

Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen als Behandlung der Wahl

Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP

Sebastian Euler^a, Gerhard Dammann^b, Katrin Endtner^c, Florian Leihener^d, Nader A. Perroud^e, Thomas Reisch^f, Klaus Schmeck^g, Daniel Sollberger^h, Marc Walter^a, Ueli Kramerⁱ

^aErwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Schweiz; ^bPsychiatrische Klinik Münsterlingen, Psychiatrische Dienste Thurgau, Schweiz; ^cPsychiatrischer Dienst Spital Emmental AG, Burgdorf, Schweiz; ^dArbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Psychotherapie (AWP) Zürich, Schweiz; Psychotherapeutische Praxis, Männedorf, Schweiz; ^eService des Spécialités Psychiatriques, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Schweiz;

^fPsychiatriezentrum Münsingen AG (PZM), Schweiz; ^gKinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Schweiz;

^hPsychiatrie Baselland (PBL), Liestal, Schweiz; ⁱ Département de Psychiatrie, Université de Lausanne; Department of Psychology, University of Windsor, Canada

Summary

Borderline personality disorder: treatment recommendations of the Swiss Society for Psychiatry and Psychotherapy

With 10% in outpatient and 15–25% in inpatient psychiatric care, borderline personality disorder (BPD) is the most clinically relevant personality disorder. There are special treatment difficulties, in the form of self-injury, suicidality, interpersonal problems and comorbid mental illness. Valid diagnosis and early treatment (as early as adolescence) are of particular importance for the prognosis. Treatment guidelines for BPD have been developed in several countries. Only a small proportion of patients, however, receive appropriate treatment. One possible reason for the failure of research results to transfer into practice is that only a few practical recommendations can be derived because of the strict focus of the guidelines on the quality of evidence. For the treatment recommendations of the Swiss Society for Psychiatry and Psychotherapy (SGPP), an extended approach was therefore adopted. On the basis of a synthesis of scientific evidence and good clinical practice, an expert consensus combines the best possible specific statements to optimise the care of patients with BPD in Switzerland. This article summarises the key recommendations.

Key words: borderline personality disorder; diagnostics; psychotherapy; pharmacotherapy; evidence



Einleitung

Unter den Persönlichkeitsstörungen hat die Borderline-Störung in der psychiatrischen Versorgung die höchste klinische Relevanz mit Anteilen von 10% im ambulanten und 15–25% im stationären Bereich [1–3]. In nicht-klinischen Stichproben ist sie hingegen mit einer Prävalenz von 0,7%–2,7% nicht die häufigste Persönlichkeitsstörung [4–6]. Für die biopsychosoziale Ätiologie der Erkrankung werden neben genetischen und epigenetischen Faktoren unterschiedliche psychologische sowie neurobiologische Mechanismen angenommen [7, 8].

Als Kernsymptome werden Emotionsregulations- und Identitätsstörungen, Impulsivität und die Beeinträchtigung sozialer Beziehungen angesehen. Besondere

Schwierigkeiten in der Behandlung ergeben sich aufgrund von Selbstverletzungen, Suizidalität, interpersonellen Problemen und komorbiden psychischen Erkrankungen [9–13]. Eine valide Diagnosestellung ist von besonderer Bedeutung, da die alleinige Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen wie Depressionen, Substanz- und Angststörungen in der Regel ohne Berücksichtigung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) nicht zu einem anhaltenden Therapieerfolg führt [14]. Umgekehrt verbessern sich aber bei Behandlung einer BPS auch die meisten Komorbiditäten [15]. Darüber hinaus werden eine frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung – bereits ab der Adoleszenz – heute für die Prognose als besonders bedeutsam angesehen [16, 17]. In Langzeitstudien konnte gezeigt werden, dass die Symptomatik im Längsschnitt weniger stabil ist als bisher angenommen. Häufig kommt es auch zu Remissionen [18, 19]. Allerdings hält die psychosoziale Beeinträchtigung, die oft schwerwiegender ist als bei anderen Persönlichkeitsstörungen, häufig auch nach der Symptomremission an [20–23]. Auf der Basis randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten mehrere psychotherapeutische Methoden etabliert, denen unterschiedliche konzeptionelle Überlegungen zugrunde liegen. Ihre Wirksamkeit könnte allerdings auch wesentlich durch gemeinsame Merkmale bestimmt sein [24–26].

Obwohl für die BPS in verschiedenen Ländern Behandlungsleitlinien entwickelt wurden [27–29], erhält nur ein geringer Anteil der Patienten¹ eine leitliniengerechte Behandlung. Neben dem subjektiven Leid für die betroffenen Patienten sind daraus folgende Mangel- oder Fehlbehandlungen auch mit erheblichen direkten und indirekten Folgekosten verbunden [30–32]. Ein möglicher Grund für den mangelnden Transfer der in den Leitlinien wiedergegebenen Forschungsergebnisse in die Praxis ist, dass sich daraus nur wenige robuste

¹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde im Text immer die männliche Schreibweise gewählt

Empfehlungen ableiten lassen. Für die SGPP-Behandlungsempfehlungen wurde deshalb ein erweiterter Ansatz gewählt. Über die Darstellung streng evidenzbasierter Studienergebnisse hinaus wurden auf der Grundlage störungsspezifischer wissenschaftlicher Original- und Fachliteratur sowie bestehender Leitlinien möglichst praxisrelevante Empfehlungen für Diagnosestellung und Behandlung der BPS unter besonderer Gewichtung der Relevanz für die Versorgung in der Schweiz abgeleitet. Die nach den Prinzipien wissenschaftlicher Evidenz und guter klinischer Praxis (Good Clinical Practice) in einem Expertenkonsens entwickelten Behandlungsempfehlungen sollen in diesem Sinne allen im psychosozialen Bereich Tätigen zur Optimierung der Behandlung von Patienten mit BPS dienlich sein.

