

# Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Martin Bohus, Christian Schmahl

## ZUSAMMENFASSUNG

### ● Einleitung

Die Lebenszeitprävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörungen liegt bei etwa 5 Prozent der Bevölkerung, wobei der Schwerpunkt der Störung in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenen-Alter liegt. Suizidversuche, Selbstverletzungen und hochgradige Einschränkungen des Selbstwerts führen zu starkem Leidensdruck bei Betroffenen und deren Familien.

### ● Methoden

Der Übersichtsartikel basiert auf Leitlinien und einer selektiven Literaturliteraturarbeit durch die Autoren.

### ● Ergebnisse

Heute sieht man eine generalisierte Störung der Affektregulation im Zentrum der Störung. Wechselwirkungen zwischen genetischen Faktoren, schweren traumatischen biografischen Erfahrungen und dysfunktionalen Verhaltensmustern sind die Ursache. Störungsspezifische Therapieverfahren, insbesondere die Dialektisch Behaviorale Therapie, flankiert von psychopharmakologischer Behandlung, zeigen gute Behandlungsergebnisse.

### ● Schlussfolgerung

Es drängt die Frage nach Prädiktoren für Therapieerfolg und die Umsetzung der wissenschaftlich evaluierten Therapieverfahren in die ambulante Versorgung. Auf psychopharmakologischer Ebene fehlen große Multicenterstudien und die Entwicklung von spezifischen, auf die Affektregulation zielenden Medikamenten.

### ● Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung, Dialektisch Behaviorale Therapie, Psychopharmakologie

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim: Prof. Dr. med. Bohus, PD Dr. med. Schmahl

## Weitere Informationen zu CME

Dieser Beitrag wurde von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zertifiziert. Die Fortbildungspunkte können mithilfe der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) verwaltet werden. Unter [cme.aerzteblatt.de](http://cme.aerzteblatt.de) muss der Teilnehmer die EFN in der Rubrik „Meine Daten“ in das entsprechende Feld eingeben und die Einverständniserklärung aktivieren. Erst ab diesem Zeitpunkt werden die cme-Punkte elektronisch übermittelt. Die 15-stellige EFN steht auf dem Fortbildungsausweis. Einsendungen, die per Brief oder Fax erfolgen, können nicht berücksichtigt werden. Einsendeschluss ist der 15. 6. 2009.

### Wichtiger Hinweis

Die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist ausschließlich über das Internet möglich: [cme.aerzteblatt.de/kompakt](http://cme.aerzteblatt.de/kompakt)

Die Lösungen zu dieser cme-Einheit werden im Internet am 16. 6. 2009 veröffentlicht.

**D**ie Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwerwiegende Störung der Affektregulation, begleitet von verzerrter Wahrnehmung des Selbstbildes und Störung des zwischenmenschlichen Verhaltens. Meist entwickelt sich die Problematik in der frühen Adoleszenz: Starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche und schwere Selbstzweifel sind oft die ersten Anzeichen. Kommen Selbstverletzungen, Suizidversuche, Drogenprobleme und Essstörungen hinzu, dann liegt der klinische Verdacht auf das Vorliegen einer BPS nahe.

Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich etwa 6 Prozent aller 15-jährigen Mädchen regelhaft Selbstverletzungen zufügen und regelmäßig über Suizidversuche nachdenken (1). Neben Auffälligkeiten des Verhaltens und Erlebens lassen sich heute auch strukturelle und funktionelle Veränderungen zentraler fronto-limbischer Regulationsmechanismen nachweisen (2). Die meisten klinischen Abweichungen sind demgemäß entweder als Folge einer gestörten Affektregulation zu verstehen oder als (dysfunktionaler) Versuch, diese zu bewältigen. So werden etwa Selbstverletzungen, oder auch Essanfälle oder Alkoholabusus häufig zur Milderung von intensiven aversiven Emotionen eingesetzt, die bisweilen so stark sind, dass sie nur noch als unspezifische Erregungszustände wahrgenommen werden. Langfristig manifestieren sich diese „Lösungsversuche“ auf der Verhaltensebene jedoch als komorbide Störungen.

Eine große Belastung für die Patienten stellen komorbide Angststörungen dar (etwa 90 Prozent). Am häufigsten sind Soziale Phobien und Posttraumatische Belastungsstörungen (etwa 45 Prozent). Diese beeinflussen die Entwicklung der Symptomatik negativ und erschweren häufig die Therapie.

## Epidemiologie und Verlauf

Die Lebenszeitprävalenz der BPS kann auf etwa 5 bis 6 Prozent geschätzt werden (3), die Querschnittsprävalenz hängt stark vom Alter der Stichprobe ab. Im Alter von 45 Jahren erfüllen nur noch etwa 0,6 Prozent der Bevölkerung

## Definition

- Störung der Affektregulation begleitet von verzerrter Wahrnehmung des Selbstbildes und Störung des zwischenmenschlichen Verhaltens
- Erste Anzeichen sind starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche und schwere Selbstzweifel.

