

# Persönliche PDF-Datei für Taubner S, Stoffers-Winterling J.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Die neue S3-Leitlinie für die  
Behandlung der Borderline-  
Persönlichkeitsstörung

**PSYCH up2date**

2024

81–98

10.1055/a-2075-9182

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

## Copyright & Ownership

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *PSYCH up2date* ist Eigentum von Thieme. Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 2194-8895

**Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen  
und dissoziative Störungen 7**

**Die neue S3-Leitlinie für die  
Behandlung der Borderline-  
Persönlichkeitsstörung**

*Svenja Taubner  
Jutta Stoffers-Winterling*

VNR: 2760512024165721364

DOI: 10.1055/a-2075-9182

PSYCH up2date 2024; 18 (1): 81–98

ISSN 2194-8895

© 2024. Thieme. All rights reserved.

## Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

**Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11** C. Rosenbach, B. Renneberg Heft 6/2023

**Skillstraining bei Borderline-Persönlichkeitsstörung** F. Enning, M. Biermann Heft 4/2023

**Imagery Rescripting** A. Schaich, E. Fassbinder Heft 3/2023

**Impulskontrollstörungen, Verhaltenssuchte und körperbezogene Zwangserkrankungen** D. Turner, O. Tüscher Heft 1/2022

**Das Tourette-Syndrom und dessen Abgrenzung zu wichtigen Differenzialdiagnosen** T. Paulus, M. Kleimaker, A. Münchau Heft 4/2021

**Mentalisierungsbasierte Therapie zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen** S. Taubner, S. Hauschild Heft 2/2021

**Die histrionische Persönlichkeitsstörung** C.-H. Lammers, C. Spitzer Heft 5/2020

**Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit** D. Turner, P. Briken, T. O. Nieder Heft 4/2020

**Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter** A. Philippen, H. Rosen Heft 2/2020

**Medikamentöse Therapie der ADHS bei Erwachsenen** M. Rösler, W. Retz Heft 1/2020

**Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen** L. Tebartz van Elst Heft 2/2019

**Dissoziative Symptome und Störungen** K. Priebe, C. Stiglmayr, C. Schmahl Heft 6/2018

**Narzissmus und die narzisstische Persönlichkeitsstörung** C.-H. Lammers, S. Doering Heft 4/2018

**Allgemeine Psychotherapie bei paraphiler Störung – ein Behandlungsvorschlag** F. von Franqué, T. O. Nieder Heft 4/2018

**Borderline-Persönlichkeitsstörung** A. Schaich, N. Erkens, U. Schweiger, E. Faßbinder Heft 2/2018

**Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen** D. Pauli Heft 6/2017

**Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs im Dunkelfeld – das Hamburger Modell** P. Briken, W. Berner, A. Flöter, V. Jückstock, F. von Franqué Heft 3/2017

**Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung** C. Stiglmayr Heft 2/2017

**Schematherapie bei Cluster-B- und -C-Persönlichkeitsstörungen** E. Fassbinder, N. Erkens, G. Jacob Heft 5/2016

**Selbstunsichere und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen** P. Fiedler, M. Marwitz Heft 3/2016

**Skillstraining für Patienten mit Borderline-Störung** M. Armbrust, C. Ehrig Heft 1/2016

**Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen** C. Stadler, L. Kersten, M. Prätzlich Heft 4/2015

**Dialektisch-behaviorale Therapie der PTBS bei Patientinnen mit schwerer Störung der Emotionsregulation** R. Steil, C. Dittmann, S. Matulis, M. Müller-Engelmann, K. Priebe Heft 1/2015

**Theorie und Praxis der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung** S. Euler, U. Schultze-Venrath Heft 6/2014

**Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie** T. Nieder, P. Briken, H. Richter-Appelt Heft 6/2013

**Nichtsuizidale Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen** M. Kaess, R. Brunner, F. Resch Heft 2/2013

**Aggressive Verhaltensstörungen** C. Stadler, K. Schmeck Heft 1/2013

### ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil,

alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos!  
<https://eref.thieme.de/psych-u2d>

### IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:  
<https://eref.thieme.de/GCCGI>

### JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:

[www.thieme.de/eref-registrierung](http://www.thieme.de/eref-registrierung).

# Die neue S3-Leitlinie für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Svenja Taubner, Jutta Stoffers-Winterling



Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird als einzige Persönlichkeitsstörungskategorie in das neue Klassifikationssystem des ICD-11 als Qualifier „Borderline-Muster“ überführt werden. Dazu passend hat die DGPPN federführend erstmals eine evidenzbasierte deutsche Behandlungsleitlinie erstellt. Hier finden Sie die wichtigsten Empfehlungen und Begründungen der Leitlinie zu Diagnostik, Interventionen, Settings und den Einbezug von Angehörigen.

## Die Arbeitsweise der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Jahr 2009 wurde die erste deutsche klinische Leitlinie für die Behandlung von Personen mit Persönlichkeitsstörungen veröffentlicht. Diese Leitlinie war als S2-Leitlinie im Expertenkonsens unter Beteiligung von insgesamt 5 Fachgesellschaften unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet worden [1]. Auf der Grundlage enormer Fortschritte im Verständnis und der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) eine S3-Leitlinie als Überarbeitung der S2-Leitlinie in die Wege geleitet und am 14.11.2022 publiziert, die sich ausschließlich mit der BPS beschäftigt.

### LINK ZUR LEITLINIE

Die publizierte Langfassung ist Teil des AWMF-Registers (Nr. 038-015) und ist kostenfrei unter dem folgenden Link verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>.

An der Ausarbeitung waren insgesamt 23 Fachverbände beteiligt inkl. Patient\*innenvertretungen, wie z.B. Borderline Dialog. Eine Steuerungsgruppe bestehend aus 8 Personen war verantwortlich für die Organisation und Erarbeitung der Hintergrundtexte. Die Arbeitsweise bestand aus einer Sichtung internationaler Leitlinien zu BPS wie die australische und englische Leitlinie und der Erarbeitung eigener, für Deutschland bedeutsamer Fragestellungen für die Versorgung dieser Patient\*innengruppe. Die Kriterien bzw. das konkrete Vorgehen der Recherche, Auswahl und Bewertung der Evidenz

sind transparent und detailliert dargestellt, u.a. in Form von Suchstrategien, Auswahlkriterien und Evidenztabellen.

Empfehlungen wurden einerseits durch die vorliegende Evidenz gewichtet und andererseits mittels eines elektronischen Abstimmungssystem als Expertenurteil nach ausführlicher Diskussion geheim abgestimmt, sodass für jede Empfehlung entweder ein Evidenzgrad (von stark bis schwach) oder die Konsensstärke in Prozenten angegeben werden kann.

### Merke

**Der Evidenzgrad ist abhängig von dem Vorliegen von randomisiert kontrollierten Studien (RCT) oder Metaanalysen.**

Zu Beginn der Leitlinienentwicklung legten alle Beteiligten ihre jeweiligen monetären oder ideellen Interessenkonflikte (z. B. im Sinne der Zugehörigkeit zu einer besonderen Therapiemethode) dar. Die Gesamtheit aller deklarierten Interessenkonflikte hat eine neutrale, externe Interessenkonfliktmanagement-Gruppe bewertet, die das Risiko möglicher Verzerrungen beurteilte sowie Anregungen zur Behebung aussprach (bspw.

### ABKÜRZUNGEN

<b>AWMF</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften
<b>BPS</b>	Borderline-Persönlichkeitsstörung
<b>DBT</b>	dialektisch-behaviorale Therapie
<b>KVT</b>	kognitive Verhaltenstherapie
<b>MBT</b>	mentalisierte basierte Therapie
<b>PS</b>	Persönlichkeitsstörung
<b>RCT</b>	randomisiert kontrollierte Studie
<b>SFT</b>	schemafokussierte Therapie
<b>TFP</b>	Transference focused Psychotherapy

Balancierung durch Benennung weiterer Leitlinien-gruppenmitglieder, Durchführen von Doppelabstim-mungen).

Die vorliegende S3-Leitlinie adressiert alle ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens im Ju-gendlichen- wie auch Erwachsenenbereich. Insgesamt gab es 54 Empfehlungen zu 5 Themenbereichen (Diag-nostik, Behandlung, Versorgung, Angehörige, beson-dere Personengruppen) [2], von denen diejenigen mit der höchsten Evidenz oder dem höchsten Konsens hier zusammengefasst sind (starke Empfehlung).

