

Markus Reicherzer

Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) – Grundlagen und Dialektisch-Behaviorale Therapie

Treatment of Borderline Personality Disorder by Dialectical Behavioral Therapy (DBT) – Principles and Dialectical Behavior Therapy

Die Behandlung der Borderline-Störung ist eine große Herausforderung für die therapeutische Versorgung. Etwa 1-2% der Bevölkerung leiden derzeit unter einer Borderline-Störung. Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte haben sich als wirksam erwiesen. Ein sehr guter Evidenznachweis liegt für die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) vor. Im folgenden Artikel sollen die Grundlagen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) vorgestellt werden.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Grundlagen – Dialektisch-Behaviorale Therapie – ambulante Therapie – stationäres Setting

Treatment of borderline personality disorder is a major challenge for therapeutic care. Approximately 1-2% of the population currently suffers from a borderline personality disorder. Disorder-specific psychotherapeutic treatment approaches have proven to be effective. Very good evidence exists for Dialectical Behavior Therapy (DBT). In the following article the principles of Borderline Personality Disorder and Dialectical Behavior Therapy (DBT) are presented.

Keywords

Borderline Personality Disorder – principles – Dialectical Behavior Therapy – outpatient therapy – inpatient therapy

Epidemiologie und Verlauf der Borderline-Störung

Es handelt sich um eine relativ häufige Störung. Nach neueren Schätzungen (Grant et al., 2008) sind 6% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens von der Störung betroffen. Die Punktprävalenz der Borderline-Störung wird mit Zahlen zwischen 0,8% und 2% angegeben (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Stone, 2000). Das Vorkommen ist stark altersabhängig. Während der Adoleszenz sind 5% - 11% (Brunner, Parzer & Resch, 2001) betroffen, nach dem 45. Lebensjahr sind es nur noch 0,5%. 8-11% derjenigen Personen, die ambulante Therapie in Anspruch nehmen, leiden

unter einer Borderline-Störung. Im stationären Bereich sind es zwischen 14 und 20 %. Die Heidelberger Schulstudie konnte zeigen, dass sich 6 % der 15-jährigen Mädchen regelhaft Selbstverletzungen zufügen und ca. 8 % mindestens einen Suizidversuch hinter sich haben (Brunner et al., 2007). Durch das starke Inanspruchnahmeverhalten von Borderline-Patienten entstehen hohe Kosten. In Deutschland belaufen sich diese jährlich auf ca. 4,3 Mrd. Euro; dies entspricht ca. 25 % der Gesamtkosten, die für die stationäre Behandlung von psychischen Störungen ausgegeben werden (Bohus, 2007).

Das Geschlechterverhältnis scheint eher ausgeglichen. Klinische Stichproben ergaben zunächst ein Vorherrschen des weiblichen Geschlechts (70-75 %). Feldstudien zeigten einen männlichen Anteil von 45 %. Allerdings unterscheiden sich Männer und Frauen mit einer Borderline-Störung deutlich hinsichtlich ihrer komorbiden Störungen (Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2009).

97 % der Betroffenen nehmen ambulante Behandlung in Anspruch. Das starke Inanspruchnahmeverhalten von Borderline-Patienten fordert die Versorgungsstrukturen in besonderem Maße. Ein beträchtlicher Anteil der medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung entsteht durch stationäre Behandlungen. Die durchschnittliche Liegezeit beträgt derzeit in Deutschland etwa 70 Tage im Jahr (Jerschke, Meixner, Richter & Bohus, 1998).

Neuere Untersuchungen legen nahe, dass die Störung oder aber zumindest einige ihrer Symptome bereits in der Kindheit beginnt. Eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung wird jedoch typischerweise nicht vor der späten Adoleszenz begonnen. 30 % der erwachsenen Betroffenen berichten von Episoden mit selbstschädigendem Verhalten vor dem 12. Lebensjahr. Neuere Daten konnten zeigen, dass es im Verlauf zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kommt. Insbesondere auf der Verhaltensebene lassen sich Veränderungen abbilden.

Von wesentlicher Bedeutung für den Verlauf sind begleitende Faktoren wie insbesondere emotionale Instabilität, eine ansteigende Länge der Behandlungszeiten in stationären Einrichtungen, psychische Erkrankungen in der Familie, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Folgen komplexer Traumatisierung. Des Weiteren sind ein sexueller Missbrauch in der Kindheit und eine besonders schwer ausgeprägte Symptomatik klinische Prädiktoren für einen eher schlechten Verlauf (Gunderson et al., 2006; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006)

Die Suizidrate der BPS liegt bei 5-10 % (Lieb et al., 2004). Als Risikofaktoren werden impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie frühkindlicher Missbrauch benannt. Auch Selbstverletzungen gelten als Risikofaktor für vollendete Suizide.

Phänomenologie und Ätiologie

Das derzeit international favorisierte ätiologische Modell postuliert Wechselwirkungen zwischen psychosozialen Variablen und genetischen Faktoren sowie dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern.

Für die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen liegen seit Mitte der 1990er Jahre Befunde aus Zwillingsstudien (Torgersen et al., 2000) vor, die den Nachweis eines starken

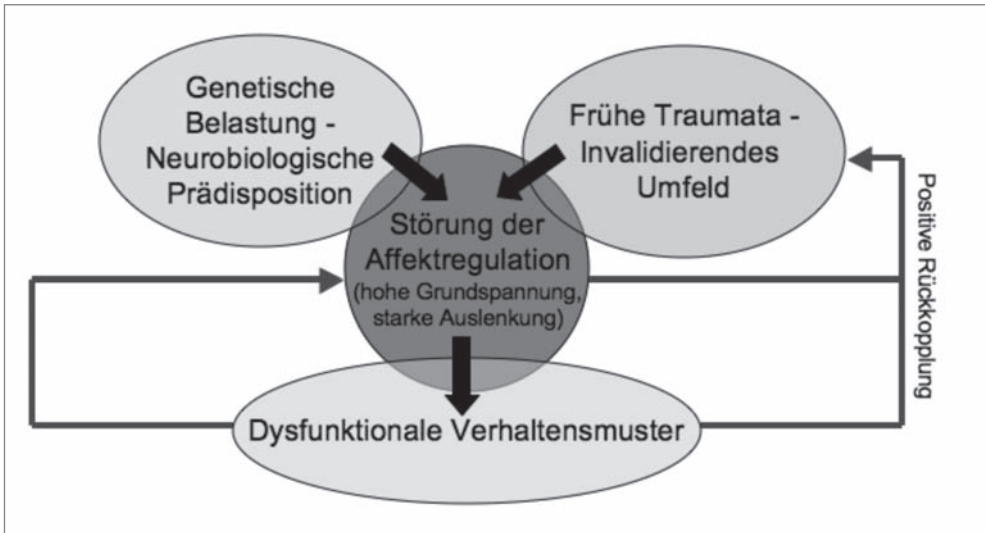
genetischen Einflusses erbringen (Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen ca. 55 %, bei zweieiigen ca. 14 %). Bis auf eine Studie (Torgersen et al., 2000) wurden jedoch primär Verhaltens- und Erlebensdispositionen untersucht (z. B. Beziehungsverhalten, affektive Labilität, Zwanghaftigkeit; Livesley et al., 1998). Die Autoren dieser Studien verfolgen also ein dimensionales Modell, das heißt, sie gehen von einem Kontinuum zwischen Persönlichkeitszügen und Persönlichkeitsstörung aus. Diese Zwillingstudien weisen auf eine Beteiligung von drei empirisch nachweisbaren Varianzquellen hin (genetischen, umweltbezogenen und individuumspezifischen), wobei bei der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen nichtgenetische, individuumspezifische Einflüsse am stärksten zu sein scheinen (Übersicht: Maier, Franke, & Hawellek, 1998).

Schon die Ergebnisse der frühen Arbeiten von Livesley, die eine genetische Disposition für Verhaltens- und Erlebenskomponenten, wie affektive Labilität, Identitätsprobleme, Narzissmus und Impulsivität bei gesunden Zwillingspaaren fanden, weisen auf die Bedeutung hereditärer Faktoren bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung hin. Die einzige Zwillingstudie, die Konkordanzraten von monozygoten mit bizygoten Zwillingen vergleicht, von denen ein Zwilling manifest eine nach DSM-IV diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweist, wurde im November 2000 veröffentlicht (Torgersen et al., 2000). Sie zeigt eine erhebliche genetische Bedeutung bei allen nach DSM-IV diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Für BPS erklären genetische Faktoren ca. 69 % der Varianz. Die Ergebnisse dieser Studie sind sicherlich vorsichtig zu interpretieren, da die Komorbidität der untersuchten Populationen nicht berücksichtigt wurde. Wie oben ausgeführt, erfüllen über 90 % aller Patienten mit BPS die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere Persönlichkeitsstörung, so dass die hohe genetische Varianz eventuell alleine durch komorbide andere Persönlichkeitsstörungen erklärt werden könnte. Gesichert scheint jedoch die Bedeutung genetischer Faktoren für die Entwicklung dissoziativer Symptomatik (bis zu 55 % der Varianz).

