

# Borderline- Störung

**Martin Bohus**

2., vollständig überarbeitete Auflage

Fortschritte der  
Psychotherapie

 **hogrefe**

## **Borderline-Störung**

**Fortschritte der Psychotherapie**  
**Band 14**

Borderline-Störung

Prof. Dr. Martin Bohus

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,  
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief  
Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

**Martin Bohus**

# **Borderline- Störung**

2., vollständig überarbeitete Auflage

 **hogrefe**

**Prof. Dr. med. Martin Bohus**, geb. 1956. 1978–1985 Studium der Medizin in Freiburg. 1985–1988 Grundlagenforschung im Bereich Immunologie an der Universität Freiburg. 1988 Dissertation. 1988–2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie an der Klinik für Neurologie der Universität Freiburg. 2001 Habilitation. Seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. 2003–2015 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit 2015 Wissenschaftlicher Direktor des Instituts für Psychiatrische und Psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. Gastprofessur Harvard Medical School, Boston, MA.

#### *Widmung*

Für Christian Schmahl, Niko Kleindienst und Steffi Lis, meinen unermüdlichen Kollegen\*innen im sten Ringen um wissenschaftliche Klarheit in den schweren Wassern der Borderline-Therapie.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Illustrationen: Renate Alf, aus M. Bohus & M. Wolf (2009). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen

Format: PDF

2., vollständig überarbeitete Auflage 2019

© 2002, 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2853-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2853-7)

ISBN 978-3-8017-2853-3

<http://doi.org/10.1026/02853-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Beschreibung der Störung</b> .....	<b>3</b>
1.1 Geschichte des Störungsbegriffs .....	3
1.2 Definition der Störung .....	4
1.2.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-11 .....	4
1.2.2 Klinische Symptomatik .....	5
1.3 Epidemiologie .....	12
1.4 Borderline-Diagnose bei Jugendlichen .....	12
1.5 Verlauf und Prognose .....	13
1.6 Differenzialdiagnose und Komorbidität .....	14
<b>2 Störungsmodell</b> .....	<b>14</b>
2.1 Psychosoziale Komponenten .....	14
2.2 Biopsychosoziales Entstehungsmodell .....	16
<b>3 Diagnostik und Indikation</b> .....	<b>18</b>
<b>4 Behandlung der BPS mit Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT)</b> ..	<b>20</b>
4.1 DBT-Behandlungsmodule .....	20
4.2 Grundlegende Prinzipien der DBT .....	21
4.3 Therapeutische Grundannahmen .....	24
4.4 Beziehungsgestaltung .....	25
4.5 Behandlungsstadien .....	35
4.5.1 Stadium der Orientierung .....	36
4.5.2 Phase der Vorbereitung in den Therapiestadien I bis III .....	38
4.5.3 Therapiestadium I: Krisenerzeugendes Verhalten – Aufbau von Verhaltenskontrolle bei schwerwiegenden Verhaltensproblemen ...	41
4.5.4 Therapiestadium IIa: Schwerwiegende komorbide psychische Störungen .....	50
4.5.5 Therapiestadium IIb: Probleme mit emotionalem Erleben, negativem Selbstkonzept und sozialer Kooperation .....	56
4.5.6 Therapiestadium III: Das Leben entfalten .....	59
4.6 Therapeutische Strategien und Methoden .....	60
4.6.1 Verhaltensanalysen .....	60
4.6.2 Umgang mit drängenden Suizidgedanken .....	61
4.6.3 Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten .....	64

4.6.4	Umgang mit Dissoziation .....	65
4.6.5	Dialektische Strategien .....	66
4.6.6	Validierung .....	66
4.6.7	Kontingenzmanagement .....	68
4.7	Fertigkeiten-Training (Skills-Training) in der Gruppe .....	68
4.7.1	Rahmenbedingungen .....	68
4.7.2	Überblick über den Aufbau der Sitzungen .....	71
4.7.3	Achtsamkeit .....	72
4.7.4	Stresstoleranz .....	75
4.7.5	Umgang mit Gefühlen .....	76
4.7.6	Zwischenmenschliche Fertigkeiten .....	77
4.7.7	Selbstwert .....	78
4.8	Konsultationsgruppe für Therapeuten .....	79
4.9	Nutzung von digitalen Medien und Telefonberatung .....	80
4.10	Stationäre Behandlung nach DBT .....	81
4.10.1	Stationäre Krisenintervention .....	83
4.10.2	Elektive stationäre DBT .....	87
4.11	Arbeit mit Partnern und Angehörigen .....	101
4.12	DBT-Peer-Coaches .....	101
<b>5</b>	<b>Alternative und andere evidenzbasierte Behandlungen .....</b>	<b>102</b>
5.1	Datenlage .....	102
5.2	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy .....	103
5.3	Schematherapie für Borderline-Störung nach Young .....	104
<b>6</b>	<b>Pharmakotherapie .....</b>	<b>104</b>
<b>7</b>	<b>Fallbeispiel .....</b>	<b>105</b>
<b>8</b>	<b>Weiterführende Literatur .....</b>	<b>111</b>
<b>9</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>112</b>
<b>10</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>115</b>
	Therapieverlaufs-Wochenprotokoll .....	115
	Verhaltensanalyse für Problemverhalten .....	116
	Spannungskurve .....	118
	Traumatische Invalidierung – Modell .....	119
	Wochenprotokoll .....	120

## **Karten**

Checkliste Behandlungsstadium 0

Interview zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle (SBDI)