#### DEFINITION S3-LEITLINIE

Eine S3-Leitlinie folgt den Leitsätzen der Arbeits-gemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), d. h. sie gründet auf systematischen Literaturrecherchen, unterscheidet verschiedene Evidenzgrade, nutzt Konsensfindung und berücksichtigt die Perspek-tive von Patient\*innen durch eine Einbindung von deren Vertreter\*innen in die Leitlinienarbeit. S3-Leitlinien definieren Merkmale einer sinnvol-len, zweckmäßigen und angemessen Diagnostik und Therapie, um Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden eine informierte Entscheidungs-findung zu ermöglichen und die Behandlungs-qualität zu verbessern. Im Entwicklungsprozess von S3- oder S2-Leitlinien erfahren Interessens-konflikte genaue Beachtung.

#### FALLBEISPIEL

Charlotte (Name redaktionell geändert) ist 28 Jahre alt. Sie berichtet im Aufnahmegespräch, dass sie einige Jahre lang Kokain und Cannabis konsumiert hat, aber seit über 6 Monaten frei von allen Drogen sei. Derzeit klagt sie darüber, dass sie es nicht ertra-ge, allein zu sein. Sie sei seit etwa einem Jahr von ihrem langjährigen Partner getrennt, mit dem sie einen gemeinsamen Sohn habe, Leon. Sie fühle sich „normal“, wenn sie sich um ihren Sohn kümmere, aber wenn sie allein in ihrer Wohnung sei, würde sie ängstlich und brauche den Kontakt zu Menschen. Daher gehe sie häufig aus. Sie schildert Episoden mit schwierigen Interaktionen mit Anderen. So sei ihr früherer Partner kontrollierend und zeitweise ge-walttätig gewesen. Charlotte glaubte nicht, dass sie wirklich in Gefahr gewesen sei und bemühte sich sehr um die Beziehung, bis der Partner sie für eine andere Frau verließ. Jetzt sei sie in einer neuen Be-ziehung und glaubt, dass der neue Partner ihr sehr

#### Merke

Die S3-Leitlinie Borderline unterscheidet evidenz-basierte Empfehlungen von Empfehlungen durch Ex-pert\*innen-Konsens. Je nach Stärke der Empfehlung wird ein „soll“ (starke Empfehlung), „sollte“ (mittlere Empfehlung) oder „kann“ (schwache Empfehlung) formuliert.

## Klassifikation und Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die hier dargestellte Kasuistik besteht aus 5 Teilen, die jeweils Aspekte der therapeutischen leitliniengetreuen Arbeit mit BPS illustrieren sollen. Der Fall Charlotte ba-siert auf keinem realen Vorbild, sondern ist eine durch-gehend erfundene Fallgeschichte, die viele typische Merkmale einer BPS in sich vereint. Ähnlichkeiten zu realen Personen sind daher reiner Zufall.

In ► **Tab. 1** sind die diagnostischen Kriterien für die BPS nach ICD-10 und ICD-11 aufgeführt. Es handelt sich um interpersonelle, affektive und kognitive Probleme des Erlebens und Verhaltens sowie Probleme der Impuls-kontrolle. Die ICD-10-Klassifikation [3] sieht die Diag-nose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung mit den Unterkategorien „impulsiver Typ“ (F60.30) und „Borderline-Typ“ (F60.31) vor. Die Diagnostik der Per-sönlichkeitsstörungen (PS) in der ICD-11 [4] ändert sich deutlich, da nunmehr ein dimensionaler Ansatz zu-grunde gelegt wird (Code 6D10) und auf die alten kate-gorischen Diagnosen der 10 verschiedenen Persönlich-keitsstörungen (z. B. paranoide, histrionische, dissozia-le PS) zugunsten einer dimensional orientierten Diag-nostik weitgehend verzichtet wird.

zugetan sei. Sie berichtet, dass sie Probleme in die-ser Beziehung verursache, weil sie ständig nach Be-stätigung frage. Er müsste permanent versichern, dass er sie liebe, und sie frage ihn häufig nach seinen früheren Freundinnen und wie diese im Vergleich zu ihr waren.

Charlotte schildert Stimmungsschwankungen und hat in der Vergangenheit Selbstverletzungen be-gangen. Derzeit fühle sie sich nicht suizidgefährdet, habe vor 2 Jahren jedoch eine Überdosis an Drogen in suizidaler Absicht genommen.

Aufgrund der Angst vor dem Verlassenwerden, ihrem Bemühen das Verlassenwerden zu vermeiden, Selbstverletzungen in der Vergangenheit, emotio-naler Instabilität sowie innerer Leeregefühle besteht der Verdacht auf eine BPS (Emotional Instabile Per-sönlichkeitsstörungen Borderline-Typ nach ICD-10 oder ein Borderline-Muster nach ICD-11).

► **Tab. 1** Diagnostische Kriterien der BPS in ICD-10 und ICD-11.

ICD-10: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (Code: F60.30)	ICD-10: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (Code: F60.31)	ICD-11: Persönlichkeitsstörung (Code: 6D10) plus Borderline-Muster (Code: 6D11.5)
keine Entsprechung	übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden	verzweifelt Bemühen, eine tatsächliche oder eingebildete Verlassenheit zu vermeiden
keine Entsprechung	Neigung, sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen	Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen
Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln	keine Entsprechung	Tendenz zu unüberlegtem Handeln in Zuständen starker negativer Affekte, die zu potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen führen
keine Entsprechung	wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung	wiederkehrende Episoden von Selbstverletzung
Tendenz zu Streitereien und Konflikten, v.a. dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden	keine Entsprechung	keine Entsprechung
Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden	keine Entsprechung	keine Entsprechung
unbeständige und launische Stimmung	keine Entsprechung	emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität
keine Entsprechung	anhaltende Gefühle von Leere	chronische Gefühle der Leere
Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens	keine Entsprechung	unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
keine Entsprechung	Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)	Identitätsstörung, die sich in einem ausgeprägten und anhaltend instabilen Selbstbild oder Selbstwertgefühl manifestiert
keine Entsprechung	keine Entsprechung	vorübergehende dissoziative Symptome oder psychose-ähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung

Nach Diskussionen zwischen Fachverbänden und der Kommission der WHO bleibt das Borderline-Muster als einziger zusätzlicher Qualifier aus den kategorialen Diagnosen der ICD-10 erhalten, vor allem um den Patient\*innen den Zugang zu störungsspezifischen, evidenzbasierten Behandlungen weiterhin zu ermöglichen [5]. In der ICD-11 sind Persönlichkeitsstörungen operationalisiert durch Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschlicher Beziehungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen). Diese Denk- und Erlebensmuster treten in verschiedenen Situationen und Kontexten auf. Die Verhaltensmuster sind ent-

wicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren erklärt werden. Das Borderline-Muster wird in Ergänzung zur allgemeinen PS-Diagnose verschlüsselt. Die Beschreibungen des Borderline-Musters folgen deutlich den Klassifikationen von BPS im DSM-5 [6].

### DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

#### Das diagnostische Vorgehen nach ICD-11 zur Vergabe eines Borderline-Musters

1. Im ersten Schritt wird unter 6D11 das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung kodiert, d. h. andauernde Funktionsbeeinträchtigungen in Aspekten des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung. Beeinträchtigungen von Aspekten des Selbst zeigen sich dabei z. B. in einem instabilen, inkohärenten Identitätsgefühl. Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung betreffen z. B. die Unfähigkeit, nahe und wechselseitig befriedigende Beziehungen aufrechtzuerhalten.
2. Die Persönlichkeitsstörung wird in den Ausprägungen leicht-, mittel- oder schwergradig (6D11.0 bis

6D11.2) beurteilt, je nachdem, wie viele unterschiedliche Lebensbereiche tangiert sind, wie ausgeprägt der Leidensdruck der betroffenen Person ist und wie stark die Einschränkungen das soziale Umfeld beeinträchtigen. Es besteht auch die Möglichkeit, subklinische Persönlichkeitsprobleme zu verschlüsseln.

3. Abschließend und optional kann die individuelle Ausprägung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale spezifiziert werden wie negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmtheit, Anankasmus; 6D11.0 bis 6D11.4) und/oder das Borderline-Muster (6D11.5) diagnostiziert werden. Das Borderline-Muster ist dabei im Wesentlichen identisch mit den DSM-Kriterien einer BPS.

### PRAXISTIPP

Die bisherigen kategorialen Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen werden im ICD-11 zugunsten einer dimensional Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen in Aspekten des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung aufgegeben. Optional kann das Vorliegen eines „Borderline-Musters“ kodiert werden, welches den DSM-Kriterien der BPS weitgehend entspricht.