An biographisch relevanten *psychosozialen Belastungsfaktoren* lassen sich sexuelle Gewalterfahrung (ca. 65 %), körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60 %), Vernachlässigung (ca. 40 %) und eventuell instabile Bindungen zu primären Bezugspersonen identifizieren (Zanarini et al., 1997). Bei der sexuellen Gewalt handelt es sich zum Teil um sehr frühe Erfahrungen, und es scheint sich anzudeuten, dass Borderline-Patienten diese Erfahrungen eher im Binnenraum der Familie machen, so dass keine sichere Objektbindung stattfinden kann. Die Gewalterfahrung mag zu starker Ambivalenz zwischen gefürchtetem und geliebtem Täter führen, was eine Reihe von schwierigen kognitiven Manövern nach sich zieht, um dies auszugleichen bzw. die emotionale, wenn nicht sogar physische Existenz zu sichern. Auf der phänomenologischen Ebene sticht natürlich das selbstschädigende Verhalten (Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen u. a.) ins Auge. Bei ca. 85 % der Borderline-Patienten ist dieses Symptom zu eruieren. 40 % berichten retrospektiv über dieses Verhalten bereits im Grundschulalter. Etwa 80 % der Betroffenen schneiden sich in dissoziativen, analgetischen Zuständen meist mit der Absicht, aversive Anspannung zu reduzieren (Kleindienst et al., 2008). Die meisten Betroffenen sind während dieser Phasen analgetisch. Etwa zwanzig Prozent hingegen schneiden sich trotz oder wegen intensiver Schmerzempfindung. Die letzte Gruppe erfährt durch die Selbstverletzungen „Kicks“, also Euphorisierung, Verbesserung der Kognition und der Leistungsfähigkeit. Es ist anzunehmen, dass hier zwei unterschiedliche neuropsychologischer Systeme zum Tragen kommen.

Neben den Selbstverletzungen findet sich ein weites Feld vielfältiger dysfunktionaler Verhaltensmuster: Substanzmissbrauch, Suizidphantasien, Hochrisikoverhalten, Störung der Beziehungsregulation, Fremdaggression, Dissoziation, kognitive Störungen und Essstörungen haben uns lange Zeit denken lassen, dass diese Patienten nur wenig gemeinsam haben. Mittlerweile gilt als gesichert, dass die Gesamtheit dieser breit gefächerten, oft bizarr erscheinenden Verhaltensmuster vor dem Hintergrund einer Störung der Affektregulation verstanden werden kann.

Abbildung 1: Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung



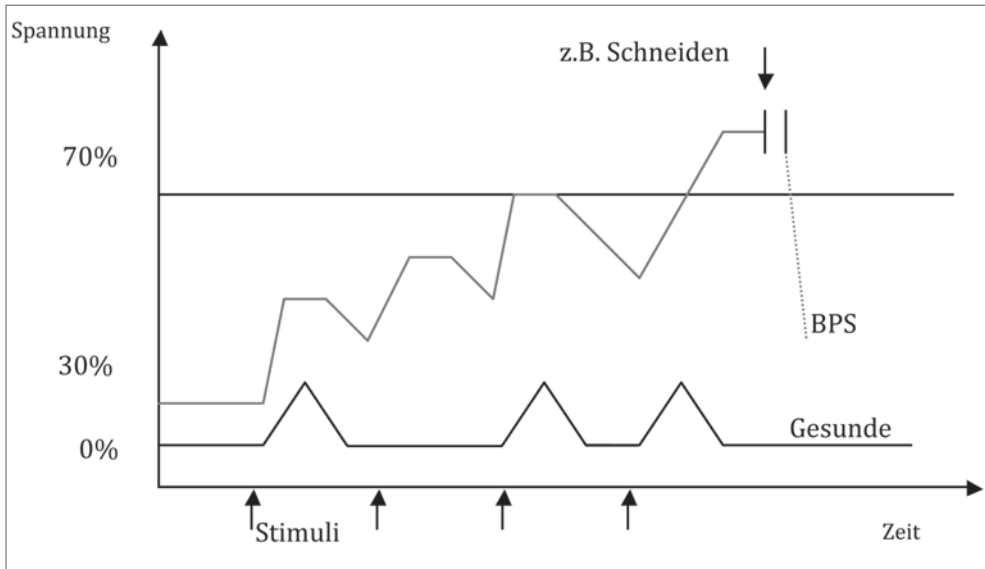
Aus Ratgeber-Borderline (Bohus & Reicherzer, 2012)

Klinische Symptomatik

1. Störung der Affektregulation

Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen heute eine Störung des gesamten Spektrums der **Gefühlsregulation** (Linehan, 1996; Bohus, Schmahl & Lieb, 2004). Dies betrifft sowohl die Stress- und Emotionsregulation als auch Stimmungsmodulation und Impulskontrolle. Die Reizschwellen für interne (z. B. Gedanken, physiologische Reize wie Herzrasen) oder externe (z. B. beobachtetes Streitgespräch) Stimuli ist niedrig, das Erregungsniveau hoch. Über die Zeit können sich so eher Spannungszustände aufschaukeln. Nur verzögert erreicht der Patient wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenommen, sondern, wie oben bereits beschrieben, als äußerst quälende, diffuse Spannungszustände erlebt. Selbstschädigende Verhaltensmuster wie Sich-Schneiden können die aversiven Spannungszustände, die in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad mit dissoziativen Symptomen vergesellschaftet sind, kurzfristig reduzieren, was im Sinne der Lerntheorie als negative Verstärkung bezeichnet werden kann (Stiglmayr et al., 2008; Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger & Bohus,

2001). Das folgende graphische Modell soll die Besonderheiten des emotionsverarbeitenden Systems bei einer Borderline-Störung (BPS) veranschaulichen.



Auch die auffälligen Verhaltensmuster im **zwischenmenschlichen Bereich** können mit Störungen der Emotionsregulation erklärt werden. Hier dominieren insbesondere Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. Beherrscht von einer intensiven Angst vor dem Allein-sein und einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Verankerung wichtiger Bezugspersonen, verwechseln Betroffene einerseits häufig Abwesenheit mit manifester Verlassenheit. Sie versuchen daher, wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden. Andererseits bewirkt die Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit oft ein hohes Maß an Angst, Schuld oder Scham. Die Folge: langwierige, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen. Für Außenstehende wirken diese interaktionellen Manöver häufig unerklärlich und „manipulativ“ und werden nicht selten von Therapeuten mit einem ungünstigen Wechsel zwischen übermäßiger Sorge und schroffer Ablehnung beantwortet. In Abhängigkeit von aktuell wirksamen schemainduzierenden Reizen wird Angst, verlassen zu werden, oder aber auch Angst vor Nähe (Schuld, Scham) aktiviert. Dies mündet dann in eine Alternation konträrer Verhaltensmuster und kompliziert eine psychosoziale Integration.

Als weitere Problemfelder sind ein abhängiger Beziehungsstil und die „aktive Passivität“ zu nennen. Ein zentrales Moment ist hierbei die Vermeidung von unangenehmen Gefühlen. Die Gefahr der sozialen Ausgrenzung wird am feinsten durch das Gefühl der Scham vermittelt. Ein zentrales Motto der Selbstwertregulation könnte lauten: „Vermeide soziale Ausgrenzung um den Preis der eigenen sozialen Abwertung“ oder „Bevor mich die anderen ausgrenzen, mache ich mich lieber selber runter“. Hier greift die Strategie der „aktiven Passivität“. Borderline-Patienten vermeiden, Neid zu erzeugen, Stolz zu zeigen, sich durchzusetzen, Forderungen zu stellen, öffentlich sichtbare Leistungen zu erbringen oder sich Feinde oder Konkurrenz zu schaffen. Die Folgen dieser Strategie sind ein schlechter Selbstwert, geringe soziale Kompetenz, ein niedriger sozialer Status,

ggf. Psychiatrisierung und enormer sozialer Stress. Die Folgen dieses Rückzugsverhaltens bestätigen die zentralen Grundannahmen des Betroffenen („Ich bin ein Außenseiter, schlechter als alle anderen, sozial nicht attraktiv!“) und unterhalten den dysfunktionalen Kreis. Die Delegation der vollständigen Verantwortung für ein Verhalten an eine Bezugsperson verhindert die Konfrontation des Patienten mit massiv aversiven Emotionen.

2. Selbst und Selbstbild

Das Selbstwertgefühl ist deutlich reduziert, und das Selbstkonzept (Bild, das die Person von sich selbst hat) ist gering ausgeprägt. Die meisten Patienten berichten über ein tiefgreifendes Gefühl der Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität und Integrität. 70 % berichten, dass sie kein sicheres Gefühl hätten, „wer sie wirklich seien“. Etwa die Hälfte erlebt sich als „abgeschnitten von sich selbst“, als „weit entfernt von sich selbst“ oder empfindet es als äußerst unangenehm, „sich selbst ausgeliefert zu sein“. Ein tiefgreifendes Gefühl der Einsamkeit und der Insuffizienz (Unzulänglichkeit) prägen das Selbstbild. Betroffene schätzen sich selbst häufig als moralisch schlechter, inkompetenter, hässlicher und verachtenswerter ein. Kurzfristige Anstiege des Selbstwertgefühls sind oft gefolgt von einem Zusammenbruch mit Selbstabwertung. Die Einstellung zur eigenen Körperlichkeit und die Einschätzung des Körperbildes sind meist stark negativ (Haaf, Pohl, Deusinger & Bohus, 2001).

3. Dissoziative Phänomene

Eine weiteres Symptom gestörter Affektregulation sind die ausgeprägten dissoziativen Phänomene. Untersuchungen an klinischen Stichproben zeigen, dass ca. 60 % (Zanarini, 2000) der Patienten eine ausgeprägte dissoziative Symptomatik entwickeln. Es existiert eine signifikante Korrelation zwischen aversiven Anspannungsphänomenen und einer dissoziativen Symptomatik bei Patienten mit einer Borderline-Störung (Stiglmayr et al., 2001). Im Rahmen der Dissoziation kommt es zu Störungen der sensomotorischen Integration, was subjektiv als Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, als ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem als Verlust der Kontrolle über die Realität erlebt wird. Hinzu kommen häufig Flashbacks, d. h. szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse, die zwar kognitiv der Vergangenheit zugeordnet, emotional jedoch als real erlebt werden. Auch Alpträume sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden und destabilisieren emotional.