**KASTEN 1****Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV**

- Um die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV stellen zu können, müssen mindestens fünf der neun Kriterien erfüllt sein:

**Affektivität**

1. Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (zum Beispiel häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
2. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist
3. Chronisches Gefühl der Leere

**Impulsivität**

4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen beispielsweise Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder Fressanfälle
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

**Kognition**

6. Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
7. Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.

**Interpersoneller Bereich**

8. Verzweifeltes Bemühen, reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern
9. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

die diagnostischen Kriterien. Damit ist dieses schwerwiegende Störungsbild, insbesondere im jungen Erwachsenenalter deutlich häufiger als zum Beispiel schizophrene Erkrankungen. Etwa 80 Prozent aller Betroffenen suchen psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, und etwa 15 Prozent aller Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen die Kriterien einer BPS – zumindest in der Sekundärdiagnose. Somit gehört die BPS zu den häufigsten Aufnahmediagnosen in psychiatrischen Kliniken. Das starke Inanspruchnahmeverhalten dieser Patientengruppe fordert die Versorgungs-

**Epidemiologie und Verlauf**

- Die Lebenszeitprävalenz wird auf 5 % geschätzt.
- 80 % aller Betroffenen suchen psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, etwa 15 % aller Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen die Kriterien einer BPS.

**KASTEN 2****Klinische Diagnostik der Borderline-Störung****Leitsymptom**

Einschießende intensive aversive Anspannung, Selbstverletzung

**Operationalisierte Diagnostik**

Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (SKID II) oder IPDE („International Personality Disorder Examination, Borderline-modul“)

**Schweregradeinschätzung**

mithilfe der BSL (Borderline-Symptom-Liste)

**Komorbidität**

SKID I (strukturiertes klinisches Interview für Achse-I-Störungen, nach DSM-IV)

strukturen in besonderem Maße. Die jährlichen Behandlungskosten belaufen sich in Deutschland auf etwa vier Milliarden Euro, das entspricht etwa 15 Prozent der Gesamtkosten, die für psychische Störungen ausgegeben werden (4). 90 Prozent dieser Kosten entstehen durch stationäre Behandlungen. Die durchschnittliche Liegezeit beträgt derzeit in Deutschland etwa 68 Tage pro Jahr.

Der Beginn der Störung liegt meist in der frühen Adoleszenz. Im Durchschnitt jedoch erfolgt die erste stationäre psychiatrische Behandlung erstmals im Alter von etwa 24 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt beträgt die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zehn Jahren eine jährliche Wiederaufnahme in psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, etwa 80 Prozent (5).

Neuere Studien aus den USA konnten zeigen, dass der Langzeitverlauf der BPS deutlich besser erscheint als bislang vermutet. So fanden Zanarini et al. (6) in einer groß angelegten Katamnese-Studie an 290 psychotherapeutisch behandelten Borderline-Patientinnen, dass die Psychopathologie im Laufe der Jahre deutlich abnimmt. Eine zweite Langzeit-Verlaufsstudie, die CLPS-Studie, (7) bestätigte weitgehend diese Ergebnisse. Die Generalisierbarkeit dieser Daten auf die Bedingungen in Deutschland wird jedoch sehr kontrovers diskutiert. Vergleichbare Daten für den europäischen oder deutschen Bereich wären dringend nötig, liegen derzeit jedoch nicht vor.

**Diagnostik**

- Neben der Diagnose sollte auch der Schweregrad der jeweiligen Symptomatik mithilfe der Borderline-Symptom-Liste bestimmt werden.
- Komorbide Störungen oder affektive Störungen sollten mithilfe eines operationalisierten Instrumentes (SKID 1) vollständig erfasst werden.

## Diagnostik

Die Diagnosekriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV), eines international anerkannten Kriterienkatalogs, sind in *Kasten 1* zusammengefasst. Zur Diagnosestellung müssen fünf von neun Kriterien sowie die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung über einen längeren Zeitraum erfüllt sein. Für die wissenschaftliche, und klinische Diagnostik hat es sich als sinnvoll erwiesen, neben der Diagnose auch den Schweregrad der jeweiligen Symptomatik zu bestimmen. Für Ersteres empfehlen sich das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen“ (SKID II) (8) oder das IPDE (International Personality Disorder Examination) (9). Beide Instrumente liegen als deutschsprachige Versionen vor. Für die Schweregradbestimmung wurden drei Instrumente entwickelt, von denen im deutschsprachigen Raum derzeit lediglich die von Bohus et al. publizierte „Borderline-Symptom-Liste“ (BSL) (10), als Fragebogen vorliegt. Da komorbide Störungen wie Suchterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder affektive Störungen Verlauf und Prognose und damit auch die Therapieplanung erheblich beeinflussen, hat es sich auch im klinischen Alltag bewährt, diese möglichst mithilfe eines operationalisierten Instrumentes (SKID I) vollständig zu erfassen. Differenzialdiagnostisch erscheint es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Borderline-typischen Erlebens- und Verhaltensmuster nicht ausschließlich während depressiver Episoden auftreten. Die klinische Diagnostik in der Praxis sollte sich an folgendem Entscheidungsalgorithmus orientieren (*Kasten 2*).