### FALLBEISPIEL

Die Psychotherapeutin exploriert Charlottes Problem mit dem Alleinsein in der Abklärung der ICD-11 Diagnostik. Die Patientin berichtet, dass sie sich in diesen Situationen einfach nur „igitt“ fühle. Sie könne es nicht ertragen, allein zu Hause zu sitzen, werde unruhig und fühle sich gezwungen auszugehen. Als die Therapeutin sie bittet, weitere Beschreibungen von „igitt“ zu geben, erhält sie nur vage und undifferenzierte Beschreibungen. Trotz unterstützender Fragen ist Charlotte nicht in der Lage, ihre Gefühle, Gedanken oder Auslöser detailliert zu beschreiben. Sie kann auch keine Verbindung zu anderen Erfahrungen herzustellen, die ähnlich sein könnten. Charlotte scheint in einen so schmerzhaften Zustand zu geraten, dass sie diesen auch im Gespräch vermeiden muss. Die Therapeutin versteht dies als eine Schwierigkeit, ein differenziertes inneres Selbst zu erleben. Das subjektive Erleben der Patientin von

sich selbst in Form von Gedanken und Gefühlen ist nicht gut in früheren Erfahrungen verankert, die ihr Kontinuität und Kohärenz und ein differenziertes inneres Erleben ermöglichen würden. Ihr Gemütszustand scheint „ungebunden“ und starken Ängsten unterworfen zu sein, die mit dem schwarzen Loch der Leere verbunden sind, das von vielen Patient\*innen mit BPS beschrieben wird. Neben den Beziehungsproblemen (Ängste vor dem Verlassenwerden, sich selbst aufgeben für den Anderen, ständige Rückversicherungen) ist auch die Funktionsweise des Selbst beeinträchtigt (Probleme der Identität und Selbststeuerung).

Aufgrund der Funktionseinschränkungen in beiden Domänen mit mittlerer Schweregradausprägung kann eine mittelgradige Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 verschlüsselt werden (Code: 6D11.1).

► **Tab. 2** Validierte Interviews zur Diagnosesicherung.

Klinische Interviews	Inhalte und Dauer
<b>DIPS Open Access:</b> Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen [8]	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10</li> <li>▪ bis zu 25 Fragen mit Sprungregeln</li> <li>▪ Dauer bis zu 30 Minuten</li> </ul>
<b>SKID-5-PD:</b> Halbstrukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen [9]	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abfrage derselben Kriterien wie SKID-II (für DSM-IV konzipiert), Fragen teilweise umformuliert</li> <li>▪ Dauer insgesamt 60–90 Minuten, reine BPS-Diagnostik ca. 20 Minuten</li> </ul>
<b>STIP 5.1:</b> Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 [10]	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ halbstrukturiertes Interview zur Bestimmung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit laut A-Kriterium des alternativen Modells des DSM-5 auf den Domänen „Störungen des Selbst“ und „Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen“</li> <li>▪ Dauer ca. 30 Minuten</li> </ul>

### Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik der BPS

Die S3-Leitlinie BPS empfiehlt beim Vorliegen der folgenden spezifischen Anhaltspunkte, eine fachgerechte Abklärung zur Diagnose zu veranlassen (Empfehlung 1).

- wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten
- erhebliche emotionale Instabilität
- gleichzeitiges Vorliegen mehrerer psychischer Störungsbilder
- kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien
- sehr beeinträchtigtes psychosoziales Funktionsniveau

Aufgrund der klaren Datenlage zu frühen und überdauernden Manifestationen von BPS im Jugendalter [7], wurde das Diagnosealter auf 12 Jahre herabgesetzt und sollte bei den identischen Anzeichen durchgeführt werden (Empfehlung 4 und 5).

#### PRAXISTIPP

Neben der Selbstverletzung können emotionale Instabilität, Komorbidität und ein geringer Behandlungserfolg vorangegangener Erkrankungen Anlass für die Diagnostik geben. Eine diagnostische Abklärung für die Vergabe einer BPS-Erkrankung kann bereits ab einem Lebensalter von 12 Jahren erfolgen.

Bestätigt sich die Diagnose, so soll diese den Betroffenen mitgeteilt werden sowie eine Aufklärung darüber, dass wirksame Behandlungsansätze existieren (Empfehlung 2). Mit dem Einverständnis der Patient\*innen soll die Diagnose auch Angehörigen erläutert werden

(Empfehlung 3). Für eine valide Diagnostik reichen Screening-Fragebögen allerdings nicht aus. Daher sollen (semi-)strukturierte validierte klinische Interviews eingesetzt werden (Empfehlung 7). Die Leitlinie nennt einige geeignete Interviewverfahren (s. ► **Tab. 2**).

#### Merke

**Screening-Bögen reichen für eine valide BPS-Diagnostik nicht aus. Für die fachgerechte Abklärung sollte ein validiertes Interview durchgeführt werden.**

### Behandlungsempfehlungen für die BPS Psychotherapie bei BPS

Die Evidenz für die Wirksamkeit von Psychotherapien bei BPS ist in den vergangenen Jahren stark angewachsen: Das aktuelle Cochrane Review konnte im Vergleich zu der Vorgängerversion vor 8 Jahren nahezu dreimal so viele relevante randomisiert kontrollierte Studien identifizieren (75 statt 28 Studien) [11]. Für die S3-Leitlinie wurden 10 Metaanalysen auf der Basis randomisiert kontrollierter Primärstudien identifiziert, die Eingang in die Bewertung gefunden haben [2]. Diese berichten signifikante mittelgradige bis große kumulierte Gesamteffekte auf die BPS-Gesamtschwere und das psychosoziale Funktionsniveau sowie kleine bis mittelgradige Effekte auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität.

Da die strukturierten, störungsspezifischen (also für die Behandlung von BPS entwickelten) Methoden unspezifischen Therapieansätzen zumeist überlegen sind, spricht die Leitlinie eine starke Empfehlung für den Einsatz strukturierter, Borderline-spezifischer Psychotherapien aus (Empfehlung 8), was auch für Jugendliche empfohlen wird (Empfehlung 14). Diese Therapien sind sowohl Weiterentwicklungen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (deutsch: [12]) oder sind Spezialisierungen der tiefenpsychologisch fundierten



Psychotherapie wie die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Fonagy (deutsch: [13]) und die Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg (TFP steht für die englische Bezeichnung Transference focused Psychotherapy) (deutsch: [14]). Die Schemafokussierte Therapie (SFT) nach Young (deutsch: [15]) integriert psychodynamische und kognitiv-behaviorale Elemente.

Die Therapien eint, dass sie auf die für BPS-typischen Besonderheiten des Denkens, Verhaltens und der Beziehungsgestaltung zugeschnitten sind. Die Aufrechterhaltung einer positiven therapeutischen Arbeitsbeziehung soll helfen, Therapieabbrüchen entgegenzuwirken.

#### PRAXISTIPP

Störungsspezifische Therapiemethoden müssen zusätzlich zum jeweiligen Verfahren gelernt und supervidiert werden, da sie sich von den Kernverfahren sowohl im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung als auch die Interventionen unterscheiden (vgl. Kasten).

#### HINTERGRUND

##### Merkmale von MPS-spezifischen Therapien

BPS-spezifische Therapien haben einen definierten Behandlungsrahmen und -regeln wie explizite Vereinbarungen der Erreichbarkeit der Behandelnden außerhalb der Therapie im Krisenfall und das Vorgehen bei therapieschädigendem Verhalten. Sie fokussieren auf „Hier und Jetzt“ und auf die gegenwärtige Therapiebeziehung. Dazu werden Gedanken, Gefühle und Verhalten innerhalb der therapeutischen Situation konstant betrachtet und werden explizit zum Gegenstand der Therapiesprache gemacht.

Therapeut\*innen führen BPS-spezifische Therapien auf der Grundlage einer wertschätzenden Haltung durch, nutzen supportive und aktivierende Interventionen. Psychoedukation über die Erkrankung und das Störungsmodell wird als Ausgangspunkt für eine maximale Transparenz genutzt und involviert die Patient\*innen als aktive Beteiligte an der Veränderung.

Besteht das Hauptziel der Therapie in der Reduktion akuten selbstverletzenden oder suizidalen Verhaltens, sollen laut S3-Leitlinie MBT oder DBT angeboten werden, da hier die stärkste Evidenz für die Wirksamkeit in dem Symptombereich festgestellt werden konnte (Empfehlung 10). Die Leitlinie spricht sich für Psychoedukationen in Bezug auf das Störungsbild aus, den Einbezug von Angehörigen bei erwachsenen und jugendlichen Patient\*innen sowie die Nutzung von Gruppensettings in Kombination mit Einzeltherapien, wenn dies Teil der Therapiekonzepte ist (Empfehlung 14). Die Leitlinie empfiehlt ebenfalls, mit Gruppenangeboten (wie bspw. dem DBT-Skillstraining oder der MBT-Einführungsgruppe) ohne Zeitverzug zu beginnen, solange ein Einzeltherapieplatz für eine geeignete störungsspezifische Therapie noch nicht zur Verfügung steht. Die Gruppenangebote sollen die Einzeltherapie nicht ersetzen, jedoch Wartezeiten überbrücken helfen (Empfehlung 13).