Checkliste DBT-Behandlungsplanung



# Vorwort

Es wäre ja auch fatal, wenn sich nach der ersten Auflage dieses Buches, also in den letzten achtzehn Jahren, unser Verständnis der Borderline-Störung nicht so weit verbessert hätte, als dass diese neue Auflage nicht völlig überarbeitet werden musste. Dank Neurobiologie, experimenteller Psychologie und Therapieforchung gestaltete sich in den letzten Jahren ein relativ konsistentes Bild dieser auf den ersten Blick so komplexen Störung. Mit guten und vielversprechenden Behandlungserfolgen, die sich noch weiter verbessern werden. Wir sollten jedoch nicht vergessen, dass es letztlich unsere Patientinnen und Patienten sind, die am meisten zu diesem Prozess beitragen: Nicht nur, weil sie die Forschung unterstützten, sondern auch, weil viele von ihnen bereit sind, ihr Leid, ihre Unsicherheit und ihr Engagement mit uns Therapeuten zu teilen, um neue Wege und Lösungen zu finden.

Daher würde ich gerne das Wort an eine Borderline-Patientin übergeben, deren Aussagen sicherlich profunder sind als meine:

„Ich hatte eine Borderline-Störung. Jetzt bin ich 30 und ich habe sie nicht mehr, aber ich profitiere immer noch davon.

Ich hatte schon zahlreiche und lange Klinikaufenthalte hinter mir, bis ich eine DBT-Station fand. Bis dahin waren Kliniken Orte gewesen, an denen ich in Watte gepackt wurde, wo man sich um mich kümmerte und wo mir sehr viel abgenommen wurde – es war fast ein bisschen angenehm.

Das erste Schlüsselerlebnis für mich war, dass ich sehr plötzlich verstand, dass die Verantwortung für eine Veränderung und die Entscheidung dafür tatsächlich bei mir liegen. Nach etwa zwei Wochen auf der DBT-Station saß ich bei meiner Therapeutin und sagte ihr, dass ich den inneren Druck nicht mehr aushalte, dass ich jetzt die Station verlassen würde, um mich zu verletzen und ‚auf den Putz‘ zu hauen. Ich machte mächtig Druck. Da ist sie ganz ruhig aufgestanden, hat die Türe ihres Büros geöffnet und gesagt, ich solle gehen und danach bitte wiederkommen. Mein erster Gedanke war ‚Darf die das!? Das darf die doch nicht!‘

Ich sagte damals wie heute: In diesem Moment war dies genau die passende Reaktion. Ich habe erfahren und verstanden, dass es in meinen Händen liegt, und ich habe ihre Bitte gehört, wiederkommen. Letztendlich bin ich damals sitzen geblieben und habe sie gebeten, mit mir Skills zu suchen, um diese Situation zu bewältigen.

Nach diesem ersten Aufenthalt auf der DBT-Station habe ich noch einige Krisen erlebt, das lag vor allem an meiner Angst vor dem Gesundwerden. Gesundwerden war für mich gleichbedeutend mit Alleinesein. Dann hat eine Ärztin in der Klinik mein Bild von Gesundsein auf den Kopf gestellt und mir vorgeschlagen, ich sollte ‚meine Borderline-Störung‘ doch ruhig behalten und sie einfach dann

auspacken, wenn ich dies möchte. Das war damals für mich ein guter Kompromiss zwischen dem alten und dem neuen Weg. Außerdem hat sie mir vermittelt, dass ich im nächsten Jahr wiederkommen kann, wenn ich einige Aufgaben erledigt hatte. Es war also nicht mehr nötig, dass ich mich selbst in eine Krise manövrieren musste, um wieder in die Klinik, in einen beschützten Raum zu ‚dürfen‘. Nach einem Jahr kam ich dann tatsächlich wieder. Und nun hatte ich in der Klinik meinen persönlichen ‚Wunder-Moment‘: Inmitten einer tiefen Stimmungskrise bin ich aufgestanden, habe 35 Gründe aufgeschrieben, warum ich leben möchte und wusste, jetzt fängt mein neues Leben an. Was nicht vorbei war, war die Arbeit mit meinen Gefühlen und mit mir selbst. Und ich hoffe, dass wird auch nie vorbei sein – wie langweilig wäre das Leben dann. Und schließlich, eineinhalb Jahre später, habe ich nach meiner Ausbildung zur Schreinerin angefangen, Psychologie zu studieren, und heute freue mich auf die Zeit, selbst als Therapeutin arbeiten zu können.

DBT ist für mich lebensnah, unglaublich logisch und ‚eigentlich‘ ganz klar. Es fühlt sich für mich natürlich an: Es ist wie eine Anleitung zum Leben, die jede Frau und jeder Mann, jedes Kind und jeder Jugendliche gebrauchen kann. DBT benötigt einen, wenn man sich wirklich darauf einlassen möchte, genau auf die Gefühle zu sehen. Dahin, wo es schmerzhaft und schwierig wird. Und ich habe mir Veränderungen erarbeitet, die ich zu Beginn meiner Therapie für schwer vorstellbar gehalten habe.

Geholfen haben mir auf diesem Weg Therapeut\*innen, die mir ohne Wenn und Aber zur Seite standen und die trotzdem die Verantwortung für mich in meine eigenen Hände gelegt haben. Therapeut\*innen, die zugleich liebevoll und klar waren, mich meinen eigenen Weg gehen ließen und mich dabei begleiteten. Bei all dem war meine Familie an meiner Seite, und wir pflücken jetzt die Lorbeeren von unserem gemeinsamen Weg.