## Ätiologie und Symptomatik

Die meisten Wissenschaftler favorisieren heute ein ätiologisches Modell, das Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Variablen sowie dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern annimmt. Die einzige Zwillingsstudie, die Konkordanzraten von monozygoten mit dizygoten Zwillingen vergleicht, von denen ein Zwilling manifest eine nach DSM-IV diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweist, wurde im November 2000 veröffentlicht (11). Sie zeigt eine erhebliche genetische Bedeutung für die Entstehung der Borderline-Störung. Ein weiterer, indirekter Hinweis auf genetische Beteiligung ist, dass etwa 50 Prozent der Betroffenen retrospektiv über ein manifestes Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) in der Kindheit berichten, bei dem eine klare genetische Prädisposition gesichert ist. An biografisch relevanten psychosozialen

## FALLVIGNETTE

### Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Kollege aus der chirurgischen Intensivstation ersuchte um ein sofortiges psychiatrisches Konsil: Eine etwa 24-jährige Patientin sei gestern nach einem Suizidversuch von drei Freundinnen in die Klinik gebracht worden. Sie hatte sich Schnittverletzungen an den Unterarmen zugefügt und zudem wohl etwa 500 mL Blut abgenommen. Der Hb war auf 5,3 gesunken. Da Fluchtgefahr bestünde, wäre sie nun fixiert.

Die untergewichtige, anämische junge Frau berichtet nach anfänglichem Zögern, dass Sie gestern erfahren habe, dass Ihre Freundin sich von ihr trennen und ins Ausland gehen wolle. Sie könne sich nicht vorstellen, ohne sie zu leben. Völlig verzweifelt hätte sie sich dann betrunken und Blut abgenommen. Dies täte sie öfter, das helfe ihr, sich nicht mehr so intensiv zu spüren. Kurz vor Bewusstseinsverlust hätte sie zum Abschied die Freundin noch einmal angerufen. Auf Nachfrage gibt sie an, seit Jahren unter starken Stimmungsschwankungen zu leiden und sich regelmäßig zu schneiden, um hohe Anspannungen zu mildern. Sie wünsche nun sofort heimzugehen, da die Freundin eingewilligt hätte, die Beziehung doch fortzusetzen.

Belastungsfaktoren lassen sich sexuelle Gewalterfahrung (etwa 65 Prozent), körperliche Gewalterfahrungen (etwa 60 Prozent) und schwere Vernachlässigung (etwa 40 Prozent) identifizieren (12). Bei der sexuellen Gewalt handelt es sich zum Teil um sehr frühe, langwierige Traumatisierungen, und es zeigt sich, dass Borderline-Patienten diese Erfahrungen eher in der Familie machen (12). Dennoch erscheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass sexuelle Traumatisierung weder eine notwendige noch hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung einer BPS darstellt. Die unter Klinikern stark verbreitete Annahme, dass es sich bei der BPS um ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom handelt, findet auf wissenschaftlicher Ebene keine Evidenz.

Das pathogenetische Modell würde sicherlich zu kurz greifen, wenn die destabilisierende Wirkung dysfunktionaler Verhaltensmuster nicht berücksichtigt würde: Auf der symptomatischen Ebene beängstigen zunächst die häufigen Suizidversuche. Etwa 80 Prozent aller Borderline-Patienten berichten zumindest über einen, die meisten über mehrere Versuche, sich gezielt das Leben zu nehmen. Etwa acht Prozent der Betroffenen sind in dieser Hinsicht leider „erfolgreich“. Ein wichtiger Risikofaktor für Suizid ist selbstschädigendes Verhalten wie Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen, das wiederum bei etwa 85 Prozent der Borderline-Patienten zumindest während einiger

## Ätiologie

- Borderline-Störungen haben eine genetische Komponente.
- Es besteht keine Evidenz, dass es sich bei der Borderline-Störung primär um ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom handelt.

## Symptomatik

- 80 Prozent aller Borderline-Patienten berichten zumindest über einen Suizidversuch, acht Prozent suizidieren sich tatsächlich.
- Wichtigstes Motiv für Selbstschädigung ist die Absicht, Spannungszustände zu mindern.

Zeitabschnitte zu beobachten ist. Etwa die Hälfte der Betroffenen berichtet, dass diese Verhaltensmuster bereits im Grundschulalter begonnen hätten. Das wichtigste Motiv für selbstschädigendes Verhalten ist, die Absicht, heftige negative Emotionen oder Spannungszustände zu mindern. Die meisten Betroffenen sind während dieser Phasen weitgehend unempfindlich gegen Schmerzen. Etwa 20 Prozent hingegen schneiden sich trotz oder wegen intensiver Schmerzempfindung.

Die letzt genannte Gruppe erfährt durch die Selbstverletzungen „Kicks“, also Euphorisierung, Verbesserung der Kognition und der Leistungsfähigkeit. Häufig unterschätzt wird der prägende Einfluss von Drogen- und Alkoholmissbrauch auf die Affektregulation während der Adoleszenz. Das gleiche gilt für Ess- und Trinkstörungen, die sich in fast jeder Borderline-Anamnese nachweisen lassen.