Die kognitiven Funktionen sind häufig durch eine sogenannte pseudopsychotische Symptomatik beeinträchtigt. Es kommt bei ca. 26 % zu Pseudohalluzinationen, das heißt akustischen oder optischen Illusionen, die jedoch als „ich-dyston“ erlebt werden (der Betroffene ist sich bewusst, dass er halluziniert). Magisches und paranoides Denken sowie übertriebener Argwohn finden sich bei fast 100 % (Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1990).

4. Verhalten

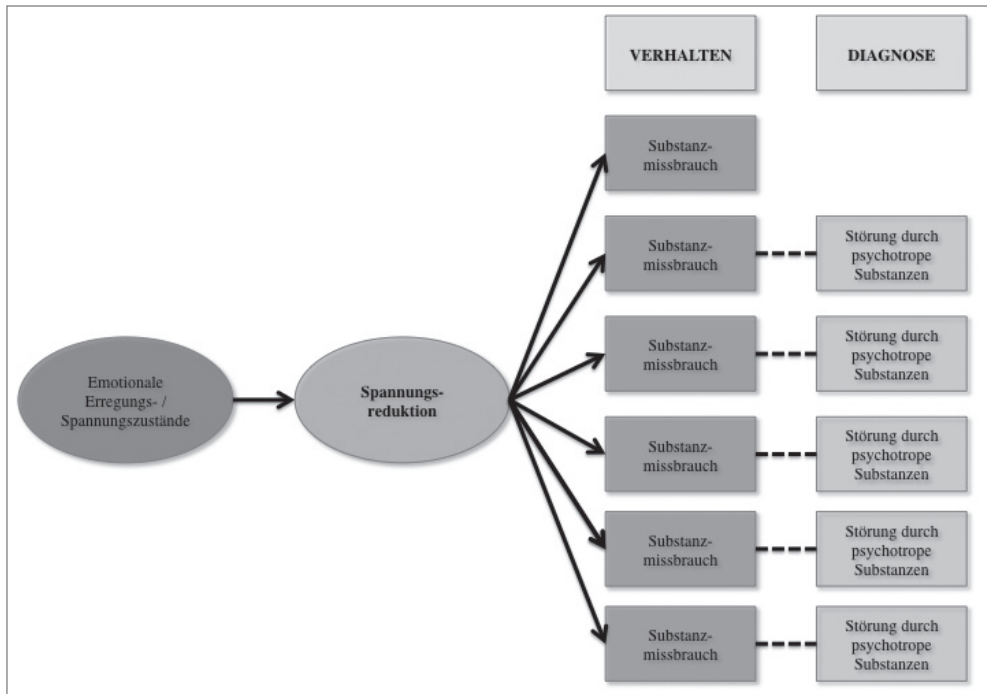
Bis zu 85 % aller Patienten berichten über selbstschädigende Verhaltensmuster in der Vorgeschichte. Am auffälligsten sind sicherlich **Schnittverletzungen**, die, zumeist oberflächlich beginnend, die Tendenz haben, sich auf den gesamten Körper einschließlich der Geschlechtsorgane auszuweiten. Häufig sind weiterhin „head-banging“, also das Schlagen des Schädels gegen eine harte Fläche, Brennen mit Zigaretten oder Bügeleisen, Verbrühen

und Verätzen oder das Zufügen von Stichwunden. 40 % der Betroffenen beginnen mit diesem Verhalten bereits im Grundschulalter. In 80 % der Fälle werden diese Selbstverletzungen im analgetischen Zustand durchgeführt, das heißt, der Patient spürt vor und während der Verletzung keinen Schmerz. Übereinstimmend wird berichtet, dass sich nach wenigen Minuten ein tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit einstellt. Körper- und damit Schmerzempfinden stellt sich ca. 20 min nach der Verletzung wieder ein. Spannungsreduktion ist mit Abstand das häufigste primäre Motiv für Selbstverletzungen. Es folgen in großem Abstand Selbstbestrafung, Reduktion unangenehmer Gefühle, Wiedererlangen von Kontrolle und „den Körper wieder spüren“. Als weiteres auffälliges Verhaltensmuster ist **Hochrisikoverhalten** zu nennen. Darunter versteht man etwa das Balancieren auf Baukränen, Hochhäusern oder Brückengeländern, Rasen auf der Autobahn, das Sitzen auf Bahnschienen, bis die Vibrationen spürbar werden, usw. Verhaltensanalysen ergeben, dass diese Muster in aller Regel zur Regulation von Ohnmachtsgefühlen eingesetzt werden. Lerntheoretisch betrachtet, können die beschriebenen Verhaltensmuster als Methoden zur Reduktion aversiver Spannungszustände oder schwerer dissoziativer Phänomene gesehen werden. Auch die sehr häufig beobachteten Störungen des **Essverhaltens** wie Fressanfälle (Binge-Eating), bulimische Attacken oder anorektisches Verhalten können einerseits als dysfunktionale Affektregulation verstanden werden; andererseits führen gerade Essstörungen zu ausgeprägten Affektschwankungen sowie Störungen auf der kognitiven Ebene. Nicht zu vernachlässigen sind auch die zentralen Folgen von mangelnder Flüssigkeitszufuhr, die sich bei Borderline-Patienten bisweilen auf ein bis zwei Liter pro Woche reduziert (Kleindienst et al., 2008).

Andererseits sollte nicht übersehen werden, dass eine Untergruppe von Patientinnen (ca. 20 %) Selbstschädigungen einsetzen, um dadurch **subeuphorisches Erleben** auszulösen. Diese Patientinnen berichten neben einer Anhebung der Stimmung über Verbesserungen der Konzentration, Kreativität bis hin zu lustvollem Erleben. Viele dieser Patientinnen schneiden sich daher ausgesprochen häufig, z.T. täglich. Diese selbstschädigenden Muster werden also durch positive Konsequenzen aufrechterhalten und können daher durchaus unter das weite Feld der nicht substanzgebundenen Suchtstörungen gefasst werden. Drogenmissbrauch (40 %), Promiskuität, Pseudologie, pathologisches Kaufverhalten, Zwangshandlungen sowie aggressive Durchbrüche sind als weitere problematische Verhaltensmuster zu nennen (siehe auch Komorbidität).

Bei annähernd 25 % der Patienten mit einer Borderline-Störung werden im Laufe ihres Lebens 7 und mehr Diagnosen anderer psychischer Störungen gestellt. Depressive Störungen, andere Persönlichkeitsstörungen (v.a. ängstlich vermeidend), posttraumatische Belastungsstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, soziale Phobien, Alkohol und Essstörungen führen die Liste der Komorbiditäten („Mit-Krankheiten“) an (siehe weiter unten). Das häufige Zusammentreffen unterschiedlicher psychischer Störungen hat sowohl in Expertenkreisen, wie auch unter Betroffenen für reichlich Verwirrung gesorgt. Im klinischen Alltag lässt sich beobachten, dass nicht selten ein Symptom von einem anderen abgelöst wird. So schafft es ein Betroffener auf das selbstschädigende Verhalten „Schneiden“ zu verzichten, entwickelt aber zeitnah eine Störung des Essverhaltens. Diese Verschiebung der Symptome kann funktional erklärt werden. So dienen die unterschiedlichen Strategien im Kern der Regulation bzw. Reduktion der hohen Spannungszustände. Selbstverständlich können auch unterschiedliche Symptome in einem Zeitraum nebeneinander auftreten.

Modell zur Funktionalität komorbider Störungen



Es gibt jedoch einige Störungen bzw. Symptome, die unabhängig von der Borderline-Störung vorrangig zu behandeln sind. Hierzu zählen:

- manische Episoden
- Abhängigkeitserkrankungen (Bohus et al., 2009)
- schwere Zwangsstörungen
- schwere depressive Episoden
- psychotische Episoden
- schwere Essstörungen (z. B. massives Untergewicht; BMI < 14 kg/m²)

Um im Vorfeld die richtige Entscheidung treffen zu können bzw. die angemessenen Behandlungsschritte einzuleiten, sollte der Betroffene einen Facharzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde aufsuchen.

Differentialdiagnose und Komorbidität

Die Diagnosen, die im Laufe der klinischen Kontakte bei einer Person mit einer Borderline-Störung gestellt werden, sind verwirrend vielfältig. Die hat mehrere Gründe:

- Unsicherheiten aufseiten der Diagnostiker
- Veränderung (Verschiebung) der Symptome und differenzierte Erfassung auf einer beschreibenden diagnostischen Ebene
- Tatsächlich gleichzeitiges Auftreten verschiedener Störungen

In einer großen Studie (Zanarini et al., 1998a, 1998b) wurde im Langzeitverlauf bei Personen mit einer Borderline-Störung gleichzeitig bei 96 % die Diagnose –einer depressiven Erkrankung diagnostiziert. 88,5 % –litten an Angststörung, 64 % an Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit und 53 % an einer zusätzlichen Essstörung. Die Komorbidität mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit 1 % äußerst selten. Ferner ergaben sich hohe Komorbiditätsraten mit anderen Persönlichkeitsstörungen, wobei „dependente (abhängige) Persönlichkeitsstörungen“ (50 %), „ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen“ und „paranoide Persönlichkeitsstörungen“ (jeweils ca. 40 %) sowie „passiv-aggressive“ und „antisoziale Persönlichkeitsstörungen (jeweils etwa 25 %) im Vordergrund standen. Eine paranoide Persönlichkeitsstörung wurde signifikant häufiger bei Männern diagnostiziert.

Diagnostik

Das Instrument der Wahl ist das IPDE (International Personality Disorder Examination) (Loranger et al., 1994). Es handelt sich um ein strukturiertes Experteninterview. Es integriert die Kriterien des DSM-IV und der ICD-10. Das IPDE ist derzeit das valideste Instrument zur operationalisierten Diagnostik.