Als Letztes mein Wunsch an Therapeut\*innen und solche, die wie ich, es werden wollen: Sagen Sie Ihren Patienten, was Sie selbst fühlen und was Sie selbst denken. Versuchen Sie es, und seien Sie mutig, Ihre Patienten können damit umgehen. Wenn Sie das nicht tun, spüren Patient\*innen es sowieso. Denn nur mit dieser aufrichtigen Offenheit kann sich die Therapie, wie es in diesem Buch erläutert und beschrieben wird, meiner Meinung nach entfalten und wirken.“

*(Margareta Grün)*

Mannheim, April 2019

Martin Bohus

# 1 Beschreibung der Störung

## 1.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Der Begriff „Borderline“ wurde 1938 von Adolf Stern geprägt. Der Terminus „Borderline“ meinte damals eine unscharfe und fluktuierende „Grenzlinie“ zwischen Psychose und Neurose. Im Zeitraum zwischen 1920 und 1965 erschien eine Vielzahl von Arbeiten, welche die Borderline-Störung dem schizophränen Formenkreis zuordnete. Mitte der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts veröffentlichte dann Kernberg (1967) seine klassische Arbeit „Borderline Personality Organization“. Die entwicklungspsychologisch-genetischen Vorstellungen Kernbergs basieren auf der Annahme, die Borderline-Organisation sei eine Art „Fixierung“ auf einer entwicklungspsychologisch frühen Phase. Das von Kernberg entwickelte Borderline-Konzept umfasst alle schwereren Formen der Persönlichkeitsstörungen (etwa 10 % der Bevölkerung) und betont drei Charakteristika: „Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“ wie Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung sowie „intakte Realitätstestung“ bei hoher Vulnerabilität gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld. Die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in das Klassifikationssystem DSM-III basierte weitgehend auf einer viel zitierten Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1975. Gunderson und Singer (1975) postulieren hier fünf Dimensionen, die das Störungsbild auf deskriptiver Ebene abbildeten: dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, psychoseähnliche Kognitionen sowie Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. Später kam noch das Kriterium der „instabilen Identität“ hinzu. Diese acht Kriterien bildeten schließlich als Gesamtheit den Kriterienkatalog des DSM-III. Die einzige Änderung im DSM-IV war schließlich die Einführung des neunten Kriteriums „Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“. Das DSM-5 und schließlich auch die ICD-11 übernahmen weitgehend die Kriterien des DSM-IV. Therapeutisch galt die Borderline-Störung bis in die 1980er Jahre als kaum behandelbar. Die vorwiegend psychodynamischen Ansätze postulierten in der Regel hochfrequente jahrelange Behandlungen ohne nachweisliche Wirksamkeit. Dieser therapeutische Nihilismus änderte sich erst 1991, als Marsha Linehan (Linehan et al., 1991) mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) erstmals einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis erbrachte. Basierend auf eigenen persönlichen Erfahrungen postulierte sie eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation als das zentrale Problem der BPS. Die DBT zielte daher auch vornehmlich auf die Verbesserung der Fertigkeiten im Bereich der Stresstoleranz und Emotionsregulation. Dieser bahnbrechende Ansatz einer phänomenologisch orientierten Psychopathologie und Therapie bereitete auch die Basis für die nun einsetzende neurobiologische Forschung, die erheblich dazu beitrug, die BPS zu entmystifizieren. In den letzten Jahren wurden mehrere störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze aus verschiedenen Schulen entwickelt und evaluiert, so dass heute die Behand-

Historie des Begriffs

Kernbergs Konzept der „Borderline-Organisation“

Gunderson's deskriptiver Ansatz

Linehan's neuro-behaviorales Modell

lung der BPS ihren angemessenen Platz in der psychiatrischen Versorgung und Therapieausbildung gefunden hat.

## 1.2 Definition der Störung

### 1.2.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-11

Die ICD-11 unterzog die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen einer grundlegenden Revision im Sinne eines dimensional Modells. Als einzige kategoriale Störung blieb die Borderline-Störung jedoch erhalten und die neun Kriterien des DSM-5 wurden übernommen. Im Folgenden berücksichtigen wir hier die Diagnosekriterien des DSM-5 (APA/Falkai et al., 2018). Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen erfolgt auf zwei Ebenen: Zunächst muss geprüft werden, ob die *allgemeinen Kriterien* vollständig erfüllt sind (vgl. Kasten).

#### Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-5<sup>1</sup>

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
  - 1. Kognition (d.h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren).
  - 2. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
  - 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
  - 4. Impulskontrolle.
  - 5. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- B. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- D. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- E. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. nach Hirnverletzung).

Im zweiten Schritt wird der Subtypus spezifiziert (vgl. Kasten).

<sup>1</sup> Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2018, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

## Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (F60.3)<sup>1</sup>

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

### 1.2.2 Klinische Symptomatik

Auf *klinischer Ebene* lässt sich die weitgefächerte Symptomatik von Patientinnen mit BPS in drei Dimensionen gliedern, die sich wechselseitig beeinflussen: Emotionsregulation, Identität und soziale Interaktion.

