* 2015;18(3):67-75.
- 401 Arendt H: *Wie ich dazu kam, meiner Mutter den Tod zu wünschen*. Hamburg, Marta Press, 2016.
- 402 Reich J: *Biografien erwachsener Töchter von Borderline-Müttern*, ed 3. Hamburg, Marta Press, 2014.
- 403 Buck-Horstkotte S, Renneberg B, Rosenbach C: *Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Trainingsmanual »Borderline und Mutter sein«*. Weinheim, Beltz Verlag, 2015.
- 404 Newman L: Parents with borderline personality disorder –approaches to early intervention. *Australas Psychiatry* 2015;23(6):696-698.
- 405 Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF, Krueger RF: A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dev Psychopathol* 2009;21(3):687-713.
- 406 Shea TM, Edelen MO, Pinto A, Yen S, Gunderson JG, Skodol AE, Markowitz J, Sanislow CA, Grilo CM, Ansell E: Improvement in borderline personality disorder in relationship to age. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(2):143-148.
- 407 Paris J: Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10(6):315-323.
- 408 Paris J, Zweig-Frank H: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comp Psychiat* 2001;42(6):482-487.
- 409 Frías A, Palma C, Solves L, Martínez B, Salvador A: Differential symptomatology and functioning in borderline personality disorder across age groups. *Psychiatry Res* 2017;258:44-50.
- 410 Martius P, Ibach B: Borderline-Persönlichkeitsstörung im höheren Lebensalter. *Psychother Alter* 2011;831(3):299-312.
- 411 Abrams RC: Persönlichkeitsstörungen im Alter: Zusammenhänge zwischen Cluster-B-Störungen und Depression; in Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2000, pp 803-810.
- 412 Zank S, Peters M, Wilz G, Tesch-Römer C, Wahl HW: *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart, Kohlhammer, 2009.

- 413 Peters M: Psychotherapie im Alter; in Arolt V, Kersting A (eds): Psychotherapie in der Psychiatrie - Welche Störung behandelt man wie? Berlin, Heidelberg, Springer, 2010, pp 497-518.
- 414 Montgomery SA, Montgomery D: Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord* 1982;4(4):291-298.
- 415 Montgomery SA, Roy D, Montgomery D: The prevention of recurrent suicidal acts. *Brit J Clin Pharmacology* 1983;15(S2):183-188
- 416 Cowdry RW, Gardner DL: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(2):111-119.
- 417 Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF: Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *Am J Psychiatry* 1993;150(12):1843-1848.
- 418 Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF: Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):377-385.
- 419 Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, Perel JM: Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharm* 1989
- 420 Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Ulrich RF, Perel JM: Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: a double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):691-697.
- 421 Links PS, Steiner M, Boiago I, Irwin D: Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *J Pers Disord* 1990;4(2):173-181.
- 422 Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(12):1081-1088.
- 423 Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, Schwartz J, Miyawaki E: Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharm* 1995;15(1):23-29.
- 424 Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R: SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):2048-2054.
- 425 Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO: Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):680-686.
- 426 Bogenschutz MP, George NH: Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):104-109.
- 427 Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, Bohus M, Detke HC, Trzaskoma Q, Tanaka Y, Lin D, Deberdt W, Corya S: Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2008;193(6):485-492.
- 428 Zanarini MC, Frankenburg FR: Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001;62(11):849-854.
- 429 Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Trzaskoma Q, Kryzhanovskaya L, Lin D, DeBerdt W, Corya S: Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: two 12-week randomized double-blind placebo-controlled trials. *Neuropsychopharmacol* 2006;31:229-230.
- 430 Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, Deberdt W, Kryzhanovskaya L, Corya S: A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2011;72(10):1353-1362.
- 431 Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, DeBerdt W, Corya S: A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized double-blind placebo-controlled study. *Eur Psychiat* 2007;22:172-173.
- 432 Nickel MK, Loew TH, Gil FP: Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up. *Psychopharmacol* 2007;191(4):1023-1026.
- 433 Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Gil FP, Bachler E, Buschmann W, Rother N, Fartacek R, Egger C: Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):833-838.
- 434 Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC: Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2014;171(11):1174-1182.
- 435 Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Perez-Egea R, Tiana T, Alvarez E, Perez V: Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):603-608.
- 436 De la Fuente JM, Lotstra F: A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharm* 1994;4(4):479-486.