In diesem Artikel wird die auf der Website der SGPP publizierte ausführliche Version [33] dieser Behandlungsempfehlungen zusammengefasst².

Wie wird die Diagnose gestellt?

Die Diagnosestellung der BPS erfolgt grundsätzlich auf der Basis der deutschen Versionen der International Classification of Diseases (ICD) [34] und/oder des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [35] (Tab. 1). Die kategoriale Diagnostik aus dem DSM-IV wurde im DSM-5 (Abschnitt I) unverändert übernommen. Die Entwicklung des ICD-11 steht kurz vor dem Abschluss und wird mit Ausnahme der BPS keine kategoriale Diagnostik einzelner Persönlichkeitsstörungen mehr enthalten [36, 37]. Die semi-strukturierten Interviews für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (inklusive BPS) auf Basis der ICD und/oder DSM sind:

- Der SCID-II («Structured Clinical Interview for DSM-IV-II») zusammen mit dem Screening-Fragebogen SCID-II-Q [38] in seiner deutschen Übersetzung (SKID-II) [39].
- Die deutsche Version der IPDE («International Personality Disorder Examination») [40, 41], welches ebenfalls als Screeninginstrument vorliegt (IPDE-S) [42].
- Im Abschnitt III des DSM-5, in dem ein dimensionaler Ansatz für die Diagnostik verfolgt wird, kann in zwei Bereichen (Kriterium A und B) eine zusätzliche Einschätzung für die BPS vorgenommen werden:

Kriterium A: eine Veränderung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit auf der Ebene des Selbst (Identität, Selbststeuerung) und der interpersonellen Beziehungen (Empathie, Nähe). Insgesamt ist für die Diagnosestellung eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung erforderlich (Level 2).

Kriterium B: eine Erfassung der problematischen Persönlichkeitsmerkmale in 5 grossen Domänen mit insgesamt 25 Facetten. Für die BPS müssen mindestens 4 der folgenden 7 Facetten erfüllt sein: (1.) Emotionale Labilität, (2.) Ängstlichkeit, (3.) Trennungsangst, (4.) Depressivität, (5.) Impulsivität, (6.) Neigung zu riskantem Verhalten, (7.) Feindseligkeit. Kriterium B kann mit dem «Personality Inventory für DSM-5» (PiD-5) erfasst werden [43, 44].

Selbsterhebungsinstrumente³

Auch wenn die Diagnosestellung immer auf der Basis eines Interviews erfolgen muss, erlauben Fragebögen, die Ausprägung spezifischer Merkmale und Symptombereiche zu erfassen. Die «Borderline Symptom List-23» (BSL) [45] mit 23 Items, Kurzversion der 96-Item langen BSL [46], kann zur Erfassung der BPS-Gesamtsymptomatik eingesetzt werden. Gängige Selbsterhebungsinstrumente, die auf Deutsch und/oder Französisch vorliegen, sind weiterhin «Difficulties in Emotion Regulation Scale» (DERS) [47, 48], «State-Trait Anger Expression Inventory» (STAXI) [49], «Barett Impulsiveness Scale» (BIS-11) [50], «Inventory of Personality Organization» (IPO-16) [51] und «Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme» (IIP-D) [52].

Differentialdiagnosen

Die BPS ist von anderen Diagnosen sorgfältig abzugrenzen, um ungeeignete psychiatrische, pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze zu vermeiden. Die wichtigsten Differentialdiagnosen sind depressive Störung, bipolare Störung, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Zur Differentialdiagnostik können phänomenologische Unterscheidungsmerkmale herangezogen werden. Beispielsweise sind depressive Symptome der BPS-Patienten in der Regel kürzer andauernd und häufiger mit interpersonellen Situationen verbunden als bei depressiven Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Zudem zeichnen sie sich durch eine stärkere negative Affektivität und ausgeprägte Gefühle von Leere und Selbstkritik aus [53].

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

Störungsspezifische Basisprinzipien und Psychoedukation

In den letzten Jahren wurden in der Fachliteratur mehr und mehr Bestrebungen publiziert, schulenübergreifende, transtheoretische (sog. allgemeine) störungs-

² Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) entwickelt Behandlungs- und andere Empfehlungen zu wichtigen Fragen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, um ihren Mitgliedern bei ihren Bemühungen um Qualitätssicherung behilflich zu sein. Die Empfehlungen beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Im Einzelfall können auch andere Behandlungsarten und -vorgehen zum Ziel führen. Die Empfehlungen der SGPP werden regelmässig auf ihre Gültigkeit überprüft und von der SGPP mit grösster Sorgfalt in der für die Mitglieder und allenfalls andere Interessierte geeigneter Form publiziert. Die Befolgung oder Nichtbefolgung dieser Empfehlungen hat für den Arzt oder die Ärztin weder haftungsbefreiende noch haftungsbegründende Wirkung.