Emotionsregulation;  
Identitätsstörungen;  
Störungen der sozialen Interaktion

#### Problembereich Emotionsregulation

Patientinnen mit Borderline-Störungen erleben Emotionen intensiver und länger anhaltend als Gesunde. Dies betrifft das gesamte Spektrum des emotionalen Systems, also sowohl unangenehme (aversive) als auch angenehme (appetente) Gefühle. Die Betroffenen sind also hypersensitiv, und dies ist zunächst ein wertfreier Begriff. Intensive Wahrnehmung von Natur, von Kunst, von zwischenmenschlicher Schwingung,

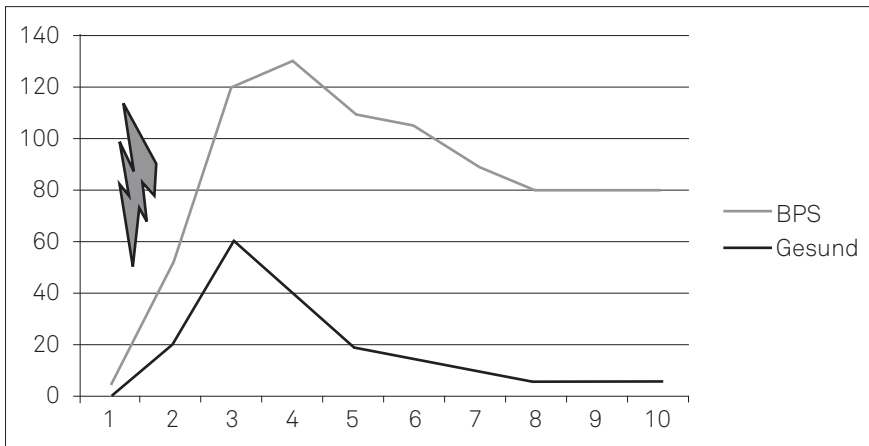
Störungen der Emotionsregulation: Sensitivität, Intensität, Dauer

Körperlichkeit und Sexualität gehören genauso dazu wie starke negative Gefühle bis hin zum Selbsthass. Es ist wichtig, dies den Patienten, und evtl. deren Angehörigen, von Anfang an zu vermitteln: Sie zeichnen sich durch eine besondere Gabe aus, diese erfordert jedoch ihren Preis und will berücksichtigt werden.

**Aversive  
Anspannung**

Unter starkem Stress werden die starken Emotionen vielfach nicht differenziert wahrgenommen. Die Patientinnen erleben dann häufig „überflutende Emotionen“, „Gefühlswirrwarr“ oder zeitgleich sehr unterschiedliche, widersprüchliche Gefühle, die als unerträglich wahrgenommen werden. Gemeinsam aber ist fast allen Patientinnen, dass sie oft mehrmals täglich starke aversive Spannungszustände erleben. Diese Spannungsphänomene schießen häufig sehr schnell ein bzw. schaukeln sich auf und können manchmal über Stunden anhalten. Das logische, planerische und selbstreflektierende Denken ist in diesen Hochstress-Phasen stark eingeschränkt bzw. darauf fixiert, Möglichkeiten zu finden, um diese Zustände rasch zu beenden. In diesem Sinne können die meisten Verhaltensmuster, wie z. B. Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten oder Intoxikationen, als dysfunktionale, das heißt nur kurzfristig wirksame Problemlösestrategien verstanden werden, um diese starken Anspannungen zu lindern.

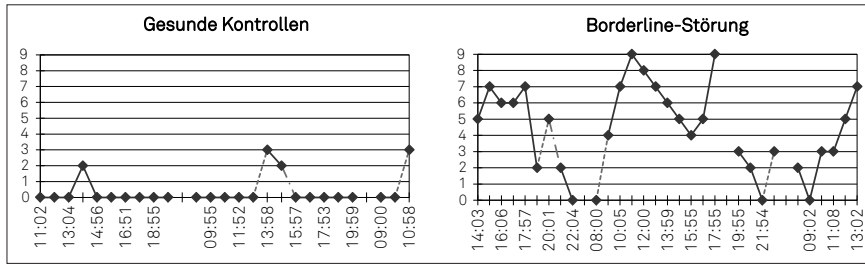
Abbildung 1 zeigt die typische emotionale und physiologische Reaktion von Borderline-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen: Die emotionale Reaktion ist intensiver und hält deutlich länger an. Unter Alltagsbedingungen zeigen sich diese emotionalen Störungen als heftige Schwankungen, die häufig als sehr belastend und unkontrollierbar erlebt werden.



**Abbildung 1:** Stressreaktion von Borderline-Patienten und Gesunden (Höhere Amplituden und langsamer Rückgang auf das Ausgangsniveau).

**Ausgeprägte  
Affekt-  
Schwankungen**

Abbildung 2 zeigt das typische Anspannungsprofil einer Borderline-Patientin, gemessen mithilfe elektronischer Tagebuchaufzeichnung unter Alltagsbedingungen. Aus Sicht der Patientinnen liest sich dies dann so: „Am schlimmsten aber sind die Stimmungsschwankungen – die sind kaum auszuhalten. Ich fühle mich permanent getrieben – unter Hochspannung, wenn ich nicht gerade völlig depressiv bin und nur schlafe oder von den Medikamenten ruhiggestellt werde.“



**Abbildung 2:** Spannungszustände bei Borderline-Patienten und bei Gesunden über 24 Stunden (Die senkrechte Achse gibt das Ausmaß der erlebten Anspannung an, die waagrechte Achse den jeweiligen Zeitpunkt).