Neben dem IPDE existiert eine Vielzahl an Instrumenten zur spezifischen Erfassung der Borderline-Störung. Die meisten Instrumente eignen sich für die Diagnostik, treffen aber keine Aussage über den Schweregrad der Symptomatik, sie erfassen auch nicht die Veränderung der Beschwerdesymptomatik über die Zeit.

Die Borderline-Symptomliste (BSL; Bohus et al., 2007, 2009) wurde spezifisch zur Erfassung des akuten Schweregrades der Störung sowie zur Verlaufsmessung entwickelt. Weitere Instrumente zur Schweregradbestimmung sind eine DSM-basierte Fremdrating-Skala (ZAN-SCALE; Zanarini et al., 2003) und der von Arntz entwickelte „Borderline Personality Disorder Severity Index“ (BPDSI; Arntz et al., 2003).

Behandlungsnetzwerk

Die Behandlungsform, ihre Intensität und die Inhalte müssen sich an dem individuellen Bedarf ausrichten. Dieser steht in Abhängigkeit von dem Stadium der Erkrankung, dem Beschwerdekomples (Zwang, Essstörung, Sucht etc.) und dem Ausprägungsgrad der einzelnen Symptome (Beschwerden). Für viele Betroffene ist die Inanspruchnahme einer *ambulanten Therapie* das Setting der Wahl. Die Therapie ist immer dann angezeigt, wenn die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt ist. Liegt eine Borderline-Symptomatik vor, sollte alles unternommen werden, um eine störungsspezifische Behandlung zu ermöglichen (siehe dort).

Während der Therapie kann es zu suizidalen Krisen kommen. Damit diese jedoch die ambulante Behandlung nicht grundsätzlich verhindern oder gefährden, ist ein *stationäres Krisen-„back up“* unabdingbar. Es handelt sich um das Konzept einer integrierten Versorgung, d. h. einem effizienten Zusammenwirken unterschiedlicher Institutionen. Von entscheidender Bedeutung ist, dass die jeweiligen Funktionsträger ein gleichsinniges therapeutisches Konzept verfolgen. In der Regel lassen sich Krisen im Rahmen der BPS

innerhalb weniger Stunden so stabilisieren, dass die Fortsetzung der ambulanten Therapie möglich ist.

Ein wiederholtes Auftreten von Krisen ist ein zentrales Moment bei der BPS. Es liegt im Verantwortungsbereich des Betroffenen, sich während der laufenden Behandlung angemessen zu versorgen (z. B. sich selbst an ein Kriseninterventionszentrum zu wenden).

Unter Umständen kann es zu Beginn oder im Verlauf einer Behandlung Sinn machen, ein *stationäres* oder *teilstationäres* (Tageskliniken) *Intensivprogramm* zu absolvieren. Mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) liegt heute ein Behandlungskonzept vor, dessen Wirksamkeit auch im stationären Bereich empirisch abgesichert ist. Mittlerweile orientieren sich in Deutschland die meisten psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken an der DBT. Im Folgenden seien einige Argumente für ein stationäres Behandlungsprogramm dargestellt:

- Bislang ist die störungsspezifische ambulante Versorgung unzureichend gewährleistet.
- In spezialisierten Zentren wirken Spezialisten unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen. Diese Synergieeffekte können phasenspezifisch genutzt werden.
- Eventuell können zu Beginn einer ambulanten Behandlung die kondensierte und intensive Vermittlung von störungsspezifischer Kompetenz und Fertigkeiten die Compliance und Effektivität der ambulanten Behandlung verbessern.
- Stationäre Zentren sollten als Bestandteile eines integrierten ambulanten/stationären Behandlungskonzeptes für die kurzfristige Krisenintervention zur Verfügung stehen.
- Die Therapie komplexer komorbider Störungen (BPS plus Anorexie; BPS plus Drogenabhängigkeit; BPS plus Zwangsstörung; BPS plus schwere PTBS) überfordert in aller Regel die ambulante Behandlung und sollte in stationären Zentren durchgeführt werden.

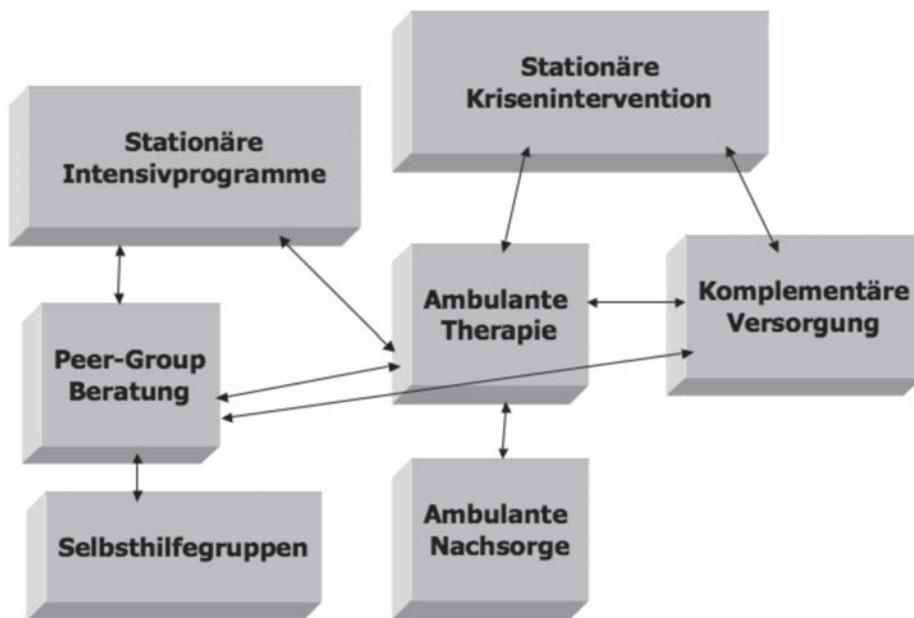
Ein weiteres Modul im Netzwerk der Behandlung sind die so genannten *komplementären Einrichtungen*. Hierzu zählen betreute Wohngruppen, Übergangseinrichtungen oder Berufsfindungswerke.

Die *Peergroup-Beratung* meint ein weites Betätigungsfeld in der Bezugsgruppe oder der Gruppe der Gleichaltrigen. Präventive Aufklärung in Schulen, Streetwork oder allgemeine Sozialarbeit gehören zu diesem Modul. Mit der Heidelberger Schulstudie scheint Bewegung in das Feld präventiver psychotherapeutischer Hilfestellungen zu kommen. Es ist überfällig, die psychosoziale Verantwortung der Gesellschaft in den frühen Altersstufen zu implementieren bzw. zu intensivieren.

Selbsthilfegruppen haben in der Versorgungslandschaft einen hohen Stellenwert. Sie kann die stationäre Therapie ergänzen, die ambulante Psychotherapie begleiten, aber auch Einstieg oder Ausklang auf dem therapeutischen Weg kennzeichnen. Ein wichtiges Kriterium für dieses Behandlungsmodul ist eine seriöse Organisation, die Orientierung an sinnvollen Leitlinien und eine gute Struktur mit klaren Regeln. Die Bezugsgruppe im stationären Rahmen der DBT kann als Vorbild gesehen werden. Selbsthilfegruppen, die sich aus einer Behandlung generiert haben und damit an ein Behandlungsnetzwerk assoziiert sind, ist der Vorzug zu geben.

Mit der *ambulanten Nachsorge* wird die Rückkehr in die Familie, den Beruf und den Alltag begleitet. Sie dient der Stabilisierung und Sicherung des Status quo. Persönliche Schwierigkeiten werden individuell berücksichtigt.

DBT-Behandlungsmodule in der Versorgung von Borderline-Patienten



Behandlungsphasen

Die DBT gliedert die Behandlung in 4 Phasen. Die **Vorbereitungsphase** dient der Diagnostik und Informationsvermittlung über das Krankheitsbild, die Grundzüge der DBT sowie der gemeinsamen Klärung der Ziele in der Therapie. Anschließend folgt die **erste Therapiephase**, in der diejenigen Problembereiche bearbeitet werden, die in direktem Zusammenhang mit Schwierigkeiten der Verhaltenskontrolle stehen. Dies sind Verhaltensmuster, die ein erhebliches Risiko für die zweite Therapiephase darstellen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um suizidales Verhalten, Bedrohung oder Angriffe auf andere, Selbstverletzungen, akute Schwierigkeiten mit der Justiz (z. B. Verhaftungen), ungeplante stationäre Aufnahmen, Substanzabhängigkeit oder schwerwiegender -missbrauch, Hochrisikoverhalten, störungsbedingte Arbeits- oder Wohnungslosigkeit, Unfähigkeit, Psychotherapie aufrechtzuerhalten, und aktuell anhaltende Traumatisierung. Während der ersten Therapiephase sollten also vor allem die emotionale Belastbarkeit erhöht und damit die Voraussetzung für die **zweite Therapiephase** geschaffen werden. In der zweiten Therapiephase geht es um die Bearbeitung dysfunktionalen emotionalen Erlebens, einer Verbesserung der emotionalen Regulation und die Annäherung an normatives emotionales Erleben und Verhalten. Die **dritte Therapiephase** integriert das Gelernte in die individuelle Lebensführung und hilft bei einer Neuorientierung.

Therapeutische Beziehung

Die Beziehung zwischen Betroffenen und Therapeuten zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus. Gerade weil die Betroffenen häufig aus einem unberechenbaren, gewalt-samen und demütigenden familiärem Umfeld kommen, haben sie das nachvollziehbare Interesse, ihrerseits die Beziehungen zu steuern und zu kontrollieren. Gleichzeitig fühlen sich viele Borderline-Patienten geradezu existentiell abhängig von ihren Therapeuten. Bereits geringe Fluktuationen im Terminplan, Änderungen im Therapieraum oder Unzuverlässigkeiten können erhebliche Ängste oder Aggressionen auslösen. Die meisten Borderline-Patienten suchen und brauchen im Therapeuten ein authentisches Gegenüber, dessen emotionale Reaktionen transparent und nachvollziehbar sind.