³ Ausführliche Zusammenstellung siehe [33].

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

Diagnostische Kriterien gemäss ICD-10	Diagnostische Kriterien gemäss DSM-5
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Für die Diagnose des «Borderline-Typs» sind drei der Kriterien 1–5 und weitere zwei der Kriterien 6–10 erforderlich. – Die Störung ist unter F60.31 klassifiziert. – Die Diagnose sollte nicht vor dem Alter von 16 Jahren gestellt werden.	Borderline-Persönlichkeitsstörung – Für die Diagnose sind 5 der 9 Kriterien erforderlich. – Die BPS ist in der Kategorie 301.83 im Cluster B eingeordnet. – Unter 18 Jahren müssen die Charakteristika seit mindestens 1 Jahr vorliegen.
1 Deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln	4 Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, «Essanfälle») (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
2 Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden	
3 Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens	8 Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
4 Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden	
5 Unbeständige und launische Stimmung	6 Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
6 Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und «inneren Präferenzen» (einschliesslich sexueller)	3 Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
7 Neigung, sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen	2 Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
8 Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden	1 Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
9 Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung	5 Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
10 Anhaltende Gefühle von Leere	7 Chronische Gefühle von Leere
	9 Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

spezifische Basisprinzipien zur Behandlung der BPS auszuformulieren [12, 25, 54–58]. Es kann sinnvoll sein, diese Prinzipien als Interventionen der vordersten Linie zu verstehen [59], die als ausreichend («good enough» im Sinne Winnicotts [60]) angesehen werden [54] und in der Versorgung breiter eingesetzt werden können [3, 57].

Zu den Basisprinzipien gehört das Prinzip einer transparenten und direkten Kommunikation. Der Therapeut nimmt eine responsive (feinabgestimmte), proaktive und flexibel-eklektische Haltung ein und vermeidet z.B. längeres Schweigen in der Sitzung. Insbesondere zu Beginn der Behandlung übernimmt er eine haltende Funktion («holding»). Schliesslich sollte stets berücksichtigt werden, dass eine Behandlung insbesondere ausserhalb der Therapie Veränderungen induzieren soll [54]. Für die Therapie ist ein stetes Wechselspiel zwischen der innerpsychischen und der interpersonellen Welt des Patienten empfehlenswert. Nicht zuletzt sollte der Therapeut non-direktiv,

jedoch fokussiert auf die aktive Rolle des Patienten im Therapieprozess hinweisen [61].

Studien zu psychiatrischen Ansätzen auf dieser Grundlage («General Psychiatric Management» (GPM) und «Structured Clinical Management» (SCM)) zeigen ähnlich ermutigende Prä-post-Veränderungen wie die spezifischen evidenzbasierten Psychotherapiemethoden [62–66].

Psychoedukation sollte im Behandlungsprozess bereits initial eingesetzt werden. Unter Vermittlung eines klaren und integrativen Störungsmodells stellt dabei die Kommunikation der Diagnose einen zentralen Inhalt dar. Sie erfolgt eingebettet in die individuelle Biographie und Lebenssituation des Patienten und wird verbunden mit einer optimistischen Präsentation der Behandlungsmöglichkeiten [54, 67].

Angehörige sollten in die Behandlung einbezogen werden. Ausserdem sollte die Inanspruchnahme von spezifischen Selbsthilfegruppen oder Beratungsangeboten empfohlen werden.

Behandlungssetting

Die Behandlung von Patienten mit BPS sollte primär ambulant erfolgen. In Einzelfällen kann eine stationäre Krisenintervention nötig sein. Eine geplante mehrwöchige störungsspezifische multimodale stationäre oder teilstationäre Behandlung nach spezifischer Indikationsstellung muss davon unterschieden werden. In der stationären Behandlung ist besonders auf die Gefahr einer malignen Regression zu achten [68], bei der es zu einer andauernden und eskalativen Verschlechterung im Behandlungsverlauf kommt. Hier ist eine flexible Anpassung des Behandlungsangebots erforderlich, bis baldmöglichst die Entlassung mit Fortsetzung eines ambulanten Kontaktangebots erfolgt. Unabhängig vom Behandlungssetting stellt die regelmässige Supervision des Therapeuten oder des Behandlungsteams durch einen Supervisor oder die Intervention in einer Gruppe von Therapeuten – jeweils mit entsprechender störungsspezifischer Expertise – ein zentrales Element jeder Behandlung dar.