Da für Jugendliche jünger als 14 Jahre kaum Studien und Therapieprogramme vorliegen, sollen hier allgemeine psychotherapeutische Unterstützungen oder altersadaptierte BPS-spezifische Methoden eingesetzt werden (Empfehlung 15). In jedem Fall sollen bei jugendlichen Betroffenen unter 18 Jahren der individuelle Entwicklungsstand und die Lebensumstände berücksichtigt werden (Empfehlung 17).

#### FAZIT

Menschen mit BPS sollen eine strukturierte, störungsspezifische Psychotherapie erhalten. Besteht der Behandlungsfokus in selbstverletzendem und/oder suizidalem Verhalten, sollen DBT oder MBT durchgeführt werden. Für Jugendliche unter 14 Jahren sollen altersadaptierte Therapiemethoden eingesetzt werden.

**FALLBEISPIEL**

Die Therapeutin bietet Charlotte die Durchführung einer MBT an, die an den Schwierigkeiten im Mentalisieren von bedeutsamen Beziehungen ansetzt, die typisch für BPS-Patient\*innen ist. Dazu wird der „Mentalisierungsmuskel“ durch das Mentalisieren des Selbst, der anderen und der Therapiebeziehung trainiert. Die folgende Szene ist typisch für das supportive und die Mentalisierung herausfordernde Arbeiten in der MBT.

**Charlotte:** Meine Familienhilfe hat bei ihrem letzten Besuch gesagt, dass ich keine gute Mutter sei. Und alles nur, weil mein Sohn an dem Tag schwierig war.

**Therapeutin:** Wie enttäuschend! Sie bemühen sich so sehr. Wie ist sie auf diese Idee gekommen? [Validierung und Neugierde]

**Charlotte:** Sie fragte, ob ich auch nahrhaftes Essen für ihn koche, da er ihrer Meinung nach dünn aussieht. Natürlich tue ich das, und er ist sowieso nicht dünn. Ich koche Dinge, die er mag, und ich sagte zu ihr: „Was soll ich denn kochen?“ Wir stritten uns, weil sie meinte, ich solle Dinge kochen, die gut für ihn seien, und ihm nicht nur Essen geben, das er mag. Ich fragte sie, ob sie selbst Kinder habe, und sie wollte nicht antworten. Für wen hält sie sich, dass sie mir sagen kann, was ich tun soll? Ich habe die Nase voll von ihr!

**Therapeutin:** Sie waren ja vorher ziemlich zufrieden mit ihr. Und jetzt ein Konflikt und ich kann sehen, dass Sie diese Situation mitnimmt und Sie heftig reagiert haben. Klingt, als hätte sich Ihre Beziehung zu ihr verschlechtert und Ihr Bild von ihr auch? [Langsam und behutsam explorieren]

**Charlotte:** Sie mag mich nicht und hat sich jetzt gegen mich gestellt und wird einen schrecklichen Bericht schreiben. [Der erste Versuch, die Perspektive zu erweitern, war offensichtlich erfolglos.]

**Therapeutin:** Das ist eine große Sorge von Ihnen und fühlt sich ungerecht an, da Sie glauben, dass sie mit dem, was sie gesagt hat, ganz falsch liegt. Wie war Ihre Beziehung zu ihr vor dieser Woche? [Zweiter Versuch einer leichten Ausweitung und Ablenkung vom aktuellen Problem, hin zu einer breiteren Diskussion über ihre Beziehung anzuregen.]

**Charlotte:** Das war ´s mit der! Es war alles so ein Schock. Dabei konnte sie in einigen Sachen sehr hilfreich sein. Sie hatte ein paar wirklich gute Ideen, wie man ihn ermutigen könnte, für den Kindergarten aufzustehen. Früher hat sie mich nicht kritisiert.

**Therapeutin:** Und was ist mit dieser Kritik? War es das, worauf Sie reagiert haben? Oder war da noch etwas anderes. [Klarifikation und Exploration]

**Charlotte:** Ich hatte das Gefühl, dass sie gegen mich war. Sie hatte keine Ahnung und erkannte nicht an, wie sehr ich mich bemühe – auch um gutes Essen. Vorher schien sie zu sehen, dass ich mich wirklich anstrenge. Ich habe mich sehr bemüht, Leon zum Essen zu bewegen, deshalb biete ich ihm Dinge an, die er mag. Ich achte darauf, dass es nahrhaft ist. Ich gebe ihm nicht einfach Chips. Jetzt fühle ich mich schrecklich und möchte mich am liebsten verkriechen. [wirkt nachdenklicher, nicht mehr so schnell in ihren Urteilen.]

**Therapeutin:** Es scheint ihr diesmal entgangen zu sein, wie sehr Sie sich bemühen. Und wenn Sie das Gefühl haben, dass jemand Sie nicht mag, reagieren Sie ganz heftig auf Kritik? Oder denken Sie, dass jemand Sie nicht mag, wenn er kritisiert? [Klarifikation]

**Charlotte:** Das ist wirklich schwierig auseinanderzuhalten. Auf jeden Fall möchte ich, dass Menschen, die mir nahestehen, meine Anstrengung und die Schwierigkeiten sehen und nicht so schnell urteilen. Ich bekomme dann irgendwie Angst, dass die mir mein Kind wegnehmen werden, wenn ich nicht alles perfekt mache.

**Therapeutin:** Ich finde das sehr nachvollziehbar, denn Essen und kleine Kinder ist wirklich für die meisten Eltern ein schwieriges Thema und Unterstellungen fühlen sich schrecklich an, besonders wenn es da eine Beurteilung durch ein Amt gibt. Wäre es für Sie vorstellbar, nochmal darüber nachzudenken, welche Schlussfolgerungen Sie aus der Kritik ziehen?

**Charlotte:** Ich hatte gedacht, dass die mich fertig machen will, weil sie mich nicht mag, aber vielleicht hat sie sich ja tatsächlich nur Sorgen gemacht? [neue Perspektive, Mentalisieren]

**Medikamentöse Behandlung bei BPS**

Die S3-Leitlinie gibt in ihren Empfehlungen 18–28 dezierte Hinweise zum Einsatz von Psychopharmaka in der Behandlung von BPS. Da die Evidenzsynthese zu den Effekten von Medikamenten in mehreren Metaanalysen wenig belastbare Evidenz und gleichzeitig nur sehr kleine Behandlungseffekte berichtete, bestehen die Empfehlungen durchgehend darin, die Verschrei-

bung von Medikamenten zu jedem Zeitpunkt kritisch zu prüfen.

**Merke**

**In keinem Fall soll eine pharmakologische Behandlung die einzige Behandlung darstellen oder eine Psychotherapie gar ersetzen (Empfehlungen 18 und 19).**

Darüber hinaus besteht kein Hinweis, dass eine standardmäßig ergänzende medikamentöse Behandlung die Therapie verbessert. Im Gegenteil bergen Medikamente ein gewisses Risiko bei BPS, in suizidaler Absicht Verwendung zu finden, weshalb Medikamente, die leicht überdosiert werden können, nicht oder nur sehr sparsam verschrieben werden sollen (Empfehlung 27). Die Leitlinie gibt vor, dass so wenige Präparate wie möglich zum Einsatz kommen und Polypharmazie nach Möglichkeit vermieden oder reduziert werden soll (Empfehlung 20). Das bedeutet, dass auch in Krisen die Verabreichung kritisch geprüft werden sollte und nach Abklingen der Krise baldigst abgesetzt werden sollte (Empfehlung 25). Hierfür ist es auch hilfreich, unter den Behandelnden eine fachärztlich tätige Person festzulegen, durch welche die Medikation in Abstimmung mit den übrigen Behandelnden erfolgt (Empfehlung 23).

#### MEDIKATION

##### Empfehlungen zur Vergabe von Medikamenten bei der Behandlung von BPS

Prinzipiell sieht die Leitlinie die folgenden 3 Situationen vor, in welchen Personen mit Borderline-PS eine Medikation erhalten können – jeweils unter der Prämisse, dass die Medikation nicht anstelle anderer, besser geeigneter Interventionen (wie ggf. psychosoziale oder psychotherapeutische Interventionen) eingesetzt wird:

- Ein zeitlich begrenzter Einsatz von Medikamenten kann erwogen werden, um umschriebene Symptome zu behandeln (Empfehlung 22).
- In akuten Krisensituationen kann der Einsatz von Medikamenten erwogen werden, sofern psychotherapeutische Interventionen nicht ausreichen (Empfehlung 24).
- Liegen komorbide psychische Erkrankungen vor, so sollen diese nach den jeweiligen aktuellen Leitlinien psychopharmakologisch versorgt werden (Empfehlung 21).