### Emotionale Dysregulation

Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen heute eine Störung der Affektregulation (13): Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau ausgesprochen hoch. Nur verzögert erreichen die Betroffenen wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenommen, sondern als äußerst quälende, diffuse Spannungszustände erlebt. Häufig sind diese so stark, dass die Betroffenen ein ausgeprägtes Gefühl der Unwirklichkeit erleben und wesentliche Anteile der zentralen sensorischen Reizverarbeitung, wie etwa die Schmerzwahrnehmung, gestört sind (Dissoziation). Die beschriebenen selbstschädigenden Verhaltensmuster können diese aversiven Spannungszustände reduzieren, was im Sinne der Lerntheorie als negative Verstärkung bezeichnet werden kann. Auch die auffälligen Verhaltensmuster im zwischenmenschlichen Bereich können mit Störungen der Emotionsregulation erklärt werden: Hier dominieren insbesondere Fehlinterpretationen von neutralen Interaktionsangeboten Anderer. Die meisten Borderline-Patienten sind eher misstrauisch und fühlen sich auch in neutralen oder zugewandten Gruppen sozial isoliert. Dies führt zu einem tiefgreifenden Gefühl des „Anders seins“, also des sozialen Ausschlusses, was eventuell auch die tiefgreifende Angst erklärt, alleine zu sein, oder verlassen zu werden. Beherrscht von einer intensiven Angst vor Einsamkeit und einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Verankerung wichtiger Bezugspersonen, verwechseln sie häufig Abwesenheit mit manifester Ver-

lassenheit. 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“. Viele Ärzte und auch Psychotherapeuten, die keine Zusatzausbildung erfahren haben, fühlen sich dann überfordert und schwanken zwischen übermäßiger Sorge und schroffer Ablehnung. Selbst unter Studienbedingungen wird etwa die Hälfte aller unspezifischen Psychotherapien vorzeitig abgebrochen.

Ein weiteres Symptom gestörter Affektregulation sind die ausgeprägten dissoziativen Phänomene. Unter hoher Anspannung kommt es zu Störungen der senso-motorischen 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“, das heißt szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse, die zwar kognitiv der Vergangenheit zugeordnet werden, emotional jedoch als real erlebt werden. Oft werden diese Flashbacks, die über Stunden und Tage anhalten können, vom klinisch Unerfahrenen als psychotisches Erleben fehlagnostiziert.

Auch Alpträume sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden und destabilisieren emotional. Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen, Vernachlässigung von körperlicher Bewegung sowie nachlässige Behandlung eventueller somatischer Erkrankungen verursachen schließlich auch soziale Probleme wie schlechte Ausbildung und Arbeitslosigkeit.

### Psychotherapie der BPS

Das Bestreben, störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte für psychische Störungen zu entwickeln, hat sich auch im Bereich der BPS durchgesetzt. Neben der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), (14, 15), einem verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept, liegen mittlerweile auch manualisierte Behandlungskonzepte aus anderen therapeutischen Schulen vor: O. Kernberg entwickelte die „Transference Focussed Psychotherapy“ (TFP) (16), Bateman und Fonagy das „Mentalization Based Treatment“ (MBT) (17, 18) und J. Young die „Schema Focussed Therapy for BPD“ (19). Bevor auf die jeweilige Studienlage eingegangen wird, sollen zunächst die Gemeinsamkeiten dieser störungsspezifischen Behandlungsformen skizziert werden:

### Emotionale Dysregulation

- Typisch sind auffällige Verhaltensmuster im zwischenmenschlichen Bereich.
- Ausgeprägte dissoziative Phänomene sind ein weiteres Symptom gestörter Affektregulation.

### Psychotherapie der BPS

- Grundvoraussetzung ist eine Diagnostik, die auf definierten Kriterien beruht.
- Klare Regeln und Vereinbarungen zwischen Arzt und Patient, „Therapieverträge“, sind Pflicht.
- Suizidversuche oder drängende Suizidideen werden vorrangig behandelt.

### Diagnostik

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

### Zeitlicher Rahmen

Es hat sich durchgesetzt, bereits zu Beginn der Therapie zeitlich klare Begrenzungen zu vereinbaren und diese auch einzuhalten. Die meisten Therapien belaufen sich auf einen Zeitrahmen von bis zu drei Jahren.

### Therapievereinbarungen

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

### Hierarchisierung der Behandlungsziele

Alle störungsspezifischen Verfahren zur Behandlung der BPS verfügen über eine Hierarchisierung der Behandlungsziele: Suizidversuche oder drängende Suizidideen werden stets vorrangig behandelt. Auch therapiegefährdende Verhaltensmuster sollten Priorität haben, beziehungsweise solche, die den Therapeuten oder die Mitpatienten stark belasten. Schließlich müssen körperliche Folgen von psychischen Störungen vorrangig behandelt werden, die emotionale Lernprozesse verhindern würden (schwere Anorexie, Benzodiazepin-Abhängigkeiten, Drogen- und Alkoholabhängigkeit).