Ambulante Behandlungen

Ambulante Behandlungen der BPS dauern in der Regel 1 bis 3 Jahre [67, 69]⁴, wobei Intensität und Länge der Therapie nicht unbedingt ausschlaggebend für den Therapieerfolg sind [70, 71]. Für alle evidenzbasierten Verfahren ist eine zeitliche Begrenzung der Behandlung vorgesehen. Eine bis zwei Therapiesitzungen pro Woche werden als sinnvoll erachtet. Zu Beginn der Behandlung werden Therapieziele (ggf. schriftlich) festgelegt, die regelmässig evaluiert und im Bedarfsfall angepasst werden sollten. Initial sind ebenfalls Vereinbarungen zum Umgang mit Krisensituationen (z.B. akute Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten) zu treffen, die auch Absprachen zur Erreichbarkeit des Therapeuten ausserhalb der Sitzungen umfassen und in einem Krisenplan ebenfalls schriftlich festgehalten werden können. Hier sollte auch der Umgang mit Impulsen des Patienten, die Therapie abzubrechen, thematisiert werden. Weiterhin sollte die allfällige Versorgung minderjähriger Kinder in Krisensituationen aktiv angesprochen werden. Die ambulante Kombination einer einzeltherapeutischen Behandlung mit störungsspezifischen Gruppenangeboten wie dem Skills-Training der Dialektisch-Behavioralen Therapie [72, 73], der Mentalisierungsbasierten Gruppentherapie [74] oder Schematherapie [75] sind empfehlenswert [55]. In seiner Funktion stellt der ambulante Therapeut auch den Austausch mit weiteren Beteiligten im ambulanten Versorgungsnetz sicher.

Stationäre Krisenintervention

Typischerweise remittieren akute Krisen von BPS-Patienten sehr rasch. Eine stationäre Kriseninterven-

tion ist im Falle ambulant nicht zu beherrschender Suizidalität oder Fremdgefährdung, akut exazerbierter affektiver oder Angststörungen, Psychose-naher oder stark dissoziativer Symptome indiziert. Sie sollte einige Tage bis maximal zwei Wochen dauern und nicht in geschlossenen akutpsychiatrischen Stationen, sondern auf offenen Kriseninterventionsstationen erfolgen. Sofern strukturelle Gegebenheiten dies erlauben, ist ein offenes Behandlungssetting auch bei akuter Suizidalität zu empfehlen. Idealerweise sollte bereits die Zuweisung auf freiwilliger Basis erfolgen. Zwangsmassnahmen wie Isolationen oder gar Fixierungen sind unbedingt zu vermeiden. Pharmakotherapeutische Interventionen sollten zurückhaltend eingesetzt werden (s. unten). Die Diskussion der Rahmenbedingungen des Aufenthalts und die Beurteilung der Suizidalität erfordern klinische Erfahrung und spezifische gesprächstherapeutische Kompetenzen. Während einer stationären Krisenintervention sollte das Therapieangebot allein auf Stabilisierung ausgerichtet sein.

Störungsspezifische teilstationäre und stationäre Behandlung

Vorteile einer längeren, d.h. 8- bis 12-wöchigen (teil-)stationären Behandlung liegen u.a. in der zeitweisen Trennung von einem möglicherweise symptomaufrechterhaltenden sozialen Umfeld, der Kombination unterschiedlicher, auch nonverbaler Therapieelemente im Einzel- und Gruppensetting und der Gleichzeitigkeit von sozialer Exposition und Therapie. Eine solche Behandlung ist indiziert, wenn eine ambulante Behandlung aufgrund der psychosozialen Lebenssituation oder Schwere der Symptomatik (chronische Suizidalität, chronisches selbstverletzendes Verhalten, ausgeprägte Komorbiditäten) nicht ausreichend oder gar nicht etablierbar ist. Eine stationäre Vorbehandlung auf einer spezialisierten Station kann den Erfolg einer anschliessenden ambulanten Therapie nachweisbar verbessern [76] und lohnt sich trotz der im Vergleich zur ambulanten Behandlung höheren Kosten [31]. Eine (teil-)stationäre Behandlung sollte als Teil einer psychosozialen Rehabilitation als zentrales Behandlungsziel immer die Befähigung des Patienten für eine ambulante Therapie vorsehen. Vor Indikationsstellung ist auch zu prüfen, ob statt einer (teil-)stationären Behandlung Modifikationen der ambulanten Therapie erfolgversprechend sein können. Mögliche nachteilige Aspekte sind vor und während einer (teil-)stationären Behandlung sorgfältig gegenüber möglichen positiven Auswirkungen abzuwägen.

Die Wirksamkeit störungsspezifisch ausgerichteter stationärer und teilstationärer Behandlungen ist em-

⁴ Abweichende Empfehlungen zum Jugendalter s. u.

pirisch nachgewiesen [66, 79–84]. Konzeptuelle Ausarbeitungen für störungsspezifische stationäre Psychotherapien auf Basis evidenzbasierter Verfahren liegen vor [76, 79, 85–88], eine Kombination der Methoden ist möglich.

Welche Wirkmechanismen und Behandlungsverfahren sind empirisch belegt?

Die Psychotherapie ist das Behandlungsverfahren der Wahl für die BPS. Als transtheoretische Wirkmechanismen in der Psychotherapie der BPS werden unter anderem eine positive therapeutische Allianz, eine verbesserte Emotionsregulation sowie eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit diskutiert [89–95].