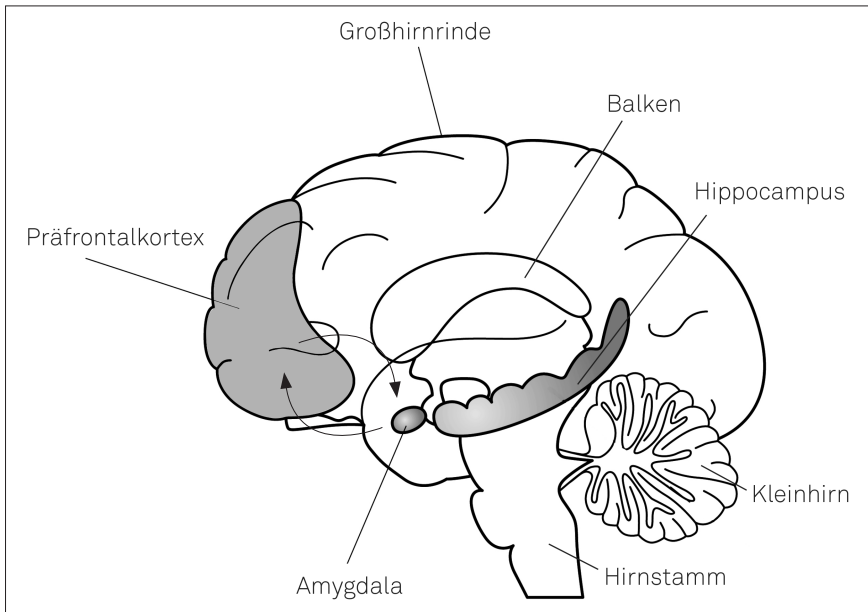
Bezüglich der *neuropsychologischen Mechanismen* der Emotionsregulation der BPS weisen die meisten Studien auf eine Störung der fronto- limbischen Regelkreise hin (Schmahl et al., 2014). Dies betrifft sowohl strukturelle als auch funktionelle Komponenten wie Amygdala, Hippokampus, Insula, vorderes Cingulum, ventrale und dorsolaterale Areale des präfrontalen Cortex sowie die entsprechenden Konnektivitäten. Diese Befunde sind allerdings weder störungsspezifisch noch vollständig ausgereift. Die Erforschung von intra-amygdalären Regelkreisen sowie Bottom-up-Regulationsprozessen einschließlich stärker basal verorteter Strukturen wie etwa periaquäduktales Grau (PAG), stehen erst in den Anfängen. Bei aller Vorsicht besteht jedoch kein Zweifel, dass Borderline-Patienten erhebliche morphologische und funktionelle Normabweichungen in der zentralen Emotionsregulation zeigen.

Störungen der fronto- limbischen Regelkreise  
Morphologische und funktionelle Abweichungen

Die meisten Patienten und deren Angehörige reagieren erleichtert, wenn man ihnen dies im Aufklärungsgespräch vermittelt. Dazu hat sich die grob vereinfachte Skizze in Abbildung 3 gut bewährt, die mit folgenden Worten begleitet werden kann:

Die Amygdalae (Mandelkerne) reagieren bei BPS rasch und hoch empfindlich. Die Verbindungen zu den vorderen Arealen, die normalerweise als „Bremsen“ dienen, sind nicht gut ausgeprägt. Dies ist in etwa so, als würden Sie ein Auto mit Porsche-Motor fahren, welches jedoch nur mit Bremsen für einen VW-Polo ausgestattet ist: Dies macht nur bedingt Spaß. Aber – und das ist die gute Nachricht –, es gibt erste Hinweise, dass diese neurobiologischen Veränderungen einer plastischen Überformung durch Psychotherapie zugänglich sind.

Viele Borderline-Patientinnen erleben sich selbst als impulsiv und unberechenbar. Experimentell aber lassen sich Störungen der Exekutiv-Funktionen lediglich bei komorbider Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bzw. unter Hochstress nachweisen. Auch das häufig problematisierte aggressive Verhalten der Borderline-Patientinnen sollte differenzierter betrachtet werden: In aller Regel handelt es sich hier um sogenannte sekundäre, oft inhibierte aggressive Muster, die häufig als Sekundär-Emotionen zur Bewältigung etwa von Beschämung, Schuld oder Angst vor Verlassenwerden zu verstehen sind. Primäre, disinhibierte aggressive Impulskontrollstörungen sind eher die Ausnahme. Die meisten manifesten Probleme auf der Verhal-



**Abbildung 3:** Emotionale Regelkreise

tensebene können als unmittelbare Folgen von Störungen der Emotionsregulation verstanden werden oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategien:

**Selbstschädigung als Spannungsregulation**

Etwa 70 bis 80 % aller Patientinnen berichten über *selbstschädigende Verhaltensmuster*. Am auffälligsten sind sicherlich Schnittverletzungen, die, zumeist oberflächlich beginnend, die Tendenz haben, sich auf den gesamten Körper auszuweiten, manchmal auch auf die Geschlechtsorgane. Häufig sind weiterhin „head-banging“, also das Schlagen des Schädels gegen eine harte Fläche, Brennen mit Zigaretten oder Bügelisen, Verbrühen und Verätzen oder das Zufügen von Stichwunden. In 80 % der Fälle werden diese Selbstverletzungen im analgetischen Zustand durchgeführt, das heißt, die Patientin spürt vor und während der Verletzung keinen Schmerz. Übereinstimmend wird berichtet, dass sich nach wenigen Minuten ein tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit einstellt. Körper- und damit Schmerzempfinden stellt sich ca. 20 Minuten nach der Verletzung wieder ein. Als weiteres auffälliges Verhaltensmuster ist *Hochrisikoverhalten* zu nennen. Die Betroffenen balancieren dann auf Baukränen, Hochhäusern oder Brückengeländern, rasen auf der Autobahn, sitzen auf Bahnschienen, bis die Vibrationen spürbar werden usw. Verhaltensanalysen ergeben, dass diese Muster in aller Regel zur Regulation von Ohnmachtsgefühlen eingesetzt werden. Methoden zur Reduktion der Sauerstoffversorgung des Gehirnes sind gesondert zu betrachten: Regelmäßige Blutentnahmen (bis zu Hämoglobinwerten um 3yg/dl) oder Insulinapplikation führen zu einer milden Euphorie bzw. Abschwächung der emotionalen Verwundbarkeit. Lerntheoretisch betrachtet, können die beschriebenen Verhaltensmuster als Methoden zur Reduktion aversiver Spannungszustände oder schwerer dissoziativer Phänomene gesehen werden, was im Sinne der instrumentellen Konditionierung als negative Verstärkung zu werten ist.