#### Merke

Aufgrund von Nutzen- und Risikoabwägungen spielen Medikamente in der Behandlung der BPS eine geringe Rolle und sind einer primären psychotherapeutischen Behandlung nachgeordnet.

## Umgang mit Komorbiditäten und Behandlungssettings

Patient\*innen mit BPS leider oftmals unter komorbiden Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Essstörungen etc. Wenn eine der komorbiden Erkrankungen den Behandlungsverlauf

gefährdet, wie z. B. eine schwere Suchterkrankung oder ein zu geringes Körpergewicht, so soll die Behandlung der komorbiden Symptome vorrangig behandelt werden (Empfehlung 29).

#### Vorsicht

##### BPS kann komorbid mit Gender-Dysphorie oder Gender-Inkongruenz (GD/GIK) vorliegen.

Beim Vorliegen einer GD/GIK soll darauf geachtet werden, dass Symptombildungen im Rahmen der GIK/GD nicht vorschnell als Anzeichen einer BPS interpretiert werden. Gleichmaßen soll beim Vorliegen einer BPS darauf geachtet werden, dass Symptombildungen im Rahmen der BPS nicht vorschnell als Anzeichen einer GIK/GD interpretiert werden (Empfehlung 54).

Auch körperliche Erkrankungen sind häufig bei BPS, weshalb eine integriertes Behandlungskonzept und eine motivierende Strategie zum Aufsuchen der entsprechenden Allgemein- oder Fachärzt\*innen empfohlen wird (Empfehlungen 30 und 31). Bei einem Verdacht auf eine zusätzliche intellektuelle Entwicklungsstörung sollte eine Expertise in diesem Bereich hinzugezogen werden (Empfehlung 50), da bei einer mittleren bis schweren intellektuellen Entwicklungsstörung keine BPS-Diagnose vergeben werden sollte (Empfehlung 53).

Allgemein wird die ambulante psychotherapeutische Behandlung gegenüber einer stationären Unterbringung bevorzugt (Empfehlung 32.1). Explizit vermieden werden sollen längere, unspezifische stationäre Aufenthalte ohne strukturierte, Borderline-spezifische Behandlungsangebote (Empfehlung 33). Hintergrund ist die Gefahr der Langzeithospitalisierung der Betroffenen im Zuge von stationären Aufhalten ohne definierte Rahmenbedingungen und Zielsetzungen. Stationäre oder teilstationäre Behandlungen bei BPS sind lediglich für nicht anderweitig beherrschbarer Krisen (z. B. bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, lebensgefährdenden Selbstverletzungen; Empfehlung 32.2) oder im Rahmen zeitlich definierter und störungsspezifischer Behandlungsprogramme empfohlen (Empfehlung 32.2). Stationäre und teilstationäre Behandlungen sollen wie die BPS-spezifischen Psychotherapieansätze generell auf störungsspezifischen Konzepten aufbauen, wie z. B. eine klare Struktur der Behandlung, Zielvereinbarungen und verlässliche Strukturen.

Enge Absprachen zwischen ambulant und (teil-)stationär Behandelnden sowie den somatischen Behandler\*innen sind wünschenswert. Die Teams, die in ambulanten oder stationären Versorgung mit BPS-Patient\*innen arbeiten, sollen in evidenzbasierten Konzepten weitergebildet und supervidiert werden (Empfehlung 35 und 36). Eine besonders kritische Lebens-

phase für die Intensität der BPS und damit mit erhöhtem Behandlungsbedarf versehen ist das Alter zwischen 15 und 25 Jahren (Empfehlung 37).

#### Vorsicht

**Längere, unspezifische stationäre Aufenthalte ohne strukturierte BPS-störungsspezifische Angebote sind zu vermeiden.**

## Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung der BPS

### Psychoedukation und Einbezug in die Psychotherapie

Die Leitlinie betont die aktive Einbindung der Angehörigen bereits ab Diagnosestellung (Empfehlung 3) sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Voraussetzung ist bei allen Betroffenen unabhängig vom Alter, dass dies therapeutisch sinnvoll erscheint und die Person mit BPS dem zustimmt. Auch während der Therapie sollen Familienangehörige und andere Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden und Interventionen mit ihnen erwogen werden (Empfehlung 12). So kann es beispielsweise sinnvoll sein, Krisenpläne mit Angehörigen zu erstellen (Empfehlung 38). Hierbei ist zu abwägen und mit den Patient\*innen zu diskutieren, welche Unterstützung Angehörige konkret leisten können (z.B. Ansprechpartner:in sein oder ablenkende Tätigkeiten durchführen) und wo auch die Grenzen der Unterstützung liegen oder überhöhte Erwartungen bestehen. Hier ist auch die Funktionalität oder Bedeutung von zentralen Symptomen, wie z.B. suizidales oder selbstverletzendes Verhalten, für die jeweilige Beziehung zu berücksichtigen (siehe Kasuistik).

#### Merke

**Alle Beteiligten werden transparent über alle vereinbarten Strategien des Verhaltens in Krisen informiert.**

Besteht zu infrage kommenden Angehörigen oder anderweitigen Bezugspersonen eine sehr konflikthafte oder belastete Beziehung, ist abzuwägen, inwiefern ein Einbezug hilfreich erscheint. Dies ist auch der Fall, wenn Angehörige bspw. nicht in der Lage sind, eine empathische, verständnisvolle Haltung einzunehmen, oder selbst schwer psychisch erkrankt sind.

#### FAZIT

Angehörige sollen in die Behandlung z. B. bei der Erarbeitung von Krisenplänen einbezogen werden. Voraussetzung ist, dass hierfür das Einverständnis der betroffenen Person vorliegt und der Einbezug aus therapeutischer Sicht hilfreich erscheint.

#### FALLBEISPIEL

Charlotte hat sich selbst verletzt. Hintergrund der Selbstverletzung war ein Konflikt mit ihrem Partner Johannes. Dieser hatte plötzlich angekündigt, dass er und seine Freunde zu einem Fußballspiel fahren würden – und das, obwohl sie vorher vereinbart hatten, dass sie zusammen Freundinnen besuchen würden. Er sagte, die Freunde hätten ihm spontan eine Karte für das Spiel angeboten und er wolle die Gelegenheit nutzen. Kurz nachdem er losgegangen war, schnitt sie sich mit einer Porzellanscherbe. Ihre Erfahrung des Alleinseins und die Tatsache, dass er sich für andere und gegen sie entschieden hatte, verursachten einen unerträglichen Stress, der wiederum zu einem psychischen Zusammenbruch führte. Die Ankündigung des Freundes ist ein Bindungsverlust – ein Verlust der erwarteten emotionalen „Zweisamkeit“. Zunächst hatte sie das Gefühl, dass seine Entscheidung, zum Fußballspiel zu gehen, bedeutete, dass er sie nicht liebte. Das ist zwar verständlich und das Problem war nicht der Gedanke, sondern die Tatsache, dass der Gedanke aufgrund ihrer Anfälligkeit für ineffektives Mentalisieren begann, alle Eigenschaften der Realität anzunehmen. Ihr Gedanke, sich nicht geliebt zu fühlen, wurde zu einer Tatsache und die Abwesenheit von Johannes war ein weiterer Beweis dafür, dass er sie nicht liebte. Die Weiterentwicklung dieses Gedankens führte sie zu einem noch rigideren schematischen Denken, bei dem sie ab einem bestimmten Zeitpunkt „sicher wusste“, dass er in Wirklichkeit mit einer anderen Frau ausgegangen war und sie betrügen würde. Dies führte unweigerlich zu noch unerträglicheren Gefühlen, mit denen sie nicht mehr umgehen konnte. Ihre einzige Option, oder besser gesagt, die einzige Möglichkeit, an die sie denken konnte, war sich zu schneiden. Dieser selbstzerstörerische Akt entspannte sie, aber erzeugte auch Scham. Als ihr Freund zurückkam, wurde er wütend, als er ihr bandagiertes Handgelenk bemerkte. Damit setzte sich ihr Kreislauf der Selbstkritik fort.