Die Wirksamkeit störungsspezifischer Psychotherapieverfahren ist gut dokumentiert [11, 96–98], wobei die meisten Studien sich auf vier Therapien konzentrieren: Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) [99], Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) [100], Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) [101] und Schematherapie (ST) [102]. Obwohl die diesen vier Behandlungsverfahren zugrundeliegenden Theoriemodelle unterschiedlich sind, weisen sie wichtige Gemeinsamkeiten auf: Es handelt sich um Manualgestützte, strukturierte Ansätze mit klarem Bezug zu typischen Schwierigkeiten von BPS-Patienten. Patienten werden zu selbständigem und selbstwirksamem Handeln ermutigt und darin unterstützt, Gefühle mit Geschehnissen oder Handlungen in Verbindung zu bringen. Therapeuten sind aktiv, responsiv und validierend und nehmen spezifische Super- oder Intervention in Anspruch [25, 26].

Die Darstellung der Behandlungsmethoden ist hier auf die wissenschaftliche Evidenz beschränkt. Weitergehende Übersichten dazu finden sich im Originaldokument [33].

Dialektisch-behaviorale Therapie

Zurzeit gibt es über 10 randomisierte kontrollierte Studien, welche die Wirksamkeit der DBT überprüft haben [97, 98]. So fanden z.B. Linehan et al. [103] im Rahmen einer einjährigen DBT-Behandlung im Vergleich mit unspezifischer psychotherapeutischer Behandlung (TAU) bereits nach vier Monaten eine signifikante Überlegenheit der DBT in Bezug auf die Abnahme des parasuizidalen Verhaltens und der stationären Behandlungstage sowie der Therapieabbrüche. In einer weiteren Studie von Linehan et al. [104] erhielten Patienten entweder DBT oder eine Behandlung durch psychotherapeutische Experten. Die Resultate über zwei Jahre zeigten, dass die mit DBT behandelten Patienten halb so viele Suizidversuche

ausführten sowie weniger Hospitalisationen und Notfallkonsultationen aufwiesen. Zudem zeigten die mit DBT behandelten Patienten weniger Selbstverletzungen und Therapieabbrüche. Im Rahmen einer Studie einer unabhängigen Forschergruppe wurden diese Resultate bestätigt [105]. In der Studie von McMain und Mitarbeitern [63, 64] wurde DBT mit General Psychiatric Management (GPM) [54] verglichen, ohne dass Gruppendifferenzen gefunden wurden.

Mentalisierungsbasierte Therapie

Zur Wirksamkeit von MBT liegen drei RCTs vor [97, 98]. Die erste Studie verglich MBT in einer Tagesklinik mit dem sonst üblichen Behandlungsangebot («treatment as usual», TAU) [66, 82]. In der zweiten Studie wurde das ambulante MBT-Setting im Vergleich zu strukturiertem klinischem Management (SCM) untersucht [62]. Für beide Studien wurden über 8 Jahre Follow-up-Untersuchungen durchgeführt. Eine dritte RCT wurde von einer unabhängigen dänischen Forschergruppe im Vergleich zu supportiver Therapie durchgeführt [106]. Die primären Zielkriterien waren in allen Studien die Reduktion von Suizidalität, Selbstverletzungen und Rehospitalisierungen. MBT war sowohl darin als auch in Bezug auf weitere psychiatrische Symptome wie Angst, Depressivität und genereller Symptombelastung überlegen. In den Follow-up-Untersuchungen zeigte sich, dass die Überlegenheit der MBT bezüglich der Behandlungseffekte auch hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus und des Arbeits- bzw. Ausbildungsstatus viele Jahre lang anhält.

Übertragungsfokussierte Therapie

Zur Wirksamkeit der TFP liegen derzeit eine RCT (im Vergleich mit einer nicht-störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung) [107] und eine Multi-Wave-Studie vor [108]. Darüber hinaus wurde in einer Untersuchung ein psychodynamischer TFP-basierter Ansatz mit Schematherapie verglichen [69, 109]. Clarkin et al. [108] zeigten in ihrer Studie – bei einer allerdings nur geringen statistischen Teststärke –, dass neben der Reduktion von Suizidalität bei der TFP insbesondere Verbesserungen der Impulskontrolle und die Reduktion von Aggressivität erreicht wurden. In der Studie von Doering et al. [107] erwies sich die TFP in den Bereichen Suizidalität, Borderline-Symptomatik, psychosoziale Funktionsfähigkeit, Persönlichkeitsorganisation sowie in der Häufigkeit stationärer Behandlungen als überlegen.

Schematherapie

Die Wirksamkeit der ST wurde in einer RCT nachgewiesen, in der sie sich gegenüber einer psychodynami-

schen Behandlung wirksamer in der Verbesserung des allgemeinen Schweregrades der BPS bei geringerer Abbrecherquote zeigte [69]. Andererseits scheint die ST zusätzlich Vorteile hinsichtlich der Gesundheitskosten aufzuweisen [110]. In einer sehr kleinen RCT (n = 28) wurde zudem die Wirksamkeit eines modifizierten Formats (Gruppentherapie vs. unspezifische Kontrollgruppe) nachgewiesen [111].