### Multimodaler Ansatz

Die meisten Verfahren kombinieren verschiedene therapeutische Module wie Einzeltherapie, Gruppentherapie, Pharmakotherapie und insbesondere Telefonberatung zur Krisenintervention.

### Supervision

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

### Evidenzbasierte Psychotherapie

Die Cochrane Collaboration veröffentlichte 2006 eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren in der Behandlung der BPD (20) und kommt zu

dem Schluss, dass „einige der wichtigsten Borderline-typischen Probleme durch Gesprächs- oder Verhaltenstherapie verbessert werden können“, die Datenlage sei jedoch noch zu schwach, um gesicherte Aussagen treffen zu können. Mittlerweile wurden zwei weitere kontrolliert-randomisierte Studien veröffentlicht, die die Wirksamkeit von störungsspezifischer Psychotherapie untermauern (21, 22).

Bisher wurde für drei Psychotherapieformen ein Wirksamkeitsnachweis erbracht (*Tabelle e1 im Internet*). Für die dialektische behaviorale Therapie (DBT) im ambulanten und stationären Bereich, für die MBT als teilstationäre Langzeittherapie sowie für die „Schema-fokussierte Therapie“ als dreijährige ambulante Therapie. Die Wirksamkeit der DBT konnte von vier unabhängigen Arbeitsgruppen in sieben randomisierten kontrollierten Therapiestudien gezeigt werden, zu anderen Therapieformen liegen weniger randomisiert kontrollierte Studien vor (3). Zudem belegt eine kontrollierte Studie aus Deutschland die Wirksamkeit eines dreimonatigen stationären DBT-Behandlungskonzeptes (23). Der Wirksamkeitsnachweis für MBT erstreckt sich bislang auf teilstationäre Behandlung (17, 18): bei geringen Abbruchquoten finden sich signifikante Verbesserungen erst nach zwölf Monaten, deutliche Effekte hingegen zeigen sich nach drei Jahren Behandlung, wobei die Therapie während dieses Zeitrahmens als kontinuierliche ambulante Gruppentherapie fortgesetzt wurde. Die Überlegenheit der Schema-fokussierten Therapie nach Young (drei Jahre ambulante Behandlung) gegenüber der von Kernberg entwickelten TFP, konnte in einer kontrolliert randomisierten Studie gezeigt werden (22). Aussagen zur generellen Wirksamkeit der TFP können derzeit nicht getroffen werden, da noch keine publizierten Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Die S-2-Leitlinien der AWMF zur Behandlung der Borderline-Störung in Deutschland weisen folgerichtig der DBT den höchsten Evidenzgrad zu (24).

Trotz dieser insgesamt viel versprechenden Ergebnisse zeigt sich bei allen Studien, dass nur etwa 50 bis 60 Prozent der behandelten Patienten auf die angebotenen Verfahren ansprechen. Untersuchungen zu generellen oder behandlungsspezifischen Prädiktorvariablen liegen noch nicht vor. Es bleibt also zunächst unklar, welche Patienten überhaupt auf Psychotherapie und welche auf spezifische Behandlungsangebote reagieren. Unklar ist auch, ob eine Wiederholung (zunächst) erfolgloser Behandlungen sinnvoll ist oder ob die Verfahren gewechselt werden sollten. Eine große Belastung für die Patienten stellen komorbide Angststörungen dar, wie zum Beispiel posttraumatische

### Evidenzbasierte Psychotherapie

- Einige der wichtigsten Borderline-typischen Probleme können durch Gesprächs- oder Verhaltenstherapie verbessert werden.

### Wirksamkeitsnachweise liegen vor für:

- die Therapieformen der DBT im ambulanten und stationären Bereich
- MBT als teilstationäre Langzeittherapie
- die Schema-fokussierte Therapie als dreijährige ambulante Therapie

Belastungsstörungen (PTBS), soziale Phobien und generalisierte Angsterkrankungen. Diese dauern häufig an, auch wenn die schweren Störungen auf der Verhaltensebene, wie Suizidalität und Selbstverletzungen, zeitweilig nachlassen. Die gängigen, etablierten, expositionsbasierten und kognitiven psychotherapeutischen Verfahren greifen bei Borderline-Patienten zu kurz.

### Pharmakotherapie der BPS

Die wenigen, randomisiert kontrollierten Pharma-Studien zur BPS basieren meist auf kleinen Fallzahlen und umfassen nur kurze Beobachtungszeiträume. Es gibt derzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung der BPS, vielmehr zeichnen sich die Medikamente durch eine mehr oder weniger charakteristische Wirksamkeit für bestimmte Bereiche der Psychopathologie aus (24). In den letzten zehn Jahren wurden mehrere placebokontrollierte Studien durchgeführt, die Wirksamkeitsnachweise für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), Stimmungsstabilisatoren wie Valproinsäure sowie atypische Neuroleptika erbrachten (Tabelle e2). Erste positive Befunde für Topiramate müssen bestätigt werden. Gute Effekte hinsichtlich Affektregulation, Depressivität, Impulsivität und Ängstlichkeit zeigten sich auch für das atypische Neuroleptikum Olanzapin, das wegen der besseren Verträglichkeit klassischen Neuroleptika in der Regel vorzuziehen ist, wobei die häufige Gewichtszunahme gerade bei BPS-Patientinnen mit komorbiden Essstörungen problematisch sein kann. Alternativen sind Aripiprazol und Quetiapin (e2). Eine jüngste placebokontrollierte Studie konnte die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit DBT und Olanzapin versus DBT mit Placebo nachweisen (25).