Die therapeutische Beziehung darf als Modell einer „normalen“ Beziehung dienen. Das heißt, dysfunktionales Verhalten wie Schweigen, Feindseligkeit, Unpünktlichkeit etc. sollte rasch angesprochen und korrigiert, vertrauensvolle Kooperation angestrebt werden. „Der Therapeut ist dafür verantwortlich, dass der Patient ihn angemessen behandelt.“ Andererseits besteht gerade bei der Borderline-Therapie die Gefahr, dass der Therapeut sich emotional mit der Problematik des Patienten verstrickt, ungewollt seine professionellen Grenzen überschreitet oder zu stark mitleidet.

Behandlungsformen

Neben den störungsspezifischen psychotherapeutischen Verfahren existieren weitere Behandlungsformen, die ggf. einzeln, aber auch in Kombination zur Anwendung kommen. Die **Psychoedukation** hat als psychotherapeutische Gruppenintervention in psychiatrischen Kliniken, zunehmend aber auch bei Programmen zur Frühdiagnostik Verbreitung gefunden. Unter Psychoedukation werden systematische psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu dienen, Patienten und ihre Angehörige über eine Störung zu informieren, das Krankheitsverständnis zu fördern sowie den Umgang mit der Störung und die Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Darüber hinaus dienen psychoedukative Gruppen dem Austausch der Betroffenen untereinander und der emotionalen Entlastung (Rentrop, Reicherzer, Schwerthöffer, Bäuml & Hörz, 2012).

Die Datenlage zur **psychopharmakologischen Behandlung** der Borderline-Störung ist aktuell äußerst unbefriedigend. Die wenigen Studien basieren auf kleinen Fallzahlen. Angesichts der vielfältigen Symptomatik und Buntheit des Störungsbildes erfüllt keine einzige derzeit veröffentlichte Studie die methodischen Voraussetzungen, um stichhaltige Aussagen bezüglich Wirksamkeit einer Substanzgruppe zu gewährleisten. Der ursprüngliche Ansatz, die Wirkung einer spezifischen Medikation auf die Gesamtheit der „Borderline-Symptomatik“ zu überprüfen, scheint überholt. Der Einsatz von Psychopharmaka zielt heute auf die Besserung einer phänomenologisch abgrenzbaren Symptomatik (Lieb, Vollm, Rucker, Timmer & Stoffers, 2010). Folgende Tabelle kann als Empfehlung für die klinische Anwendung herangezogen werden.

Symptomatik	Substanzen
Depression	Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)
Affektlabilität	SSRI, atypische Neuroleptika, Lamotrigen, Topiramamat
Aggressivität	SSRI, Topiramamat, Carbamazepin
Impulsivität	SSRI
Dissoziation	SSRI, Lamotrigen
Schlafstörungen	Venlafaxin, Thombran
Spannungszustände	Clonidin
Angst	SSRI
Zwang	SSRI
Selbstverletzungen	SSRI, Naltrexon
Globale Symptomatik	SSRI
Psychotische Symptomatik	Atypische Neuroleptika

Neben diesen symptom-spezifischen Hinweisen sei noch angemerkt, dass die Gabe von Benzodiazepinen in der Therapie der Borderline-Störung keine Rolle spielen sollte. Es gibt keinerlei Daten für eine etwaige Besserung der Symptomatik, das Suchtpotential ist jedoch ausgesprochen hoch.

Psychotherapie

Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte gelten heute als das Mittel der Wahl. Derzeit liegen 4 manualisierte Verfahren mit empirisch belegten Wirksamkeitsnachweisen vor:

- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1993)
- Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) (Bateman & Fonagy, 1999)
- Schemafokussierte Therapie (SFT) (Young et al., 2003)
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) (Clarkin et al., 2001)

Die DBT ist mit 9 randomisierten, kontrollierten Studien die am besten untersuchte Methode. In diesem Artikel beschränke ich mich auf die Darstellung der DBT. Die Versorgung von Patienten mit einer Borderline-Störung mit einer störungsspezifischen Psychotherapie kann derzeit in Deutschland auf 0,2 % geschätzt werden (Jobst, Horz, Birkhofer, Martius & Rentrop, 2010). Ein Vergleich der störungsspezifischen Therapieformen ist nicht Gegenstand dieses Artikels.

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren von M. Linehan (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt und gilt derzeit als das am besten wissenschaftlich abgesicherte Verfahren. Sie wird von den Autoren dieses Ratgebers klar favorisiert und entsprechend ausführlich dargestellt.

Im Stadium 1 der Therapie kommt es bei über 60 % der Betroffenen zu einer klinisch relevanten Verbesserung. Eine erfreuliche Prozentzahl, vergleicht man die Daten mit den Erfolgen einer medikamentösen Behandlung. Allerdings werden nicht alle Personen mit einer Borderline-Störung damit erreicht, und wir sind noch weit davon entfernt, eine richtig gute Therapie anbieten zu können. Dieses Ziel wird in vielen Arbeitsgruppen weltweit verfolgt, und die Verbreitung dieser Therapieform sowie die Akzeptanz aufseiten der Betroffenen geben Grund zur Hoffnung.

Methodisch integriert die DBT ein weites Spektrum aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und dem ZEN. Strukturell handelt es sich um ein Modul-Konzept, das eine Kombination von Einzeltherapie, Gruppentherapie und Supervision vorschlägt. Neben diesen Bestandteilen empfiehlt es sich, mit stationären Einrichtungen im Sinne der „integrierten Versorgung“ zu kooperieren. Insbesondere bei Krisen benötigen Fachmann und Betroffener den sicheren Rückhalt einer kooperierenden stationären Einheit (Klinik). In Deutschland werden stationäre Intensiv-Programme vorgehalten, die unter Umständen ebenfalls eine sinnvolle Ergänzung zur ambulanten Therapie darstellen können. Die Entscheidungspfade der DBT sind im Sinne von Wenn-dann-Konstruktionen organisiert: Wenn zum Beispiel selbstschädigendes Verhalten auftritt, dann erfolgt die Durchführung einer Verhaltensanalyse; wenn die Verhaltensanalyse zeigt, dass das Verhalten durch positive Konsequenzen gesteuert wird, erfolgen Veränderungen der Kontingenzen, zeigt sich aber, dass mangelhafte Problembewältigungskompetenz als Auslöser zu sehen ist, so arbeitet der Therapeut an deren Verbesserung. Diese Behandlungsleitlinien sind für Patient, Therapeut und Supervisor gleichermaßen transparent.

Im Folgenden wird zunächst die Aufgabenzuschreibung zu den vier Behandlungsmodulen vorgestellt:

Die **ambulante Einzeltherapie** erstreckt sich auf einen Zeitraum von 2 Jahren mit 1–2 Behandlungsstunden pro Woche. Im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten sollte der Einzeltherapeut zur Lösung akuter, eventuell lebensbedrohlicher Krisen telefonisch erreichbar sein. Zeitgleich zur Einzeltherapie besucht der Patient wöchentlich einmal für zwei bis drei Stunden eine **Fertigkeitentrainingsgruppe**. Diese Gruppe orientiert sich an einem Manual und arbeitet über einen Zeitraum von 6 Monaten. Es hat sich als hilfreich erwiesen, gegebenenfalls einen zweiten Turnus anzuschließen. Die Kommunikation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten erfolgt im Rahmen der Supervisionsgruppe, die ebenfalls wöchentlich stattfinden sollte. Der Einzeltherapeut ist gehalten, die in der Fertigkeitengruppe erlernten Fähigkeiten fortwährend in seine Therapieplanung zu integrieren, um so die Generalisierung des Erlernten zu gewährleisten. Den Strukturen, Regeln und der inhaltlichen Gestaltung der **Supervisionsgruppe** widmet M. Linehan

ein breites Kapitel in ihrem Handbuch, was deren Bedeutung für das Gesamtkonzept der DBT verdeutlicht. Der Einsatz von Video- oder zumindest Tonträgeraufzeichnungen der Therapiestunden gilt für eine angemessene Supervision als unabdingbar.

Der motivationale Aspekt erscheint vor dem Hintergrund der bereits erwähnten häufigen Therapieabbrüche von besonderer Bedeutung. Übereinstimmend zeigen alle bislang publizierten Studien zur Wirksamkeit der DBT eine hochsignifikant verbesserte Therapiecompliance (Kooperation, Zustimmung zur Therapie) im Vergleich mit unspezifischen Behandlungen. Ein nicht unwesentliches Moment, denn Psychotherapie kann nur dann ihre Wirksamkeit entfalten, wenn sie stattfindet.

Einzeltherapie

Der Einzeltherapeut versteht sich in der DBT als Coach und übernimmt die Verantwortung für den Verlauf und das Ergebnis. Er orientiert sich zusammen mit dem Patienten an einem übergeordneten Ziel. Der Therapeut bietet sich als zielorientierter, engagierter und emotional greifbarer Partner an. Gefühle werden wahrgenommen und benannt. Da Betroffene oft Schwierigkeiten haben, ihre wahrgenommenen Emotionen nonverbal zum Ausdruck zu bringen, achtet der Therapeut stärker auf die verbalen Signale. Mit einem Höchstmaß an Transparenz hilft der Therapeut dem Patienten, mit seinen Grenzen umzugehen. Ein entscheidendes Grundprinzip der Therapie ist eine dialektische Position. Der Therapeut balanciert zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung, zwischen Einhalten der Regeln und Flexibilität und zwischen stützender und wohlwollend fordernder Haltung. Die Haltung des Therapeuten ist optimistisch und ressourcenorientiert. Selbstabwertungen der Patienten werden korrigiert. Widersprüchliche Beziehungsmuster werden vom Therapeuten ausbalanciert. Bei möglichst zeitgleicher Aktivierung der meist widersprüchlichen Extrempositionen versucht der Therapeut mit dialektischen Strategien konstruktiv und kompromisshaft an den kontroversen Polen zu arbeiten.