In der MBT wird dieser innere Ablauf, der in die Selbstverletzung mündet, im Rahmen einer funktionellen Analyse erkundet. Dabei kann die Patientin erkennen, an welchen Stellen sie zu rigide im Denken wird und wann sie aus diesem Teufelskreis aussteigen kann. Bei der Formulierung eines Krisenplans, wird der Teufelskreis benannt und Angehörigen mitgeteilt, die Teil des Teufelskreises sind. Dabei wird vermerkt, was in der Vergangenheit nicht hilfreich war und was die Patientin unterstützen könnte. Im Fall von Charlotte wurde der Partner über die Krise von Charlotte informiert, damit er wieder empathischer mit ihr sein konnte. Die beiden vereinbarten, dass gemeinsame Pläne weniger spontan verändert werden sollten in der Zukunft und Johannes Charlotte die Gelegenheit geben würde, dies mitzuentcheiden, statt sie vor vollendete Tatsachen zu stellen. Charlotte übernahm die Aufgabe, auf ihre mentalen Prozesse mehr achtzugeben, wenn sie in rigide Denkmuster abgleitet.

## Unterstützung für Angehörige und andere nahestehenden Bezugspersonen

Auch die Angehörigen von Betroffenen sind häufig stark belastet. Studien zeigen eine erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit, Trauer über die Lebensveränderungen, die die Erkrankung mit sich bringt, ein eingeschränktes Wohlbefinden sowie vermehrte interpersonelle Probleme [2]. Insbesondere ein emotionales Überengagement und eine erhöhte innerfamiliäre Neigung zu Kritik sind Risikofaktoren für eine erhöhte Belastung.

Die Leitlinie empfiehlt entsprechend, dass Angehörige ebenfalls eine professionelle Unterstützung erhalten sollten. Dazu eignen sich verschiedene BPS-Familienprogramme, die niedrigschwellig Unterstützung anbieten und das Wohlergehen der Angehörigen fokussieren. Einige sind an bewährte Therapieansätze angelehnt (z. B. DBT – „Family Connections“; MBT – „MBT-FACTS“). In der Regel finden die Sitzungen in der Gruppe, ohne Beteiligung der BPS-Patient\*innen statt.

Im Rahmen von Psychoedukation werden Achtsamkeit, Mitgefühl und andere Fertigkeiten vermittelt, die an die DBT oder MBT angelehnt sind. Teilweise werden die Gruppen von erfahrenen, selbst betroffenen Angehörigen durchgeführt. Auch der Borderline-Trialog kann eine geeignete Unterstützung darstellen. Hier kommen Betroffene, Angehörige und Fachleute zusammen, um Wissen und Erfahrungen auszutauschen mit dem Ziel, ein besseres Verstehen aller Beteiligten und gegenseitige Unterstützung zu ermöglichen (<https://www.borderlinetrialog.de/>).

Neben Borderline-Familienprogrammen und Borderline-Trialog verweist die Leitlinie außerdem auf Erziehungs- und Familienberatung, Selbsthilfeangebote, Familien- und Jugendhilfe (Empfehlung 42). Auf die Besonderheiten des Einbezugs von Kindern mit Eltern, die BPS haben, soll im nächsten Abschnitt gesondert eingegangen werden.

### Merke

**Angehörige sind oftmals stark belastet von einer BPS-Erkrankung und sollten daher ebenfalls psychosoziale Angebote erhalten.**

## Elternschaft und BPS

Da Personen mit einer BPS bei der Erziehung ihrer Kinder aufgrund der ausgeprägten Schwierigkeiten der Emotionsregulation, der Einbrüche im effektiven Mentalisieren, der häufigen Krisen und der Impulsivität vor besondere Herausforderungen gestellt sind, sollen sie nach Kindern und der Ausübung der Elternschaft im Kontext der psychosozialen Begleitung/Psychotherapie befragt werden (Empfehlung 47).

Elterliche Belastungen wie emotionale Krisen, soziale oder finanzielle Schwierigkeiten, ein hohes Stresserleben von Eltern und negative Eltern-Kind-Interaktionen können die Entwicklung der Kinder potenziell negativ beeinflussen [16]. Für Kinder von Eltern mit BPS besteht daher ein deutlich erhöhtes Risiko, später ebenfalls Symptome der BPS zu zeigen oder an einer anderen psychischen Störung zu erkranken [17]. Entsprechend empfiehlt die Leitlinie, dass auch Kinder, die mit erwachsenen Personen mit BPS zusammenleben, bei Bedarf Unterstützungsangebote erhalten sollen (Empfehlung 43). Eine möglichst frühzeitige Intervention im Sinne eines Elterntrainings erscheint zentral, um negativen Entwicklungsverläufen der Kinder entgegenzuwirken (z. B. [18] oder [19]).

### Merke

**BPS-Patient\*innen, die Eltern sind, sollten frühzeitig Trainingsangebote zur Förderung der Erziehungskompetenzen und des Bindungsverhaltens erhalten.**

Die Interventionen zur Förderung der Erziehungskompetenzen und des Bindungsverhaltens sollten störungsspezifisch ausgerichtet sein und die Probleme der Emotionsregulation oder Mentalisierungsprobleme der BPS berücksichtigen (Empfehlung 45). Nur bei schweren Interaktionsproblemen sollten familienbezogene Interventionen erfolgen und Patient\*innen sollten unterstützt werden, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu berücksichtigen (Empfehlung 48). Besonders im Krisenfall sollten die Versorgungssituation und psychische Gesundheit von Kindern überprüft werden (Empfehlung 47). Eine BPS-Erkrankung allein stellt allerdings keinen hinreichenden Grund dar, dem betroffenen Elternteil die Kindesfürsorge zu entziehen, sondern hier muss jeder Einzelfall geprüft werden (Empfehlung 46).

### Vorsicht

**Eine BPS-Diagnose allein reicht nicht aus, um das elterliche Fürsorgeverhalten infrage zu stellen.**

**FALLBEISPIEL**

In der MBT-Behandlung von Charlotte entstehen immer wieder Spannungen, wenn die Therapeutin die Beziehung zwischen Charlotte und ihrem Sohn Leon thematisieren möchte. Die Therapeutin hat den Eindruck, dass Charlotte hier sehr verletztlich ist und besonders schnell das effektive Mentalisieren verlässt. Das schränkt die therapeutischen Möglichkeiten ein und führt zu negativen Gefühlen in der Therapeutin, die sich so fühlt, als hätte sie einen Maulkorb oder Sprechverbot in Bezug auf das Thema. Sie versucht, die für sie schwierige Situation zu thematisieren, was in der MBT als gegenrelationales Mentalisieren bezeichnet wird.

**Therapeutin:** Ich möchte etwas ansprechen, das mir sehr schwerfällt, aber ich glaube, dass es für die Therapie wichtig ist. Ich fürchte, Sie werden denken, dass ich Ihnen unterstelle, eine schlechte Mutter zu sein, aber das ist nicht meine Absicht. Ich wollte nur meine Sorge darüber zum Ausdruck bringen, dass Sie sich sehr gut um Leons körperliche Bedürfnisse kümmern, aber dass Sie plötzlich sehr emotional werden und die Beherrschung verlieren können. Wenn ich versuche, das Thema anzusprechen, wechseln Sie das Thema und ich merke, dass ich ein wenig ungeduldig mit Ihnen werde, denn ich denke, dass es wichtig sein könnte.

**Charlotte:** Darüber möchte ich eigentlich nicht sprechen. Die Sozialarbeiterin fragt mich die ganze Zeit danach und hält mich für eine schlechte Mutter.

**Therapeutin:** Ja, ich verstehe, dass es sich so anhören kann, wenn eine von uns es zur Sprache bringt, aber es beeinträchtigt die Arbeit an der Umsetzung ihrer Wünsche, was für eine Mutter Sie gern sein wollen. Vielleicht müssen wir beide über unsere Ungeduld sprechen! Mir kommt es so vor, als würden Sie versuchen, mich zu zwingen, Sie als gute Mutter zu sehen. Gleichzeitig wollten Sie die Therapie beginnen, um eine bessere Mutter zu werden. Daher liegt vielleicht ein Missverständnis vor. Ich erwarte nicht, dass Sie am Anfang der Therapie schon das Ziel erreicht haben. Aber um den Weg zu gehen, müssen wir über schwierige Interaktionen mit Ihrem Kind sprechen dürfen.

**Charlotte:** Wenn Sie auch seit Generationen das Jugendamt im Nacken hätten, würden Sie das vielleicht besser verstehen.

**Therapeutin:** Ja, ich kann mir das wahrscheinlich gar nicht ausreichend vorstellen. Das heißt, eigentlich sind Sie sehr auf Habacht-Stellung mit mir, und ich bemerke, dass ich ganz wenig Spielraum habe. Können wir überlegen, wie wir mit meiner Ungeduld oder auch Unzufriedenheit über meinen geringen Spielraum und Ihrer Habacht-Stellung umgehen?