Offene Studien zeigten positive Effekte für Risperidon und Clozapin. Die Wirksamkeit von Naltrexon bei dissoziativer Symptomatik konnte ebenfalls in einer offenen Studie gezeigt werden (26). Im akuten Erregungszustand hat sich der Einsatz von Catapresan häufig als sinnvoll erwiesen. Der Einsatz von Benzodiazepinen birgt bei Borderline-Patienten ein erhebliches Suchtpotenzial und sollte auf wenige begründete kurzfristige Einzelfälle beschränkt werden.

### Zur Versorgungssituation in Deutschland

Obgleich sich störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte als wirksam erwiesen haben, muss betont werden, dass die gegenwärtige Versorgungssituation für Borderline-Patienten in Deutschland insbesondere im ambulanten Bereich völlig unzureichend ist. Der Groß-

teil der hohen stationären Kosten könnte durch den Aufbau von integrierter Versorgung sicherlich drastisch reduziert werden (27). Bleibt noch auf eine Hochrisikogruppe hinzuweisen: Borderline-Patienten mit komorbider Alkohol- oder Drogenabhängigkeit haben das höchste Suizid- und Chronifizierungsrisiko – gerade für diese Patientengruppe ist das Behandlungsangebot in Deutschland noch am wenigsten entwickelt.

### Fazit für die Praxis

Allgemeinmediziner, aber auch niedergelassene Pädiater, so sie mit Adoleszenten Kontakt haben, sollten bei auffälligen Schnittnarben und Brandwunden an die nahe liegende Möglichkeit einer Borderline-Störung denken. Man sollte Störungen der Affektregulation (intensive Anspannung, Stimmungsschwankungen, schwere Selbstzweifel) eruieren, sowie Suizidgedanken oder -versuche erfragen. Bei begründetem Verdacht sollte der Betroffene über die Möglichkeit einer vorliegenden Borderline-Störung aufgeklärt werden. Mittlerweile gibt es eine Reihe von brauchbaren Patientenaufklärungen (28), die eine fundierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik ermöglichen.

Lässt sich die Diagnose bestätigen, sollte man dringend darauf hinwirken, dass der Betroffene sich in fachpsychiatrische- oder psychotherapeutische Behandlung begibt, möglichst bei einem Kollegen mit störungsspezifischer Zusatzausbildung. Es ist zu beachten, dass Borderline-Patienten bisweilen die Tendenz haben, körperliche Erkrankungen zu verschleppen und nicht adäquat behandeln zu lassen. Dies liegt zum einen in einem oft ausgeprägten Hass auf den eigenen Körper begründet, zum anderen aber auch in traumatischen sexuellen Erfahrungen, die körperliche Nähe, wie sie die ärztliche Untersuchung erfordert, als stark angstbesetzt erleben lässt. Auf den Arzt kommt die schwierige Aufgabe zu, eine Balance zu finden zwischen zurückhaltender Sorgfalt und drängendem Beharren auf adäquate körperliche Versorgung. Dies betrifft insbesondere das Körpergewicht und drohende metabolische Syndrome (viele Borderline-Patienten sind entweder anorektisch oder schwer übergewichtig), auch Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet (in Folge des Übergewichts) sind zu beachten.

Bisweilen besteht bei Borderline-Patienten das Bestreben, mehrere medizinisch/therapeutisch tätige Personen zeitgleich zu aktivieren. Es sei empfohlen, sich im Zweifelsfall, nach Rücksprache mit dem Patienten, mit den Kollegen abzusprechen, und die Behandlung in eine Hand zu geben. Häufig besteht die Tendenz, sich von der emotionalen Not der Betroffenen zu unprofessionellem Han-

### Pharmakotherapie

- Es gibt zurzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- Nachgewiesen ist eine Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit DBT und Olanzapin.

### Fazit

- bei auffälligen Schnittnarben und Brandwunden an eine Borderline-Störung denken
- bei Vorliegen von BPS, Patienten aufklären
- Kontrolle über automatisiertes krisenförderndes Verhalten vermitteln.

deln hinreißen zu lassen. Es ist dabei ganz besonders wichtig, seine persönlichen, und ethischen Grenzen nicht zu überschreiten, sondern auf professionelle Distanz zu achten. Interventionen gehören in die Hand des Fachmannes. Sollte, wie zumeist der Fall, eine Überweisung zu einem Spezialisten nicht möglich sein, so kann man ein spezialisiertes stationäres Zentrum kontaktieren.

Psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung sollte primär darauf zielen, Kontrolle über automatisiertes krisenförderndes Verhalten zu vermitteln. Suizidalität, schwere Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und Drogeneinnahme stehen hierbei an erster Stelle. Erst im zweiten Schritt können Probleme auf der Ebene des emotionalen Erlebens (etwa die Folgen von sexuellen Trauma) angegangen werden.

#### Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

#### Manuskriptdaten

eingereicht: 17. 5. 2006, revidierte Fassung angenommen: 21. 8. 2006

Von den Autoren aktualisiert: 3. 3. 2009

## LITERATUR

- Brunner R, Parzer P, Haffner J et al.: Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 641–9.
- Bohus M, Schmahl CH, Lieb K: New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(1): 43–50.
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al.: 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: 533–45.
- Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M: Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1998; 66: 545–52.
- Lieb K, Linehan M, Schmahl Ch, Zanarini M, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–61.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR: The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 274–83.
- Grilo CM., Sanislow CA, Gunderson JG et al.: Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J. Consult Clin. Psychol* 2004; 72: 767–75.
- First M B, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW.: User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press 1996.
- Loranger AW: International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM IV and ICD 10 modules. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 1999.
- Wolf M, Limberger M, Kleindienst N et al.: Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23): Entwicklung und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. *Psychother, Psychosom und Med Psychol* 2009 Mar 9 [Epub ahead of print] PMID: 19274605.
- Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al.: A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000; 41(6): 416–25.
- 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: 1101–6.
- Bohus M, Schmahl CH, Lieb K: New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(1): 43–50.
- Linehan MM : *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline-Personality Disorder*. Guilford, New York- London (dt. Ausg.: *Dialektisch-behaviorale Psychotherapie der Borderline-Störung*. München: CIP-Medien 1996.
- Bohus M: *Borderline-Störungen*. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2002.
- Clarkin J, Foelsch PA, Levy KN et al.: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001; 15: 487–95.
- Bateman W, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563–9.
- Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (1): 36–42.
- Young JE: *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.), Sarasota, FL, USA. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange 1999.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C: Psychological therapies for people with borderline personality disorder (review). *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1, 2006.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al.: 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):757–66.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(6): 649–58.
- Bohus M, Haaf B, Simms T: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; 42: 487–99.
- Bohus M, Buchheim P, Doering S et al.: *S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1: *Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Darmstadt: Steinkopff-Verlag 2008.
- Soler J, Pascual JC, Campins J et al.: Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1221–4.
- Bohus M, Landwehrmeyer B, Stiglmayr Ch et al.: Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: An Open-Label Trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60 (9), 598–603.
- Bohus M: *Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland*. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 2007; 11: 149–53.
- Sender I *Ratgeber für Borderline-Syndrom— Wissenswertes für Betroffene und Angehörige*. München: CIP-Medien 2004.

#### Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. med. Martin Bohus  
 PD Dr. med. Christian Schmahl  
 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin  
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim J5  
 68117 Mannheim  
 E-Mail: martin\_bohus@web.de



Mit „e“ gekennzeichnete Tabelle:  
[cme.aerzteblatt.de/cme0920a](http://cme.aerzteblatt.de/cme0920a)

**BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN FÜR DIE TEILNAHME AN DER ZERTIFIZIERTEN FORTBILDUNG.  
PRO FRAGE IST NUR EINE ANTWORT MÖGLICH. BITTE ENTSCHEIDEN SIE SICH FÜR DIE AM EHESTEN ZUTREFFENDE ANTWORT.**

### Frage Nr. 1

**Was sind meistens die ersten Anzeichen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?**

- alexithyme Persönlichkeitszüge, chronisches Leeregefühl, Depression
- starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche, schwere Selbstzweifel
- optische Halluzinosen, Drogenprobleme, optische Halluzinationen
- unangemessene Wutausbrüche, Suizidversuche, Alkoholabhängigkeit
- Cyclothyme Störungen, Bisexualität, Zwangssymptome

### Frage Nr. 2

**Welches operationalisierte Instrument eignet sich zur Erfassung komorbider Störung bei Borderline-Patienten?**

- Borderline-Symptom-Liste (BSL)
- International Personality Disorder Examination, Borderline-modul (IPDE)
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)
- Strukturiertes klinisches Interview der Achse-I-Störungen (SKID I)
- Strukturiertes klinisches Interview der Achse-II-Störungen (SKID II)

### Frage Nr. 3

**Wie viele klinisch behandelten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unternehmen mindestens einen Selbstmordversuch?**

- 10 Prozent
- 20 Prozent
- 40 Prozent
- 80 Prozent
- 100 Prozent

### Frage Nr. 4

**Welches ätiologische Modell für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird derzeit favorisiert?**

- Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom in der Kindheit
- Veränderung der zentralen fronto-limbischen Regulationsmechanismen
- Vernachlässigung in der Kindheit
- langjährige sexuelle Gewalterfahrung in der Familie
- Wechselwirkung zwischen genetischen und psychosozialen Variablen

### Frage Nr. 5

**Welchen Zeitrahmen sollte die Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung umfassen?**

- Die Therapie sollte bis zur Heilung des Patienten fortgesetzt werden, was Wochen bis Monate dauern kann.
- Die Therapie sollte 3 bis 5 Monate dauern mit anschließendem stationären Aufenthalt.
- Die Therapie sollte begrenzt werden auf 1 bis 3 Jahre.

d) Die Therapie sollte circa 10 Jahre dauern, auch wenn der Patient schon geheilt erscheint.

e) Die Therapie muss lebenslang fortgesetzt werden.