Wie bereits oben erwähnt, kommt es in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung zu einer hohen emotionalen Belastung auch aufseiten des Therapeuten. Integraler Bestandteil in der DBT sind nicht zuletzt deshalb regelmäßige Supervisionen des therapeutischen Teams. Ich möchte hier auf den ausführlichen Artikel in diesem Heft von Frau Bruns verweisen.

Die ambulante Therapie basiert auf dem Boden von Selbstbeobachtungsprotokollen (z. B. diary card). Die diary card (Wochenprotokoll) umfasst die wichtigsten Problemzonen und Ressourcen des Patienten. Das Wochenprotokoll sollte täglich ausgefüllt werden. Es wird zu Beginn jeder Stunde herangezogen, um auf einen Blick das jeweils gefährlichste, bedrohlichste sowie das stabilisierendste Verhaltensmuster seit der letzten Stunde zu fokussieren.

Eine weitere zentrale Methode der DBT ist die Durchführung von Verhaltensanalysen. Die Frage nach der **Behandlungsebene** resultiert aus hochauflösenden Verhaltensanalysen, die klären, inwiefern das jeweils dominierende, priorisierte Verhaltensmuster durch labilisierende Umstände (Schlafstörungen, Essstörungen, soziale Probleme etc.) bedingt ist, ob spezifische, eindeutig identifizierbare Stimuli eine wesentliche Rolle spielen (Gewalterfahrung, Kontakte mit ehemaligen Tätern etc.), ob dysfunktionale Schemata oder

DIARY – CARD

NAME: _____

WOCHE vom _____

bis zum _____

Handz. Therap. / Pflege	T A G	Suizidale Ideen (0-5)		Selbst- schädigung (0-5)		Not/ Elend (0-5)		Spezielles Problemverhalten				PMS* (j/n)	Men- strua- tion (j/n)	Schlaf (0-5)	Entscheidung für neuen Weg (0-5)	Positive Aktivitäten		Freu- de (0-5)
		Drang (0-5)	Handl. (j/n)	Drang (0-5)	Handl. (j/n)	Drang (0-5)	Handl. (j/n)	Skills (0-7)	körperl. Aktivität (0-7)									
	MO																	
	DI																	
	MI																	
	DO																	
	FR																	
	SA																	
	SO																	

* PMS = Prämenstruelles Syndrom

→ **Kodierungen:**

suizidale Vorstellungen

- 0 = keine
- 1 = kaum
- 2 = mäßig
- 3 = drängend
- 4 = sehr drängend
- 5 = das Denken ist komplett auf suizidale Ideen eingeeignet

Selbstverletzungsdrang

- 0 = keine
- 1 = kaum
- 2 = mäßig
- 3 = starker Drang
- 4 = sehr starker Drang
- 5 = nicht kontrollierbar

Not/Elend/Freude/Entscheidung neuer Weg

- 0 = kein
- 1 = kaum
- 2 = etwas
- 3 = mittelmäßig
- 4 = groß
- 5 = sehr groß

Schlaf

- 0 = gar nicht
- 1 = sehr schlecht
- 2 = schlecht
- 3 = mittelmäßig
- 4 = gut
- 5 = sehr gut

Skills / körperl. Aktivitäten

- 0 = nicht daran gedacht und nicht angewandt
- 1 = daran gedacht, aber nicht angewandt, wollte nicht
- 2 = daran gedacht, nicht angewandt, hätte aber gewollt
- 3 = habe es versucht, konnte sie aber nicht anwenden
- 4 = versucht, konnte sie anwenden, aber sie halfen nicht
- 5 = automatisch angewendet, aber sie halfen nicht
- 6 = versucht, konnte sie anwenden und sie halfen
- 7 = automatisch angewendet und sie haben geholfen

Pläne im Vordergrund stehen („ich habe kein Recht, Wut und Ärger zu äußern, wenn ich verlassen werde, löse ich mich auf“...) oder ob mangelhafte Problemlösekompetenz ausschlaggebend ist. Schließlich wird geprüft, inwiefern die jeweiligen Verhaltensmuster durch interne oder externe Konsequenzen aufrechterhalten werden. Diese Analyse wiederum eröffnet die Wahl der jeweiligen Behandlungsmethodik: Labilisierende Bedingungen erfordern in aller Regel konkretes Problemlösen; identifizierbare Stimuli sollten wenn möglich beseitigt werden oder mittels Exposition desensibilisiert werden. Dysfunktionale Schemata erfordern eine sorgfältige Analyse auf der Ebene der angewandten und geplanten Strategien sowie eine sorgsame Korrektur. Mangelhafte Problemlösekompetenz kann durch Vermittlung oder Aktivierung von Fertigkeiten verbessert werden, und schließlich erfordern aufrechterhaltende Konsequenzen eine aktive Veränderung auf der Ebene der Verstärker (Kontingenzmanagement). Wie eingangs erwähnt, integriert die DBT eine Vielzahl von Strategien und Techniken aus anderen therapeutischen Schulen. Diese lassen sich in 12 Gruppen unterteilen:

1. Strukturelle Strategien
2. Problemanalyse
3. Problemlösungs-Strategien
4. Kontingenz-Management-Strategien
5. Exposure-Strategien
6. Kognitive Umstrukturierungs-Strategien
7. Validierungs-Strategien
8. Reziproke Strategien
9. Provokative Strategien
10. Dialektische Strategien
11. Case-Management-Strategien
12. Protokollbasierte Strategien

Das Fertigkeitentraining

Linehan definiert Fertigkeiten (Skills) als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Der Begriff „Fertigkeiten“ wird in der DBT synonym mit „Fähigkeiten“ gebraucht. Die zu erlernenden Verhaltensfertigkeiten gliedern sich bei Linehan in 4 Module, die Arbeitsgruppe um Bohus hat in den letzten Jahren 2 weitere Module (Selbstwert und Körperwahrnehmung) entwickelt. Seit 2009 ist eine interaktive CD-Rom auf dem Markt, die als Selbsthilfemanual konzipiert ist oder als Ergänzung zu Skillsgruppen eingesetzt werden kann. Im Dezember 2012 erschien die zweite Auflage. Neben einer Weiterentwicklung, insbesondere im Bereich der Emotionsregulation, finden sich in dieser Auflage Skills rund um das Thema Sucht (Bohus & Wolf-Arehult, 2012).

Module des Fertigkeitentrainings

1. Stresstoleranz
2. Emotionsmodulation
3. Zwischenmenschliche Fertigkeiten
4. Achtsamkeit
5. Selbstwertsteigerung
6. Körperwahrnehmung

Die DBT bietet ein gut durchstrukturiertes Manual mit zahlreichen Übungsbeispielen und Borderline-spezifischen Instruktionen. Zu jedem Modul existieren spezielle Arbeits- und Übungsblätter. Zudem entwickelte die Arbeitsgruppe um Bohus eine computerbasierte interaktive CD-ROM, die im Selbstmanagement oder in Verbindung mit einer Skillsgruppe eingesetzt werden kann. Die Inhalte der Module gliedern sich wie folgt:

1. Fertigkeiten zur Stresstoleranz: Diese Fertigkeiten fördern die Fähigkeit, Hochstressphasen und Zustände von intensiver Anspannung und Ohnmacht zu bewältigen, ohne auf dysfunktionale Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen zurückzugreifen. Wir gehen davon aus, dass unter diesen Bedingungen die kognitiven Funktionen stark eingeengt bzw. eingeschränkt sind und daher rational gesteuerte Problembewältigung kaum möglich ist. Starke sensorische Reize, Aktivierung motorischer Muster oder „information overload“ sind hilfreich, um die aversive Anspannung oder dissoziative Phänomene zu reduzieren. Diese Fertigkeiten sollten nur so lange praktiziert werden, bis eine ausreichende Spannungsreduktion eingetreten ist. Dann sollte sich die Patientin den Ursachen ihres Spannungsanstieges zuwenden, um daraus zukünftig präventive Techniken abzuleiten. Die Patientinnen werden dazu angehalten, zwei bis drei der wirksamsten Stresstoleranzfertigkeiten in einem Notfallkoffer permanent bei sich zu führen.
2. Fertigkeiten zur Emotionsmodulation: Schwierigkeiten, mit schmerzhaften Gefühlen umzugehen, gelten aus der Sicht der DBT als zentral für die Genese der BPS. Die Patientinnen sollen lernen, welche Grundgefühle es gibt, woran man diese identifizieren kann und wie sich Gefühle regulieren lassen. Die Identifikation wird über eine Schulung der Achtsamkeit für emotionspezifische Prozesse trainiert. Durch diese gelenkte Wahrnehmung wird Distanz zur Emotion erzeugt. Darüber werden bislang als unbeherrschbar empfundene Emotionen für die Patientinnen regulierbarer. Auch lernen die Patientinnen, ihre Emotionen abzuschwächen, indem sie kognitive Manöver einsetzen, Körperhaltungen modulieren oder ihren physiologischen Erregungszustand etwa durch Atemübungen herunterregeln.
3. Fertigkeiten zur Verbesserung der inneren Achtsamkeit: Mindfulness-basierte Therapien stammen ursprünglich aus dem ZEN, haben aber als Therapiekomponenten mittlerweile einen festen Platz im Repertoire der Verhaltenstherapie erobert. Das Grundprinzip besteht darin, unter Ausschaltung von Bewertungsprozessen die gesamte Aufmerksamkeit auf einen einzigen Fokus zu konzentrieren. Im täglichen Üben entwickelt sich dadurch die Kompetenz, von aktivierten emotionalen oder kognitiven Prozessen zu abstrahieren und diese als kreative Leistungen des Gehirns mit wenig Aussagekraft über reale Bedingungen zu erkennen. Die Relativierung von aktivierten affektiven Schemata ist eine Grundvoraussetzung jeder verhaltenstherapeutischen Intervention. Die meisten Patientinnen berichten, dass sich nach etwa drei bis vier Wochen Üben eine neue Balance zwischen „Gefühl und Verstand“ zu entwickeln beginnt, die „intuitives Wissen“ über sich selbst und die Welt verstärkt.
4. Zwischenmenschliche Fertigkeiten: Dieses Modul hat große Ähnlichkeit mit anderen Trainingsmanualen zum Erlernen von sozialer Kompetenz. Borderline-Patientinnen mangelt es jedoch meist nicht an sozialer Kompetenz im engeren Sinne, sondern an Umgangsformen mit störenden Gedanken und Gefühlen während sozialer Interaktionen. Es werden wirkungsvolle Strategien zur Zielerreichung in zwischenmenschlichen Situationen sowie zum Umgang mit Beziehungen vermittelt. Großer Wert wird auch

auf Aspekte der Selbstachtung beim Umgang mit anderen Menschen gelegt.