- 437 Frankenburg FR, Zanarini MC: Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2002;63(5):442-446.
- 438 Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, Sommerville KW, Nemeroff CB: Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacol* 2003;28(6):1186-1197.
- 439 Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, Merkatz L, Stein DJ: A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(3):199-203.
- 440 Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TB: Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(3):621-624.
- 441 Leiberich PK, Nickel MK, Tritt K, Gil FP: Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, part II: an 18-month follow-up. *J Psychopharm* 2008;22(7):805-808.
- 442 Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA: A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Ind Clin Psychopharm* 2009;24(5):270-275.
- 443 Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, Nickel MK: Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharm* 2005;19(3):287-291.
- 444 Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, Fartacek R, Lahmann C, Buschmann W, Tritt K: Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharm* 2006;26(1):61-66.
- 445 Nickel MK, Loew TH: Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients, part II: 18-month follow-up. *Eur Psychiat* 2008;23(2):115-117.
- 446 Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH: Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiat* 2004;65(11):1515-1519.
- 447 Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Mühlbacher M, Tritt K, Krawczyk J, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH: Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;57(5):495-499.
- 448 Amminger GP, Chanen AM, Ohmann S, Klier CM, Mossaheb N, Bechdorf A, Nelson B, Thompson A, McGorry PD, Yung AR: Omega-3 fatty acid supplementation in adolescents with borderline personality disorder and ultra-high risk criteria for psychosis: a post hoc subgroup analysis of a double-blind, randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):402-408.
- 449 Hallahan B, Hibbeln JR, Davis JM, Garland MR: Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm. *Br J Psychiatry* 2007;190(2):118-122.
- 450 Zanarini MC, Frankenburg FR: Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry* 2003;160(1):167-169.
- 451 Ziegenhorn AA, Roepke S, Schommer NC, Merkl A, Danker-Hopfe H, Perschel FH, Heuser I, Anghelescu IG, Lammers CH: Clonidine improves hyperarousal in borderline personality disorder with or without comorbid posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharm* 2009;29(2):170-173.
- 452 Bertsch K, Gamer M, Schmidt B, Schmidinger I, Walther S, Kästel T, Schnell K, Büchel C, Domes G, Herpertz SC: Oxytocin and reduction of social threat hypersensitivity in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2013;170(10):1169-1177.
- 453 Brüne M, Ebert A, Kolb M, Tas C, Edel MA, Roser P: Oxytocin influences avoidant reactions to social threat in adults with borderline personality disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2013;28(6):552-561.
- 454 Brüne M, Kolb M, Ebert A, Roser P, Edel MA: Nonverbal communication of patients with borderline personality disorder during clinical interviews: a double-blind placebo-controlled study using intranasal oxytocin. *J Nerv Ment Dis* 2015;203(2):107-111.
- 455 Ebert A, Kolb M, Heller J, Edel MA, Roser P, Brüne M: Modulation of interpersonal trust in borderline personality disorder by intranasal oxytocin and childhood trauma. *Soc Neuroscience* 2013;8(4):305-313.
- 456 Simeon D, Bartz J, Hamilton H, Crystal S, Braun A, Ketay S, Hollander E: Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: a pilot study. *Psychoneuroendocrinol* 2011;36(9):1418-1421.
- 457 Yovell Y, Bar G, Mashiah M, Baruch Y, Briskman I, Asherov J, Lotan A, Rigbi A, Panksepp J: Ultra-low-dose buprenorphine as a time-limited treatment for severe suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2015;173(5):491-498.

- 458 Schmahl C, Kleindienst N, Limberger MF, Ludäscher P, Mauchnik J, Deibler P, Brünen S, Hiemke C, Lieb K, Herpertz SC: Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharm* 2012;27(1):61-68.
- 459 Fleischer J, Wingenfeld K, Kuehl LK, Hinkelmann K, Roepke S, Otte C: Does fludrocortisone influence autobiographical memory retrieval? A study in patients with major depression, patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Stress* 2015;18(6):718-722.
- 460 Wingenfeld K, Kuehl LK, Janke K, Hinkelmann K, Dziobek I, Fleischer J, Otte C, Roepke S: Enhanced emotional empathy after mineralocorticoid receptor stimulation in women with borderline personality disorder and healthy women. *Neuropsychopharmacol* 2014;39(8):1799–1804.
- 461 Wingenfeld K, Kuehl LK, Janke K, Hinkelmann K, Eckert FC, Roepke S, Otte C: Effects of mineralocorticoid receptor stimulation via fludrocortisone on memory in women with borderline personality disorder. *Neurobiol Learn Mem* 2015;120:94-100.
- 462 Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Wolf OT, Otte C, Lowe B, Spitzer C, Driessen M, Wingenfeld K: Acute glucocorticoid effects on response inhibition in borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinol* 2013;38(11):2780-2788.
- 463 Wingenfeld K, Driessen M, Terfehr K, Schlosser N, Fernando SC, Otte C, Beblo T, Spitzer C, Löwe B, Wolf OT: Effects of cortisol on memory in women with borderline personality disorder: role of co-morbid post-traumatic stress disorder and major depression. *Psychol Med* 2013;43(3):495-505.
- 464 Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V, Serby M, Silverman J, Coccaro EF, Weston S, Siever LJ: Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacol* 1997;17(4):264-273.
- 465 Philipsen A, Schmahl C, Lieb K: Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry* 2004;37(05):196-199.
- 466 Gardner DL, Cowdry RW: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985;142(1):98-100.