Weitere evidenzbasierte und klinisch relevante Verfahren

Weitere prinzipiell empfehlenswerte klinische Verfahren, die empirische Effizienz in der Behandlung der BPS demonstriert haben [97, 98], sind unter anderem General Psychiatric Management, (GPM) [64], STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) [112], die psychoanalytisch-interaktionelle Methode [113], interpersonelle Psychotherapien [114], die strukturbezogene Psychotherapie [115], die Cognitive Analytic Therapy (CAT) [116], die Klärungsorientierte Psychotherapie [117], die Emotionsfokussierte Therapie [118], die Gruppentherapie nach dem Konzept der Achtsamkeit Commitment-Therapie (ACT) [119] sowie weitere spezifisch ausgestaltete psychodynamische [120, 121] und kognitiv-behaviorale [122–124] Psychotherapien. Weiter wurden integrative Ansätze ausformuliert und spezifisch für die BPS angewandt und getestet, z.B. die Motivorientierte Therapeutische Beziehungsgestaltung [125, 126], modulare [127, 128] und kombinierte (z.B. MBT und DBT) [129] Ansätze der Psychotherapie.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für eine Reihe störungsspezifischer Verfahren robuste und für weitere störungsspezifische sowie einige nicht störungsspezifische Verfahren vereinzelte Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Da auch nicht methodenspezifische Ansätze wie GPM und SCM sehr gute Studienresultate liefern, kann davon ausgegangen werden, dass die gemeinsamen Prinzipien der Verfahren, wie z.B. klare Strukturierung der Behandlung, eine aktive therapeutische Grundhaltung und kollaborativ vereinbarte Therapieziele, einen wesentlichen Beitrag zu ihrer Wirksamkeit liefern. Es ist deshalb zu empfehlen, diese als Grundlage jeder Behandlung von BPS-Patienten zu berücksichtigen.

Welche Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung gibt es?

Aufgrund der Komplexität der Erkrankung und der vielschichtigen Symptomatik ist eine diagnosespezifische medikamentöse Behandlung für die BPS nicht vorhanden. Dementsprechend und in Anbetracht der Studienlage wurde bisher keine medikamentöse Be-

handlung durch Swissmedic⁵ zugelassen. Die Verordnungspraxis steht dazu in eklatantem Widerspruch. Bis zu 80% der BPS-Patienten werden psychopharmakologisch mit Festmedikationen behandelt, davon etwa ein Fünftel mit bis zu vier oder mehr Präparaten [65, 130, 131]. Zudem nimmt ein Drittel der Patienten regelmässig Reservemedikamente [132].

Obwohl für kein Medikament überzeugende Wirksamkeitsnachweise vorliegen [130, 133–135], können in Einzelfällen Psychopharmaka vorübergehend symptom-spezifisch (Off-label) eingesetzt werden. Polypharmazie ist unbedingt zu vermeiden. Sofern Patienten bereits mit mehreren Medikamenten vorstellig werden, sollte jedes einzelne Medikament sorgfältig hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen überprüft und in Absprache mit dem Patienten und dem verordnenden Arzt nach und nach versuchsweise ausgeschlichen werden.

Im Folgenden sind die wichtigsten Substanzklassen aufgeführt. Eine Übersicht über einzelne Präparate und die dazugehörigen Studien findet sich im Originaldokument [33].

Antidepressiva

Aufgrund der aktuellen Studienlage scheinen Antidepressiva keinen ausreichend spezifischen Effekt auf die Symptome der BPS zu haben. Sie sollten deshalb zur Behandlung der BPS nicht eingesetzt werden [136]. Besteht eine valide diagnostizierte komorbide Depression oder Angststörung, sollte diese pharmakologisch entsprechend der jeweiligen Leitlinien behandelt werden.

Neuroleptika

Die Evidenz für atypische Neuroleptika wie Olanzapin, Aripiprazol und Quetiapin ist schwach [130, 134]. In Einzelfällen können sie zur symptomatischen Behandlung von Aggressivität und Ärger/Wut sowie Irritabilität und kognitiv-perzeptiven («psychotischen») Symptomen eingesetzt werden [133, 135, 137]. Dosierungen sind generell niedrig zu wählen [130, 134, 138], die erhöhte Gefahr des metabolischen Syndroms bei BPS-Patienten ist zu beachten [139].

Mood-Stabilizer

Mood-Stabilizer wie Lamotrigin und Topiramamat können zur Behandlung von Ärger/Wut, Aggressivität und Impulsivität eingesetzt werden [133–135, 137]. Sie sollten allerdings ebenfalls zurückhaltend verordnet werden, da ihr Nutzen bisher nicht eindeutig belegt ist [130].

Benzodiazepine

Benzodiazepine sind für die BPS im Sinne einer relativen Kontraindikation generell nicht zu empfehlen,

⁵ Swissmedic ist die schweizerische Zulassungs- und Kontrollbehörde für Heilmittel

da sie neben dem Abhängigkeitspotenzial die Impulskontrolle negativ beeinflussen [65, 138, 140].

Wie werden psychiatrische Komorbiditäten behandelt?