5. Verbesserung des Selbstwerts: Da Borderline-Patientinnen fast immer unter ausgeprägten Selbstzweifeln und einem sehr niedrigen Selbstwertgefühl leiden, hat es sich als hilfreich erwiesen, spezifische Fertigkeiten zum Aufbau von Selbstwert in die DBT zu integrieren, die auf eine sorgfältige Balance zwischen Validierung der etablierten, auch negativen Grundannahmen und der Aneignung von neuen Sichtweisen zielt.
6. Körperwahrnehmung: Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von empirischen Hinweisen, dass Borderline-Patientinnen sehr häufig unter ausgeprägten Störungen der Körperwahrnehmung, der Körperrepräsentanz und -bewertung leiden. Es hat sich daher als sehr hilfreich erwiesen, Körpertherapie gezielt zu deren Verbesserung einzusetzen.

Das Fertigkeitentraining ist als kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zu verstehen und vorrangig als psychoedukatives Sozialtraining konzipiert. Damit wird explizit **kein** gruppodynamischer bzw. interpersoneller Ansatz verfolgt. Die Entwicklung, Reflexion und Analyse einer Gruppodynamik werden stattdessen aktiv unterbunden. Dies hat ein im Vergleich zu psychodynamischen Gruppentherapien deutlich entspannteres Gruppenklima zur Folge. Gerade bei der Arbeit mit emotional schwer gestörten Patienten gewinnt diese Rahmenbedingung besondere Bedeutung. Die darüber von den Patientinnen empfundene Entlastung führt in der Regel nach bereits wenigen Gruppenstunden zu einer deutlichen Reduktion von im Vorfeld möglicherweise auftretenden sozialphobischen Befürchtungen. Das Fertigkeitentraining nutzt gezielt gruppentherapeutische Wirkfaktoren, allen voran Anregungs- und Feedbackfunktionen, Problemlösefunktionen sowie Solidarisierungs- und Stützungsfunktionen.

Das Telefoncoaching

Ein weiteres Modul der ambulanten DBT ist das **Telefoncoaching**. Im besten Fall sollte der Therapeut oder ein Kollege aus dem therapeutischen Netzwerk immer erreichbar sein. Zu Beginn einer Behandlung werden klare Regeln zur Telefonberatung besprochen und festgelegt. Zentrale Themenbereiche sind:

- Lösung akuter suizidaler oder parasuizidaler Krisen
- Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten
- Klärung der therapeutischen Beziehung

Die praktische Erfahrung zeigt, dass dieses Angebot nur sehr zögerlich und selten in Anspruch genommen wird (Gunja, Huppertz, Friedrich & Ehrental, 2000).

Stationäre Behandlung

Ursprünglich wurde die DBT für die ambulante Behandlung von Patientinnen mit einer Borderline-Störung entwickelt. In Deutschland entwickelte Bohus vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsstrukturen und -möglichkeiten ein stationäres Konzept (Bohus & Bathruff, 2000). Mittlerweile ist dieses Konzept bundesweit etabliert. Auch für das stationäre Setting konnte ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden (Bohus et al., 2004). Erfreulicherweise zeigen die positiven Entwicklungen unter der stationären Behandlung Langzeiteffekte (Kleindienst et al., 2008) Es ist zu berücksichtigen, dass das stationäre

Behandlungskonzept lediglich als ein Modul im Rahmen einer komplexen Behandlung (integrierte Versorgung) zu sehen ist. Es scheint der ambulanten Behandlung bezüglich seiner Wirksamkeit gleichgestellt zu sein, ist ihr jedoch nicht überlegen und keinesfalls Ersatz für eine längerfristig angelegte ambulante Therapie. Man sollte sich auch immer vergegenwärtigen, dass einige gewichtige Argumente gegen stationäre Konzepte sprechen. So können beispielsweise dysfunktionale Verhaltensmuster durch das Behandlungsteam und/oder der Gemeinschaft der Borderline-Patienten auf Station verstärkt werden. Allerdings ist in Deutschland eine störungsspezifische ambulante Behandlung äußerst unzureichend abgebildet; zudem sind die Voraussetzungen für eine solche Therapie von den Krankenkassen nicht geschaffen. Zu Beginn einer Therapie können die Herausnahme aus ungünstigen sozialen Bezügen, die massierte Vermittlung von störungsspezifischem Wissen und Kompetenzen und die Einleitung einer vernetzten ambulanten Therapie die Compliance aufseiten der Patienten und die Effektivität der weiteren Behandlung verbessern. Wesentliche Unterschiede zur ambulanten Therapie finden sich in der zeitlichen Strukturierung, der hierarchischen Gliederung von Behandlungszielen sowie den umfassenden Behandlungsmodulen und deren Integration (Bohus, 2002; Bohus & Wolf, 2009; Linehan, 1996).

Behandlungsablauf der DBT für Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Die Behandlung erstreckt sich auf 12 Wochen. Die Patienten werden auf einer Spezialstation zusammengeführt. Wesentlich ist eine Unterscheidung zwischen Vorbereitungs- und Therapiephase.

In der Vorbereitungsphase erfolgt eine umfassende Diagnostik, Differentialdiagnostik, Aufklärung über das Störungsbild und über das Behandlungskonzept. Im zentralen Fokus stehen die Notlage des Patienten und dessen Motivation zu einer Therapie. Die Herstellung der Voraussetzungen für eine ambulante Therapie (Compliance, Non-Suizid-Vertrag, Zustimmung zu Regeln etc.) ist eine große therapeutische Herausforderung. Sie sollte jedoch, um den späteren Therapieverlauf nicht zu gefährden, eindeutig als Vorbereitungsphase deklariert werden.

Die ersten 3 Wochen im stationären Setting stehen im Dienste der Entwicklung eines individuellen Fallkonzeptes. Angesichts der Tatsache, dass Borderline-Patienten einen schier unlösbaren Beschwerdekomplex offenbaren und 12 Wochen ein dafür viel zu kurzer Behandlungszeitraum sind, müssen sich die Behandlungsziele an einfachen wie klaren Algorithmen orientieren.

Nach 3 Wochen kommt der Einzeltherapeut mit seinem Patienten ins Team (Gesamtheit aller an der Behandlung beteiligten Therapeuten), um ihn dort vorzustellen. Ziel ist es, gemeinsam Lösungsstrategien zu formulieren und deren Umsetzung im Team zu delegieren. Absolute Transparenz der Therapie gegenüber dem Patienten hat sich als entscheidender Wirkfaktor erwiesen.

Danach beginnt die „eigentliche“ Therapiephase. Die einzelnen Berufsgruppen arbeiten an den gesteckten Wochenzielen, regelmäßige Teamsitzungen haben die potentiellen Synergien zu gewährleisten.

In der abschließenden Entlassungsphase (ca. 2-3 Wochen vor Entlassung) wird das Erreichen der gesteckten Ziele überprüft und der Übergang in das ambulante Setting vorbereitet.

Therapeutische Inhalte der stationären Behandlung nach DBT

Einzeltherapie

Die Einzeltherapie wird gleichwertig von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Grundsätzlich ist die Einzeltherapie das zentrale Modul der Therapie. Der Therapeut versteht sich als Coach. Er hilft dem Patienten, die Ressourcen des stationären Settings maximal zu nützen. Neben diagnostischen, strukturierenden und integrierenden Momenten fokussiert sie auf das Erreichen von umschrieben definierten Zielen. Die Behandlung folgt strengen Algorithmen. So stehen Suizidalität oder selbstverletzendes Verhalten immer im Fokus, wenn sie aktuell im Verhalten des Patienten auftauchen (Bohus, 2002; Linehan, 1996).

Das Fertigkeitentraining

Das Fertigkeitentraining im stationären Setting unterscheidet sich inhaltlich nicht von dem des ambulanten Settings. Im stationären Setting hat es sich jedoch bewährt, die Achtsamkeit in einer gesonderten Gruppe anzubieten. Die 4 verbleibenden Themenbereiche werden in der Gruppe generell besprochen und individuell auf die aktuellen Bedürfnisse der Gruppenmitglieder abgestimmt. Durch die limitierte Zeit ist darauf zu achten, dass nur wenige, dafür sehr spezifische Fertigkeiten vermittelt werden. Durch Hausaufgaben und deren Besprechung in der Gruppe wird der Transfer in den Alltag gefördert. Es liegt im Aufgabenfeld des Einzeltherapeuten, dem Patienten zu erklären, welche Fertigkeiten notwendig sind, um rasche Veränderungen zu erzielen.

Einmal pro Woche werden die Hintergründe, Inhalte und Wirkmechanismen der Achtsamkeit besprochen und am Beispiel von kleinen Übungen veranschaulicht. In der Achtsamkeitspraxis erfolgt das Training der erlernten Fertigkeiten.