### Frage Nr. 6

**Welches Medikament ist für die Behandlung von Borderline-Patienten zugelassen?**

- Clozapin
- Naltrexon
- Olanzapin
- Quetiapin
- kein Medikament

### Frage Nr. 7

**In welchem Lebensabschnitt zeigen sich in der Regel die ersten Anzeichen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?**

- im frühen Kindesalter
- in der frühen Adoleszenz
- im Erwachsenenalter, durchschnittlich ab einem Alter von 24 Jahren
- im Erwachsenenalter, durchschnittlich ab einem Alter von 45 Jahren
- eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in jedem Lebensabschnitt gleich wahrscheinlich

### Frage Nr. 8

**Was ist eine häufige Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung?**

- Epilepsien
- Essstörungen
- Sexualstörungen
- Angststörungen
- schizophrene Episoden

### Frage Nr. 9

**Welcher Therapie weisen die S2-Richtlinien den höchsten Evidenzgrad zu?**

- Dialektische Behaviorale Therapie (DBT)
- Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)
- Pharmakotherapie mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TPF)
- Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFT)

### Frage Nr. 10

**Wie viele Betroffene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung suchen von sich aus eine psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Behandlung?**

- 0 Prozent
- 20 Prozent
- 40 Prozent
- 60 Prozent
- 80 Prozent

E-TABELLEN ZU DEM BEITRAG:

# Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Martin Bohus, Christian Schmahl

TABELLE e1

**Kontrollierte Psychotherapiestudien zur Behandlung der BPS**

Behandlung	Einschlusskriterien	Patientenzahl	Dauer	Haupteffekte	Literatur
DBT vs. TAU	BPS + Suizidversuch in den letzten 8 Wochen und einem weiteren in 5 Jahren; nur Patientinnen	24 vs. 22	1 Jahr	DBT: Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, weniger Therapieabbrüche und weniger stationäre Kriseninterventionen, Reduktion von Wut und Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al. 1991, 1993a, 1993b, 1994
DBT vs. TAU	BPS + Drogenabhängigkeit; nur Patientinnen	12 vs. 16	1 Jahr	DBT: Senkung des Gebrauchs illegaler Drogen, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al. 1999
DBT + LAAM vs. TAU + LAAM	BPS + Opiat-Abhängigkeit; nur Patientinnen	11 vs. 12	1 Jahr	DBT: Senkung des Gebrauchs von Opiaten	Linehan et al. 2002a
DBT vs. Gesprächstherapie	BPS + Überweisung nach akutem Suizidversuch	12 vs. 12	1 Jahr	DBT: Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, Reduktion von Impulsivität, Wut, Depressivität, weniger stationäre Kriseninterventionen, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Turner 2000
DBT vs. TAU	BPS; nur Patientinnen	10 vs. 10	6 Mon.	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, Reduktion von Hoffnungslosigkeit, Depressivität, Wut	Koons et al. 2001
DBT vs. TAU	BPS; nur Patientinnen	31 vs. 33	1 Jahr	DBT: Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, weniger Therapieabbrüche und Impulsivität	Verheul et al. 2003 van den Bosch et al. 2002
Stationäre DBT vs. Warteliste	BPS; nur Patientinnen	31 vs. 19	3 Mon.	DBT: Signifikante Verbesserung der Selbstverletzungen und aller psychopathologischen Variablen	Bohus et al. 2004
DBT vs. Therapie von spezialisierten Psychotherapeuten für Suizidalität und BPS	BPS + parasuizidale Handlung in den letzten 8 Wochen und eine weitere in 5 Jahren; nur Patientinnen	52 vs. 51	1 Jahr	DBT: Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, weniger Therapieabbrüche und weniger stationäre Kriseninterventionen	Linehan et al. 2006
Tiefenpsychologische Tagesklinik-Behandlung vs. TAU (keine Psychotherapie)	BPS	19 vs. 19	1,5 Jahre + 1,5 Jahre	DBT: Weniger Selbstverletzungen und Suizidversuche, weniger stationäre Kriseninterventionen, Reduktion von Angst, Depression, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Bateman und Fonagy 1999, 2001
Schema-fokussierte Therapie (Young) vs. TFT (Kernberg)	BPS	44 vs. 42	3 Jahre	Signifikante Überlegenheit der Schema-fokussierten Therapie in allen Bereichen	Giesen-Bloo et al. 2006

TAU = treatment as usual; DBT, dialektisch behaviorale Therapie; LAAM, levo-Alpha-Acetyl-Methadol; BPS, Borderline-Persönlichkeitsstörung; TFT, tiefenpsychologisch fundierte Therapie