Die Unterstützungsangebote für Kinder von Eltern mit BPS können folgendes beinhalten:

- psychische und emotionale Unterstützung
- Aufklärung über das Störungsbild
- Strategien zur Unterstützung von Beziehungen mit Gleichaltrigen und der sozialen Integration
- Überweisung an Hilfsangebote für junge Angehörige

Auch Strategien zur Unterstützung der emotionalen und psychischen Regulation des Erwachsenen können in den Hilfsangeboten enthalten sein. Hier muss jedoch sorgfältig betrachtet werden, dass keine Parentifizierung der Kinder damit unterstützt oder initiiert wird, wenn Kinder sich also verantwortlich für das Wohlergehen der betroffenen Elternteile fühlen oder in diese Rolle gedrängt werden.

**Merke**

**Kinder und Jugendliche, die mit Betroffenen zusammenleben, sollen bei Bedarf Unterstützung erhalten, dürfen aber nicht die Verantwortung für ein Elternteil im Sinne einer Parentifizierung übernehmen.**

**KERNAUSSAGEN**

- Erstmals ist für die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine evidenzbasierte klinische S3-Leitlinie für das deutsche Versorgungssystem verfügbar.
- Die Leitlinie empfiehlt die Diagnose und Behandlung einer BPS im Falle des Erfüllens ab einem Alter von 12 Jahren.
- Die Diagnose ist den Betroffenen und, ihr Einverständnis vorausgesetzt, auch den Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen mitzuteilen und zu erläutern.
- Störungsspezifische, strukturierte Psychotherapieansätze oder -methoden sind die Behandlung der Wahl.
- Beim Behandlungsfokus auf selbstverletzendes und/oder suizidales Verhalten werden DBT oder MBT empfohlen.
- Eine alleinige medikamentöse Behandlung der BPS wird nicht empfohlen und Medikamente sollten unter der Berücksichtigung drohender Suizidalität kritisch geprüft werden.
- Unstrukturierte, störungsunspezifische stationäre Behandlungen sind zu vermeiden.
- Bei erheblicher psychischer Belastung sollen auch Angehörige von Betroffenen, v. a. Kinder, geeignete Unterstützungsangebote erhalten.

## Interessenkonflikt

## Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein

## Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

S.T. gibt nichtfinanzielle Interessen an: Direktorin am Universitätsklinikum Heidelberg, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Board Member der European Society for the Study on Personality Disorders, Vorsitzende des Berufsverbands Mentalisierungsbasierte Therapie in den deutschsprachigen Ländern, stellvertretendes Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundespsychotherapeuten- und Bundesärztekammer. J.S.-W. gibt nichtfinanzielle Interessen an: Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie, Mitglied DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), Mitglied GePs (Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e. V.), wissenschaftliche Koordinatorin der im Artikel besprochenen S3 Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung

## Autorinnen/Autoren

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Svenja Taubner**

Jahrgang 1973. 2003–2006 Studium an der Universität Bremen, 2007–2008 am Universitätsklinikum Ulm, 2008–2012 Universität Kassel. 2010–2012 Juniorprofessorin an der IPU Berlin, 2013–2015 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der

Universität Klagenfurt (Österreich). Seit 2016 Professorin für Psychosoziale Prävention an der Universität Heidelberg, 2011 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Schwerpunkte: Persönlichkeitsstörungen, Mentalisierung, Psychotherapieforschung.

**Dipl.-Psych. Jutta Stoffers-Winterling**

Jahrgang 1978. Studium an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. 2005–2008 Universitätsklinikum Freiburg i.Br. Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsmedizin Mainz, 2013 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin am

Leibniz-Institut für Resilienzforschung in Mainz. Schwerpunkte: Evidenzsynthesen, klinische Leitlinien, Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychische Gesundheit während der COVID-19-Pandemie.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Svenja Taubner**

Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Psychosoziale Prävention  
Bergheimer Str. 54  
69115 Heidelberg  
Deutschland  
svenja.taubner@med.uni-heidelberg.de

## Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Lieb, Mainz.

## Literatur

- [1] DGPPN e. V. S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen. Band 1. S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff; 2009
- [2] DGPPN e. V. für die Leitliniengruppe. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Version 1.0 (14.11.2022). Zugriff am 21. November 2023: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>
- [3] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2023. Zugriff am 21. November 2023: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html)
- [4] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. Zugriff am 21. November 2023: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- [5] Bach B, Kramer U, Doering S et al. The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2022; 9: 12 doi: 10.1186/s40479-022-00182-0
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013: doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- [7] Chanan A, Sharp C, Hoffman P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry* 2017; 16: 215–216 doi: 10.1002/wps.20429
- [8] Margraf J, Cwik JC, von Brachel R et al. DIPS Open Access 1.2: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Bochum: Ruhr-Universität Bochum (RUB); 2021
- [9] Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen H-U. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5-Personality Disorders von Michael B. First, Janet B. W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer. Göttingen: Hogrefe; 2019

- [10] Zettl M, Taubner S, Hutsebaut J et al. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; 69: 499–504 doi: 10.1055/a-1010-6887
- [11] Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD012955 doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2
- [12] Bohus M. Borderline-Störung. Band 14. Fortschritte der Psychotherapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2019
- [13] Taubner S, Fonagy P, Bateman A. Mentalisierungsbasierte Therapie. Band 75. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2019
- [14] Clarkin JF, Yeomans FE. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie; mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum. Trauma, Borderline. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2008
- [15] Arntz A, van Genderen H. Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2022
- [16] Zitzmann J, Rombold L, Renneberg B. Familiäre Transmission der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut* 2020; 65: 366–373 doi: 10.1007/s00278-020-00450-w
- [17] Eyden J, Winsper C, Wolke D et al. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016; 47: 85–105 doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.002
- [18] Buck-Horstkotte S, Renneberg B, Rosenbach C. Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Trainingsmanual „Borderline und Mutter sein“. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2022
- [19] Neukel C, Bermpohl F, Kaess M et al. Understanding and breaking the intergenerational cycle of abuse in families enrolled in routine mental health services: study protocol for a randomized controlled trial and two non-interventional trials investigating mechanisms of change within the UBICA II consortium. *Trials* 2021; 22: 749 doi: 10.1186/s13063-021-05653-3

## Bibliografie

PSYCH up2date 2024; 18: 81–98  
 DOI 10.1055/a-2075-9182  
 ISSN 2194-8895  
 © 2024. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
 70469 Stuttgart, Germany

Anzeige

Service für unsere Leser

**up2date  
immer dabei!**

Online und offline im Thieme  
Wissensportal eRef plus App.



**Jetzt downloaden:**

[www.thieme.de/eref-app](http://www.thieme.de/eref-app)

**up2date – Fortbildung mit dem roten Faden**



## Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXLT7TA> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss.

Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512024165721364



### Frage 1

Die Forschung zu Diagnostik und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hat erhebliche Fortschritte gemacht, sodass nun erstmals eine deutschsprachige S3-Leitlinie spezifisch für dieses Störungsbild vorgelegt wurde. Was ist zutreffend?

- A Die Stufenklassifikation der AWMF besagt, dass die methodische Qualität der Leitlinienentwicklung umso besser ist, je niedriger die Stufe ist. Eine S2-Leitlinie ist insofern von höherer Qualität als eine S3-Leitlinie.
- B Eine S3-Leitlinie setzt einen formalisierten Konsensprozess voraus. Evidenzbasierte Empfehlungen werden mit der auf ihre Vertrauenswürdigkeit beurteilten Evidenz, die ihnen jeweils zugrunde liegen, transparent verknüpft
- C Bei einer S3-Leitlinie ist ein Expert\*innenkonsens ausreichend, systematische Evidenzrecherchen sind wünschenswert, aber nicht notwendig.
- D Die Leitliniengruppe setzt sich bei den evidenzbasierten S3-Leitlinien ausschließlich aus wissenschaftlichen Expert\*innen zusammen, die aus der aktuellen Forschung Empfehlungen für die Praxis generieren.
- E Bei der Entwicklung von S3-Leitlinien berücksichtigt das Interessenkonfliktmanagement ausschließlich finanzielle Interessenkonflikte.

### Frage 2

Die 11. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) sieht gegenüber der ICD-10 Änderungen vor. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- A Bis auf die schizotype Persönlichkeitsstörung, zu der es zwischenzeitlich kaum Forschungsbemühungen gab, bleiben alle Persönlichkeitsstörungen unverändert erhalten.
- B Zusätzlich zur kategorialen Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen kann der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden.
- C Im ICD-11 werden die Persönlichkeitsstörungskategorien weiter gefasst, sodass lediglich die Diagnose einer Cluster A-, B- oder C-Persönlichkeitsstörung möglich ist.
- D Bis auf das „Borderline-Muster“, welches zusätzlich zur Basisdiagnose einer Persönlichkeitsstörung spezifiziert werden kann, sind keine kategorialen Persönlichkeitsstörungen mehr vorgesehen.
- E Alle Persönlichkeitsstörungen bleiben erhalten, lediglich die emotional-impulsive-Störung, impulsiver Typ (F60.30) wird aufgegeben.