**Hochrisikoverhalten als Bewältigungsstrategie**



Auch die sehr häufig beobachteten Störungen des Essverhaltens wie Essanfälle (Binge-Eating), Bulimische Attacken oder anorektisches Verhalten können einerseits als dysfunktionale Affektregulation verstanden werden, andererseits führen gerade Essstörungen zu ausgeprägten Affektschwankungen sowie Einschränkungen auf der kognitiven Ebene. Nicht zu vernachlässigen sind auch die zentralen Folgen von mangelnder Flüssigkeitszufuhr, die sich bei Borderline-Patientinnen bisweilen auf ein bis zwei Liter pro Woche reduziert.

Ebenso wenig sollte übersehen werden, dass eine Untergruppe von Patientinnen (ca. 20 %) Selbstschädigungen einsetzen, um dadurch subeuphorisches Erleben auszulösen. Diese Patientinnen berichten darüber, dass sich durch Selbstverletzungen Stimmung, Konzentration und Kreativität verbessern, bis hin zu lustvollem Erleben. Viele dieser Patientinnen schneiden sich daher ausgesprochen häufig, z. T. täglich. Diese selbstschädigenden Muster werden also durch positive Konsequenzen aufrechterhalten und können daher durchaus unter das weite Feld der nicht substanzgebundenen Suchtstörungen gefasst werden.

**Selbstverletzungen zur Stimmungsaufhellung**

Die meisten Kliniker werden bestätigen, dass Borderline-Patientinnen ein gesteigertes Bedürfnis nach Nähe und Aufmerksamkeit aufweisen – sei es durch Therapeuten oder im stationären Setting durch das Pflegepersonal. Bemerkenswerterweise gibt es zu dieser Thematik keine empirischen Daten. Wir wissen also nicht, ob sich Borderline-Patientinnen hierin von anderen Menschen unterscheiden. Unsere klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass die typischen schwerwiegend problematischen Verhaltensweisen, wie sie häufig in psychiatrischen Kliniken zu finden sind – etwa scheinbar unkontrollierbare Suizidalität, die zu wiederholten Fixierungen Anlass gibt, oder wiederholte aggressive Durchbrüche – in aller Regel durch Aufmerksamkeit des therapeutischen Teams verstärkt und aufrechterhalten werden. Eine Änderung des Settings führt meist zu rascher Veränderung des Verhaltens.

**Bedürfnis nach Nähe und Aufmerksamkeit**

Ein weiteres wichtiges Phänomen, das im Zusammenhang mit Störungen der Emotionsregulation diskutiert werden muss, sind *dissoziative Phänomene*, also vorübergehende Störungen der Raum-Zeit- und Selbstwahrnehmung. Diese Phänomene sind stressassoziiert und kommen gehäuft, aber nicht ausschließlich bei traumatisierten Borderline-Patientinnen vor. Die Symptomatik beginnt meist mit Kribbel-Anaesthesien an den Beinen und variiert zwischen optischer Einengung, Hörstörungen und diffusen Empfindungen der Unwirklichkeit und Befremdung bis hin zu „Out-of-body“-Erleben, also der Wahrnehmung des eigenen Körpers aus der Außenperspektive. Auch vorübergehende Störungen des Kurzzeitgedächtnisses werden berichtet. Inwiefern sogenannte „Freezing“-Phänomene, also der vollständige Verlust über die Steuerung der Willkürmotorik und Stimmgebung, zur Dissoziation oder eher zu sogenannten Flashbacks geordnet wird, ist offen. Ätiologisch werden genetische Veranlagung und frühe Stresserfahrungen diskutiert, die gerade durch die dissoziationsbedingte abgeflachte Emotionswahrnehmung operant verstärkt und aufrechterhalten werden können. Neurobiologisch ließen sich passagere reduzierte Amygdala-, Insel- und Hippokampus-Aktivierung nachweisen. Störungen dieser Areale erklären die experimentell nachgewiesenen Einschränkungen des emotionalen Lernens während dissoziativer Zustände sowie die eingeschränkten Erfolge von psychotherapeutischen Behandlungen bei Patienten mit ausgeprägten dissoziativen Störungen. Für die psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung ist es also wichtig, einerseits den Patienten

**Dissoziative Symptome bei Stress**

**Dissoziation hemmt emotionales Lernen**

tinnen Fertigkeiten zur Verhinderung und Abschwächung dissoziativer Symptomatik im Alltag zu vermitteln, andererseits sollten auch Therapeuten wissen, wie man akute dissoziative Phänomene während der Sitzung unterbricht. Dies wird in Kapitel 4.6.4 genauer ausgeführt.

**Ichdystone  
psychotische  
Erfahrungen**

**Keine kognitive  
Leistungs-  
einschränkungen**

Auffallend ist die Häufigkeit von Pseudohalluzinationen (ca. 25%), das heißt, von akustischen oder optischen Illusionen, die jedoch als ichdyston erlebt werden (der Patientin ist also bewusst, dass sie halluziniert). Ichsyntone produktiv halluzinatorische Symptomatik über eine Dauer von zwei Tagen oder länger findet sich immerhin bei 14% der untersuchten Borderline-Patienten. Die publizierten Befunde zur neuropsychologischen Leistungsbeeinträchtigung von Borderline-Patientinnen sind weitgehend irrelevant, weil wichtige Variablen wie Dissoziation und innere Anspannung zum Untersuchungszeitpunkt nicht berücksichtigt wurden. Zum derzeitigen Forschungsstand ist also nicht von einer generellen kognitiven Leistungsminderung auszugehen.