Bei mehr als der Hälfte aller BPS-Patienten werden neben einer Persönlichkeitsstörung eine oder mehrere weitere psychische Störungen diagnostiziert [141]. Auch wenn die BPS in der Regel als primäre Diagnose und ihre Behandlung als vordergründig anzusehen ist (mit Ausnahme einer floriden manischen Episode oder akut exazerbierten Suchterkrankung oder Anorexie [BMI <16 kg/m²]), ist die sorgfältige Diagnose von Komorbiditäten entscheidend; sie wird für die Behandlungsplanung zunehmend als bedeutsam angesehen [54, 71].

Persönlichkeitsstörungen

Aus Mangel an evidenzbasierten Psychotherapieverfahren für andere Persönlichkeitsstörungen [142, 143] und in Anbetracht ihrer starken Überlappung [144] kann als pragmatischer Ansatz gegenwärtig empfohlen werden, komorbide Persönlichkeitsstörungen im Rahmen einer störungsspezifischen BPS-Therapie zu behandeln. Spezifische Probleme (etwa soziale Hemmung bei der Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung oder Gewalttätigkeit bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung) sind als Teil eines Gesamtbehandlungsplans zu berücksichtigen.

Affektive Störungen

Die Depression bei BPS-Patienten ist typischerweise besonders durch Gefühle von innerer Leere, Einsamkeit, Verzweiflung und Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen gekennzeichnet [145–148]. Insbesondere die kumulative Suizidgefährdung ist bei der Erkrankung zu beachten [149]. Die leitliniengerechte Behandlung der Depression erfolgt sowohl psychotherapeutisch als auch pharmakotherapeutisch [150, 151]. Es ist zu berücksichtigen, dass der Behandlungserfolg einer antidepressiven Behandlung durch eine BPS ungünstig beeinflusst werden kann [152]. Andererseits bessert sich die Depression in der Regel bei erfolgreicher BPS-Behandlung [153].

Die Behandlung einer akut exazerbierten manischen Episode ist eine der wenigen Bedingungen, die der BPS-Behandlung gegenüber als übergeordnet angesehen wird. Sie ist entsprechend der jeweiligen Leitlinien prioritär durchzuführen [54]. Eine komorbide bipolare Störung hat allerdings weniger Einfluss auf den klinischen Verlauf der BPS als umgekehrt [154, 155].

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Es liegt Evidenz für den Erfolg der DBT sowie des GPM bei BPS mit komorbider PTSD vor [156, 157]. Ein-

zelne Studien empfehlen für die Komorbidität eine traumaspezifische Behandlung [54, 158, 159], beispielsweise die DBT-PTSD [160] oder Narrative Expositionstherapie (NET) [161]. Unter Experten für die BPS gilt, dass eine Traumabearbeitung in der Behandlungshierarchie erst im Verlauf der Behandlung der Kernsymptome der BPS erfolgen sollte [67, 162]. Sollten Symptome der PTBS wie Dissoziationen oder Intrusionen stark im Vordergrund stehen, kann nach sorgfältiger Indikationsstellung eine traumaspezifische Behandlung erwogen werden.

Substanzabhängigkeit

An evidenzbasierten Psychotherapien für die Doppel-diagnose von BPS und Substanzabhängigkeit liegen einzelne positive Ergebnisse für die DBT [158, 163] sowie die für Suchterkrankungen modifizierte DBT-S [164, 165], die für Suchterkrankungen modifizierte «Dual-Focused Schematherapy» (DFST) [166, 167] und die psychodynamisch basierte «Dynamic Deconstructive Psychotherapy» (DDP) [168] vor [15, 169, 170]. Es gibt vereinzelt Hinweise, dass substanzabhängige Patienten mit und ohne BPS gleichermaßen auf eine medikamentöse Rückfallprophylaxe ansprechen [171]. Die Therapie einer akuten schweren Substanzabhängigkeit ist eine der wenigen Bedingungen, die der Behandlung der BPS vorausgehen sollte [54].

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Einzelne Studien mit Methylphenidat bei komorbider ADHS zeigen teilweise positive Ergebnisse auf eine Veränderung der BPS-Symptome [172, 173]. Vor der Verordnung einer Medikation mit Stimulanzien sollte die Diagnose in einer Spezialsprechstunde verifiziert werden.

Esstörungen

Vereinzelte Studienergebnisse liegen für die DBT vor, hier besonders im Hinblick auf Bulimia nervosa und Binge-Eating-Disorder [158, 174, 175]. Auch Modifizierungen der DBT und MBT werden in der Behandlung dieser Komorbidität angewandt [147, 176, 177]. Studienergebnisse gibt es bisher nur für die modifizierte DBT (DBT-E), bei der die Essstörungssymptomatik als dysfunktionale Emotions- und Stressregulation konzeptualisiert wurde [147].

Welche Besonderheiten sind bei adoleszenten Patienten zu beachten?