### Frage 3

Was ist bei Aufnahme einer Psychotherapie mit BPS-Patient\*innen entsprechend der neuen S3-Leitlinienempfehlungen zu beachten?

- A Die Therapie soll strukturiert und störungsspezifisch ausgerichtet sein.
- B Eine Mindestdauer von 2 Jahren soll nicht unterschritten werden.
- C Alle Richtlinienverfahren sind zur Behandlung der BPS gut geeignet.
- D Gruppeninterventionen sollen aufgrund der erwartbar ungünstigen Gruppendynamik eher vermieden werden.
- E Um eine Stigmatisierung zu vermeiden, soll die Diagnose einer BPS nicht explizit mitgeteilt werden.

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

### Frage 4

Verschiedene Substanzklassen wurden zur Behandlung der BPS in randomisiert-kontrollierten Studien untersucht, darunter Antipsychotika der ersten und zweiten Generation, Stimmungsstabilisierer und verschiedene Antidepressiva. Was empfiehlt die S3-Leitlinie hierzu?

- A Psychotherapien sollen idealerweise zu Beginn standardmäßig durch eine Medikation mit SSRIs begleitet werden, um das Risiko impulsiver Therapieabbrüche zu vermindern.
- B Solange keine Einzelpsychotherapieplatz verfügbar ist, sollte zumindest eine medikamentöse Behandlung begonnen werden.
- C Betroffene, die ausgeprägte impulsive Symptome berichten, sollen Antipsychotika der zweiten Generation, bspw. Olanzapin oder Quetiapin, erhalten.
- D Medikamente sollen keinesfalls die primäre Behandlung darstellen.
- E Medikamente, die im Falle einer Krise verschrieben wurden und hilfreiche Effekte bewirkt haben, sollen dauerhaft beibehalten werden.

### Frage 5

Eine 42 Jahre alte Frau stellt sich zur Behandlungsaufnahme vor. Auslösend seien depressive Phasen, die intermittierend auftreten, und in denen sich die Patientin massiv selbst abwertet. Sie habe bereits wiederholt Krisen erlebt, die zu stationären Aufnahmen geführt hätten, jedoch habe sie noch nie einen Suizidversuch unternommen. Zweimal sei bereits direkt im Anschluss an diese Krisen ein mehrmonatiger Aufenthalt auf der Depressionsstation erfolgt, jedoch ohne befriedigenden Behandlungserfolg, auch verschiedene Antidepressiva hätten keine wesentlichen Effekte gezeigt. Welche diagnostischen Erwägungen sind angemessen?

- A Da die Patientin keine wiederholten Selbstverletzungen berichtet, kann eine BPS ausgeschlossen werden.
- B Aufgrund der wiederholten Behandlungsversuche ohne befriedigenden Erfolg sollte die fachgerechte Abklärung einer BPS veranlasst werden.
- C Da die Patientin bereits über 40 Jahre alt ist, scheint eine BPS unwahrscheinlich.
- D Die Behandlung sollte weiter auf die Depression fokussieren.
- E Eine anxiolytische Medikation sollte erwogen werden.

### Frage 6

Es liegen verschiedene störungsspezifische Psychotherapieansätze vor. Welche Gemeinsamkeiten haben diese?

- A Sie sind alle verhaltenstherapeutisch fundiert.
- B Sie legen besonderen Wert auf die Beachtung der therapeutischen Beziehung und die Einhaltung vereinbarter Rahmenbedingungen.
- C Sie sind als Intervalltherapien konzipiert.
- D Sie sind traumatherapeutisch ausgerichtet.
- E Sie fokussieren vorwiegend die Behandlung selbstverletzenden Verhalten.

### Frage 7

Für ein optimales Therapieergebnis müssen individuelle Therapieentscheidungen getroffen werden. Welche Aussage zur leitliniengerechten Therapie der BPS trifft zu?

- A Pharmakotherapie und Psychotherapie sind in der Behandlungsplanung gleich bedeutsam.
- B Bei Nichtverfügbarkeit einer geeigneten Einzeltherapie kann bereits mit einer Gruppenintervention (z. B. DBT-Skillstraining, MBT-Einführungsgruppe) begonnen werden, wobei diese die Einzeltherapie nicht ersetzt.
- C Das Psychotherapieverfahren der Wahl ist eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.
- D Längere stationäre Aufenthalte sind i. d. R. hilfreich, um Entlastung aus konflikthafter Verstrickungen im Alltag zu schaffen. Hierfür sind auch Angebote geeignet, die nicht auf die Behandlung der BPS ausgerichtet sind.
- E Auf Psychoedukation über das Störungsbild kann aufgrund der Ich-Syntonie der Störung verzichtet werden.

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

### Frage 8

Aufgrund der interaktionellen Besonderheiten befinden sich Menschen mit BPS häufig in Konflikten mit ihnen nahestehenden Personen wie Familienangehörigen, Freunden oder anderen wichtigen Bezugspersonen. Was ist hierbei in der Therapieplanung zu beachten?

- A Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen sollen, das Einverständnis der von BPS betroffenen Personen vorausgesetzt, über das Störungsbild aufgeklärt werden und in die Krisenplanung einbezogen werden.
- B Angehörige sollen nicht einbezogen werden, um weitere potenziell konflikthafte Verstrickungen zu vermeiden.
- C Angehörige sollen aufgrund der Schwere des Störungsbilds der BPS auch in die Krisenplanung einbezogen werden, wenn die betroffene Person selbst nicht zustimmt.
- D Die Krisenplanung soll ausschließlich mit den Angehörigen abgestimmt werden, da im Krisenfall die Betroffenen ohnehin nicht absprachefähig sind.
- E Angehörige sollen nur bei Kindern unter 12 Jahren in die Therapie einbezogen werden.

### Frage 9

Jugendliche haben in den letzten Jahren in der klinischen Forschung zu BPS besondere Aufmerksamkeit erfahren. Welche Aussage ist hier zutreffend?

- A Da eine BPS erst ab 18 Jahren mit hinreichender Sicherheit diagnostiziert werden kann, sollte bei jüngeren Patient\*innen diese Diagnose nicht gestellt werden.
- B Angehörige und andere Bezugspersonen sollen ausschließlich bei sehr jungen Patient\*innen (unter 14 Jahren) in die Behandlung mit einbezogen werden, um die Autonomieentwicklung nicht zu gefährden.
- C Auch betroffene Jugendliche sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie erhalten, die nach Möglichkeit altersgemäß ausgerichtet ist.
- D Wenn bei Jugendlichen eine BPS diagnostiziert oder eine ausgeprägte Borderline-Symptomatik festgestellt wurde, soll mit der störungsspezifischen Behandlung so lange wie möglich abgewartet werden, um eine frühe Stigmatisierung zu vermeiden.
- E Im Unterschied zu Erwachsenen gibt bei Jugendlichen eine ausgeprägte emotionale Instabilität keinen hinreichenden Anlass, die fachgerechte Abklärung einer BPS zu veranlassen.

### Frage 10

Eine besondere Schwerpunktsetzung betrifft die Situation von Betroffenen, die Eltern sind, und auch deren Kinder. Welche Empfehlung wird hierzu gegeben?

- A Bei Diagnosestellung der BPS sollen Kinder der Sorge des betroffenen Elternteils zunächst entzogen werden, bis ein hinreichender Therapieerfolg sichergestellt ist.
- B Betroffene, die Eltern sind, sollen störungsspezifische Trainings zur Förderung der Erziehungskompetenzen und des Bindungsverhaltens erhalten, die auch die Probleme der Emotionsregulation berücksichtigen.
- C Betroffene, die Eltern sind, sollen eine allgemeine Erziehungsberatung und Informationen zur Förderung der altersgemäßen Entwicklung ihrer Kinder erhalten.
- D Da Kinder, die mit Betroffenen zusammenleben, durch ihr Verhalten das Wohlergehen der Eltern maßgeblich beeinflussen können, sollen sie über für ihre Eltern hilfreiche Verhaltensweisen aufgeklärt werden, um für das Wohlergehen des erkrankten Elternteils Sorge tragen zu können.
- E Kinder, die mit Betroffenen zusammenleben, sollen nicht über das Störungsbild aufgeklärt werden, um die Eltern-Kind-Beziehung nicht zu gefährden.