## Problembereich Selbst und Identität

**Störungen der  
Identität**

**Störungen des  
Körperkonzeptes**

**Störungen des  
Zugehörig-  
keitsgefühls**

Systematische Erhebungen von selbstbezogenen Identitätsstörungen bei Borderline-Störungen fanden ein erhebliches Ausmaß an *schmerzvoller Inkohärenz* (also dem Gefühl der inneren Leere, der Fragmentierung) und einer *mangelnden Konsistenz* (also dem Gefühl, sich andauernd zu ändern, abhängig von der Meinung anderer zu sein). Auch finden sich erhebliche Schwankungen des Selbstwertes unter Alltagsbedingungen. Störungen der Körperwahrnehmung und des Körperbildes, die ebenfalls zum Selbstkonzept gehören, konnten mittlerweile experimentell nachgewiesen werden.

Ein klinisches Schlüsselproblem ist das von Patienten durchgängig beschriebene Phänomen der inneren Leere bzw. des Gefühls, nicht mit sich selbst „verbunden“ zu sein. Hier knüpft das Problem der tiefgreifenden Einsamkeit an. Es gibt eine existenzielle Dimension der Einsamkeit, die über die Abwesenheit von anderen hinausgeht. Das Gefühl, „anders zu sein als alle anderen“, „isoliert und abgeschnitten“ von der Welt und der Wirklichkeit, dabei „einsam, verlassen und unberührt zwischen allen anderen“ zu existieren, ist sicherlich eine grundlegende Wahrnehmung von Patientinnen mit einer Borderline-Störung. Viele berichten, dass sie dieses „Gefühl“ bereits im Kindes- und Jugendalter kannten.

Die Ätiologie dieser selbstbezogenen Identitätsstörungen ist unklar und Gegenstand vielfältiger theoretischer Überlegungen.

## Problembereich soziale Interaktion

**Probleme im  
zwischen-  
menschlichen  
Bereich**

Auch die Probleme im zwischenmenschlichen Bereich sind vielschichtig. Es ist ein Unterschied, ob eine Patientin panische Angst verspürt, verlassen zu werden und sich deshalb den Machtbedürfnissen eines Partners unterwirft, ob sie den unbegründeten Verdacht hegt, dass sie von allen anderen als unzureichend und nicht liebenswert eingestuft wird und deshalb soziale Gruppen meidet, oder ob sie sich nicht genau vorstellen kann, was ihr Verhalten bei anderen auslöst und sich daher ungewollt unfreundlich und abweisend verhält. Eine gute therapeutische Intervention setzt also immer eine individualisierte Funktions- und Verhaltensanalyse voraus (vgl. Kap. 4.6.1). Empirische Daten zeigen, dass Borderline-Patienten ausgeprägte Schwierigkeiten haben,

positive soziale Signale zu erkennen und entsprechend zu verarbeiten (Liebke et al., 2018). Hinzu kommt eine ausgeprägte Angst vor sozialer Zurückweisung, die wohl stark verhaltensprägend ist und auch nach Rückbildung der akuten Symptomatik anhält. Entsprechend ist die Erwartungshaltung von der Annahme geprägt, von anderen abgewertet zu werden. Aber auch im Falle eines experimentell hergestellten normierten sozialen Einschlusses fühlen sich die Patientinnen häufiger sozial ausgeschlossen als andere. Dies wirkt sich auch auf der Verhaltensebene aus, indem sie häufig unkooperativ und misstrauisch sind. Die Mentalisierungsfähigkeit, also die Kompetenz, emotionale Reaktionen bei anderen wahrzunehmen, scheint bei Borderline-Patientinnen sehr hoch entwickelt zu sein. Manche Autoren sprechen von „Hypermentalierung“, also der zu intensiven bzw. übertriebenen Wahrnehmung emotionaler Reaktionen bei anderen (vgl. Kap. 5.2). Ein weiteres wichtiges Problem stellt mangelhaft ausgeprägtes Vertrauen und die damit verbundenen kooperativen Verhaltensmuster dar. Die experimentell erhobenen Befunde weisen darauf hin, dass Borderline-Patientinnen in den ersten Begegnungen durchaus emotional investieren, dann aber erhebliche Schwierigkeiten haben, Vertrauensbrüche zu tolerieren und zu reparieren. Die Folge sind dann häufig tiefe Enttäuschung und internalisierte oder externalisierte Schuldzuweisung. Hinzu kommen oft Probleme damit, sich vorzustellen, wie andere das eigene Verhalten wahrnehmen und bewerten. Viele Patientinnen sind verhaftet in dem klassischen jugendlichen Missverständnis, dass das Gegenüber die Absicht bewertet, die hinter einem Verhalten steckt und nicht das Verhalten selbst.

**Angst vor sozialer Zurückweisung**

**Schwierigkeiten der Vertrauensbildung**

Ein weiteres häufig thematisiertes und typisches Problem im zwischenmenschlichen Bereich sind Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz. Die starke Angst, verlassen zu werden, und eine schlecht ausgeprägte intrapsychische Repräsentanz wichtiger Bezugspersonen lässt die Patientinnen häufig Abwesenheit mit manifester Verlassenheit verwechseln. Sie versuchen daher einerseits, wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden. Andererseits löst gerade die Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit ein hohes Maß an Angst, Schuld oder Scham aus. Langwierige, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungs- und Wiederannäherungsprozessen sind die Folge.