Basisgruppe

Die *Basisgruppe* ist eine psychoedukative Gruppe. Sie ist themenzentriert. Hier werden die Grundlagen der Borderline-Störung, komorbider Störungen (Sucht, affektive Störungen, ADHS etc.) und der DBT vermittelt und diskutiert.

Bezugsgruppe

Die Gesamtheit aller Borderline-Patienten auf der Station wird als *Bezugsgruppe* definiert. Die Patienten treffen sich zweimal wöchentlich ohne Therapeuten. Zu den Inhalten der Gruppenarbeit gehören die Besprechung von Hausaufgaben und Verhaltensanalysen, Wochenendplanung, Fragen zum therapeutischen Setting etc. Gibt es interaktionelle Schwierigkeiten in der Gruppe, so kann die Basisgruppe genutzt werden, um die Problematik zu klären, aber auch die Aufzeichnung und Supervision des Videomaterials durch einen Therapeuten können dysfunktionales Verhalten identifizieren und die Arbeit an Verhaltensmodifikationen unterstützen.

Die Pflege

Das *Pflegeteam* hält die Balance zwischen Veränderung und Fürsorge. Es hilft, Krisen adäquat zu bewältigen, übt mit dem Patienten Skills und hält durch die festen Termine einen strukturierten Kontakt. Zu Beginn eines Tages werden im Rahmen der Morgenrunde von den Patienten kurz Ziele formuliert. Am Ende eines Tages (Abendrunde) werden Rückmeldungen gesammelt, welche Ziele man erreichen konnte.

Körpertherapie

Die *Körpertherapie* umfasst 3 Dimensionen, die grundsätzlich in einer Gruppe vermittelt und trainiert werden.

- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Vermittlung von „Körperskills“ zur Spannungsregulation
- Akzeptanz und Nutzung von Aggression

Da bei vielen Patienten in der Vorgeschichte traumatische Erfahrungen vorliegen, empfiehlt es sich den Erstkontakt im Einzel-Modus durchzuführen.

Kunsttherapie

Die Förderung kreativer Prozesse und die Unterstützung anderer Module (Fertigkeitentraining, Einzeltherapie) zählen zu den Hauptaufgaben der *Kunsttherapie*. Aber auch das Schaffen positiver Erfahrungen kann hier angesiedelt werden.

Gruppe für soziale Integration

Wir wissen zunehmend, dass die soziale Reintegration von Personen mit einer Borderline-Störung ein zentraler prognostischer Faktor ist (siehe Beitrag von Höschel in diesem Heft). Neben der Reduktion der Akutsymptomatik spielt die frühe Erfassung sozialer Konflikt und Problemfelder eine große Rolle. Der Aufbau eines normativen, sozial integrierten und lebenswerten Lebens ist Ziel der Therapie. Vermittlung notwendiger Kompetenzen, Hilfe beim Aufbau befriedigender sozialer Netzwerke außerhalb des Patientenmilieus und die langfristige Ablösung aus der Unterstützung des Gesundheitssystems sind hier angesiedelt. Komplexe soziale Problemfelder werden im Einzelsetting besprochen und bearbeitet.

Selbstständiges Arbeiten mit der CD-ROM

Auf dieser CD befinden sich alle Informationen zum Fertigkeitentraining. Hier können die Patienten „spielerisch“ Gelerntes vertiefen oder sich mit neuen Materialien vertraut machen. Es fördert zudem den selbstverantwortlichen Anteil in der Therapie und unterstützt durch Training den Transfer in den Alltag.

Die Teamsitzung

Die kurze Behandlungszeit im Rahmen des stationären Settings zwingt zu einem äußerst strukturierten diagnostischen und therapeutischen Vorgehen. In der wöchentlichen Teamsitzung werden knapp Informationen über den Patienten ausgetauscht. Das Vorstellen von Behandlungszielen, die gemeinsame Steuerung des Therapieverlaufs, die Koordination der Module und die inhaltliche wie emotionale Unterstützung der Therapeuten gehören zu den Aufgabenbereichen dieser Therapieeinheit (Bohus, 2002).

Hierarchische Gliederung der Behandlungsziele im stationären Setting

Die vordringlichste Aufgabe im stationären Bereich ist die Bewältigung suizidaler Krisen. Zentrales therapeutisches Werkzeug ist die Durchführung von genauen Verhaltensanalysen. Es folgt der Aufbau von Therapiecompliance an Stelle von therapieschädigenden Verhaltensmustern. Im stationären Setting müssen hier die Interessen der Mitpatienten

und die Grenzen einer Institution mitberücksichtigt werden. An 3. Stelle steht die Befähigung zur ambulanten Therapie.

1. Aufbau von Überlebensstrategien zur Bewältigung suizidaler Verhaltensmuster
2. Aufbau von Therapiecompliance an Stelle von therapieschädigenden Verhaltensmustern
3. Befähigung zur ambulanten Therapie:
 - Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von akutem ambulanten Problemverhalten
 - Aufbau von Fertigkeiten, um Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung zu verhindern
 - Aufbau von Fertigkeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme zu verringern

Ausblick

Das Wissen um die Borderline-Störung wächst unaufhaltsam. Mit dieser Entwicklung verbessern sich die Voraussetzungen für eine effektive Therapie der Störung. Eine schon lange überfällige Entwicklung, denn das Leid und die Veränderungsbereitschaft dieser Störungsgruppe scheint groß zu sein. Ein enorm hohes Inanspruchnahmeverhalten aufseiten der Borderline-Patienten steht in einem traurigen Gegensatz zu einer spärlichen störungsspezifischen Versorgungsdichte in Deutschland. Die DBT hat sich hierzulande gut etabliert und dominiert mittlerweile die stationäre Behandlung. Leider bietet die ambulante Versorgungsstruktur in Abhängigkeit der Abrechnungsrichtlinien der gesetzlichen Krankenkassen nicht die Möglichkeit, neue Konzepte umzusetzen, die der Regelversorgung weit überlegen sind. So werden soziale Integrationsprozesse durch fehlende oder insuffiziente Therapien zumindest verlangsamt oder dysfunktionale Entwicklungen im Rahmen stationärer Behandlungen sogar verstärkt. Es ist an der Zeit, rigide Versorgungsstrukturen aufzubrechen, damit möglichst viele Betroffene an der erfreulichen Entwicklung möglicher therapeutischer Hilfestellungen im Bereich der Borderline-Störung teilhaben können.

Literatur

- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W.M. & de Bie, A.J. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17, 45-59.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bohus, M. (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 11, 149-153.
- Bohus, M. & Bathruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 55-66.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unkel, C., Lieb, K. & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.

- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R.D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philipsen, A. & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Chapman, A.L., Kuhler, T. & Stieglitz, R.D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40, 126-132.
- Bohus, M. & Reicherzer, M. (2012). *Ratgeber Borderline-Störung. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M., Schmahl, C. & Lieb, K. (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6, 43-50.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD für die therapeutische Arbeit*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2012). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual (Vol. 2)*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 641-649.
- Brunner, R., Parzer, P. & Resch, F. (2001). Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Praxis*, 4-12.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, J.C. & Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personal Disorders*, 15, 487-495.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P. & Ruan, W. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., Yen, S., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Dyck, I.R., Morey, L.C. & Stout, R.L. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 822-826.
- Gunja, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrental, J. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32 (4), 651-662.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I.M. & Bohus, M. (2001). [Examination of body concept of female patients with borderline personality disorder]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie*, 51, 246-254.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). [The treatment history of patients with borderline personality disorder in the Republic of Germany]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66, 545-552.
- Jobst, A., Horz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M. (2010). [Psychotherapists' attitudes towards the treatment of patients with borderline personality disorder]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie*, 60, 126-131.
- Johnson, D.M., Shea, M.T., Yen, S., Battle, C.L., Zlotnick, C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Bender, D.S., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G. & Zanarini, M.C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 284-292.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludascher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Chapman, A. L., Reicherzer, M., Stieglitz, R. D. & Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 230-236.

- Kleindienst, N., Limberger, M.F., Schmahl, C., Steil, R., Ebner-Priemer, U. W. & Bohus, M. (2008). Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *J Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 847-851.
- Lieb, K., Vollm, B., Rucker, G., Timmer, A. & Stoffers, J.M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, 196, 4-12.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M.M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monographs*, 137, 201-216.
- Linehan, M.M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., Ferguson, B. & et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Maier, W., Franke, P., & Hawellek, B. (1998). Special feature: family-genetic research strategies for personality disorders. *J Pers Disord*, 12, 262-276.
- Rentrop, M., Reicherzer, M., Schwerthöffer, D., Bäuml, J. & Hörz, S. (2012). Psychoedukation bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen für Betroffene und Angehörige. *Münchener Modell: Überblick und theoretischer Hintergrund*. *Psychotherapeut*, 57, 291-300.
- Stiglmayr, C.E., Ebner-Priemer, U.W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C.H., Anghelescu, I.G., Schmahl, C., Schlotz, W., Kleindienst, N. & Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 139-147.
- Stiglmayr, C.E., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M.F. & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111-118.
- Stone, M.H. (2000). Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In O. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 3-9). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, O., von Cube, R., Skaletz, C., Lieb, K. & Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42, 257-263.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425.
- Young, E.J., Weishaar, M.E. & Klosko, J.S. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (Vol. 1). New York: Guilford Press.
- Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 296-302.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.

- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. & Frankenburg, F.R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 57-63.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 233-242.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F., Levin, A., Yong, L. & Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Markus Reicherzer
Klinik Dr. Schlemmer
Centrum für Psychosomatische Medizin
Stefanie-von-Strechine-Straße 16 | 83646 Bad Tölz
Tel.: 08041-8086-564 | Fax: 08041-8086-300 | markus.reicherzer@klinik-schlemmer.de