**Störungen von Nähe und Distanz**

Allerdings wäre es deutlich zu kurz gegriffen, würde man ausschließlich Probleme der Paarbeziehung thematisieren. Mindestens ebenso bedeutsam sind Schwierigkeiten im Bereich der beruflichen Kooperation, im Umgang mit Vorgesetzten oder einfach mit Freunden, Nachbarn und Behörden. Viele Patientinnen sind ausgesprochen unsicher, wie man „sich richtig verhält“, weil sie es manchmal schlicht nicht gelernt haben und die sozialen Mechanismen unterschiedlicher sozialer Rollen schlecht verstehen. Auf lange Sicht wird so verständlich, dass sich die sozialen Netze von Borderline-Patientinnen im Krankheitsverlauf häufig verschlechtern und sich auf psychiatrische Versorgungssysteme und – im Extremfall – auf andere Borderline-Patientinnen reduzieren.

**Unsicherheit hinsichtlich normativen Verhaltens**

## **Problembereich soziales Umfeld**

Im Vergleich zur Normalpopulation geben Borderline-Patienten signifikant häufiger an, dass sie im Alltag körperliche und sexuelle Gewalt erleben (OR=5.6). Hinzu kommen finanzielle Probleme (OR=3.5), Obdachlosigkeit (OR=7.5) und Kontakte mit dem Jugendamt (OR=7), also eine Vielzahl von Problembereichen, die weitgehend außer-

**Psychosoziale Probleme in allen Lebensbereichen**

halb des medizinischen Versorgungsbereichs auftritt. Untersuchungen mithilfe sozialer Netzwerkanalysen weisen darauf hin, dass Borderline-Patienten über kleinere, weniger variable und schlecht verbundene soziale Netzwerke verfügen. Zudem ist die Anzahl von vertrauten Bezugspersonen deutlich geringer als bei Gesunden.

## 1.3 Epidemiologie

**Lebenszeitprävalenz: ca. 5 %**

**Versorgungssituation häufig inadäquat**

Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an einer Borderline-Störung zu erkranken, liegt, rechnet man die Adoleszenz dazu, bei ca. 5 %. Im Querschnitt sind etwa 1 bis 2 % der deutschen Bevölkerung zeitgleich betroffen. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, jedoch finden sich in der psychiatrischen Versorgung deutlich mehr Frauen. Männliche Borderline-Patienten suchen seltener eine psychotherapeutische Behandlung auf, geraten häufiger mit dem Gesetz in Konflikt und sind daher vermehrt in Justiz-Vollzugsanstalten anzutreffen. Die derzeitige Versorgungslage für diese Population in Deutschland ist inadäquat: So erfordert der Schweregrad der Störung (chronische Suizidalität, Selbstverletzungen, Intoxikationen etc.) in aller Regel eine störungsspezifische, teils hochfrequente, flexible psychotherapeutische Behandlung, die meist die Kapazität der Regelbehandlung übersteigt. Daraus resultieren langwierige, wiederholte stationäre Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die häufig ebenfalls keine leitliniengerechte Behandlung vorhalten, weil diese relativ personalintensiv ist. Nicht nur die ökonomische Balance, auch die therapeutische Wirksamkeit dieser Versorgung ist unzureichend: Katamnese-Daten (aus London) zeigen, dass 13 Jahre nach Studienbeginn 87 % derjenigen Patienten, die „normale“ psychiatrische Behandlung erfahren haben, immer noch die diagnostischen Kriterien erfüllten und 74 % mindestens einen Suizidversuch begangen hatten. Auch die soziale Integration ist oft äußerst mangelhaft. Von klinischer Bedeutung sind Alkohol- und Drogenmissbrauch, noch vor komorbider PTBS und Depressionen, als Risikofaktor für Chronifizierung ausgewiesen. Weitere klinische Prädiktoren für einen eher schlechten Verlauf ist sexueller Missbrauch in der Kindheit.

## 1.4 Borderline-Diagnose bei Jugendlichen

**BPS beginnt im Kindes- und Jugendalter**

**Selbstverletzungen und Suizidversuche**

In retrospektiven Analysen unserer Arbeitsgruppe gaben etwa 30 % der untersuchten erwachsenen Borderline-Patientinnen an, sich bereits im Grundschulalter intendierte Selbstverletzungen zugefügt zu haben. Dies spiegelt sich auch in den neuen Ergebnissen zur Häufigkeit von wiederholten Selbstverletzungen bei Jugendlichen wieder, welche zeigen konnten, dass ca. 6 % der 15-jährigen Mädchen sich regelhaft Selbstverletzungen zufügen und ca. 8 % mindestens einen Suizidversuch hinter sich haben. So zeigt sich auch eine Prävalenz von 20 % an Borderline-Störungen in einer klinischen Population von Kindern und Jugendlichen, wobei 5 bis 11 % in der Normalpopulation von Jugendlichen angegeben werden. Es gilt also als gesichert, dass die Borderline-Störung in der frühen Adoleszenz beginnt, zu einer Maximierung dysfunktionalen Verhaltens und Erlebens Mitte 20 führt und dann langsam abflaut. Auch die stationären Behandlungen aufgrund selbstverletzenden Verhaltens zeigen ihren Höhepunkt zwischen 15 und 24 Jahren. Die S2-Leitlinien zur Behandlung von Persönlichkeitsstö-