Besonderheiten in der Diagnostik

Die Diagnose einer BPS ist bereits im Jugendalter, insbesondere ab der mittleren Adoleszenz (d.h. ab einem

Alter von etwa 14 Jahren), reliabel und valide zu stellen und entspricht auch hier den erforderlichen Kriterien an eine zeitlich überdauernde Stabilität [17, 178–182]. Im DSM-5 [35] wurde die Altersgrenze für die Diagnose entsprechend aufgehoben und ist ebenfalls für das ICD-11 angekündigt [183]. Die Diagnosestellung erfolgt allerdings häufig verzögert, so dass kaum ein adoleszenter BPS-Patient eine störungsspezifische Behandlung erhält [16], was sich im Jugendalter besonders schwerwiegend auswirkt [184–186].

Zur Erhebung der Identitätsdiffusion in der Adoleszenz wurde der Fragebogen AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescents) entwickelt, der insbesondere für die Abgrenzung passagerer Adoleszentenkrisen von der Identitätsdiffusion der BPS geeignet ist [187].

Besonderheiten der Behandlung

Die BPS bei Jugendlichen zeichnet sich u.a. durch stärker akzentuierte «akute» Symptome wie selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, Impulsivität und Ärger aus, die zu Beginn der Behandlung häufig zunächst eine Risikoabschätzung erfordern [181, 188, 189].

Ausserdem sind die Beziehungen der betroffenen Jugendlichen zu Gleichaltrigen wie auch zu anderen Familienmitgliedern meist erheblich beeinträchtigt [190, 191]. Deshalb liegt ein zentraler Unterschied der störungsspezifischen Behandlung von Jugendlichen im systematischen Einbezug der wesentlichen Bezugspersonen. Von den bereits erwähnten Verfahren wurden für jugendliche adaptierte Manuale entwickelt: DBT-A [192], MBT-A [193], TFP-A [194] und ST-A [195]. Darüber hinaus sind das «Adolescent Identity Treatment» (AIT) [196], eine Adaptation der «Cognitive Analytic Therapy» (CAT) [116], das «Emotion Regulation Training» (ERT) [197] und für die stationäre Behandlung von Jugendlichen die «Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode» (PIM) [198] manualisiert worden. Alle ambulanten manualisierten störungsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten für das Jugendalter dauern in der Regel nicht länger als 8–12 Monate, d.h. 25–40 Sitzungen [17, 199], auch wenn in manchen Fällen längere Behandlungen notwendig sein können.

Wie im Erwachsenenalter gibt es auch bei Jugendlichen kein Medikament, das für die Behandlung der BPS zugelassen ist, und es sollte Zurückhaltung beim Einsatz von Pharmaka geübt werden [200]. Bei der leitliniengerechten Behandlung von Komorbiditäten können auch hier ggf. pharmakotherapeutische Interventionen indiziert sein [181, 188].

Evidenz für die Behandlung der BPS in der Adoleszenz

Die vergleichsweise beste Evidenz weist zurzeit die DBT-A mit einer RCT auf, die im Vergleich zu einer intensiven, aber nicht störungsspezifischen Kontrollbehandlung eine stärkere Reduktion von selbstverletzendem Verhalten (SVV), Suizidgedanken und depressiver Symptomatik ergab [201, 202]. Die CAT wurde in einer RCT getestet, zeigte jedoch nur moderate Vorteile gegenüber einer strukturierten Kontrollbedingung [203, 204]. Das ERT wies in einer RCT keine Überlegenheit gegenüber einer allerdings qualitativ hochwertigen Kontrollbedingung auf [205]. Die MBT-A wurde in einer RCT mit Jugendlichen mit SVV, in den meisten Fällen mit einer BPS-Diagnose, untersucht und zeigte sich bezüglich der Verringerung des SVV und der Depressivität gegenüber TAU überlegen [206]. Für ein stationäres Setting konnte gezeigt werden, dass bei einer Gruppe von Jugendlichen mit BPS-Symptomatik das manualisierte Verfahren PIM im Vergleich zu TAU-Bedingungen zu einer höheren Remissionsrate sowie zu signifikant stärkeren Verbesserungen der Symptomatik führte [207].

Für keines der Verfahren liegen bisher ausreichend robuste Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Jugendlichen mit einer BPS vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass wesentliche gemeinsame Merkmale – u.a. die strukturierte, an Behandlungsmanualen orientierte Vorgehensweise sowie der systematische Einbezug erwachsener Bezugspersonen – massgebliche Kriterien für eine effiziente Behandlung dieser Patientengruppe sind [17, 181].

Synopsis: Empfehlungen für die Praxis

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung der BPS erfolgt nach ICD-10 oder DSM-5. Empfohlen wird die Durchführung eines strukturierten Interviews (SKID-II, IPDE). Die BPS ist von Differentialdiagnosen sorgfältig abzugrenzen.

Primäre Behandlungsform

Die primäre Behandlungsform ist die ambulante Psychotherapie mit einer Frequenz von 1–2 Sitzungen pro Woche über 1–3 Jahre. *Störungsspezifische Basisprinzipien* bilden die Grundlage der Behandlung. Die Besprechung der Diagnose, Psychoedukation sowie die Festlegung und regelmässige Überprüfung von Therapiezielen gelten ebenso wie die Vereinbarung eines Krisenplans als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Besonderes Augenmerk ist auf die Etablierung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu legen.

Zentral ist dabei eine flexible, am situativen Geschehen orientierte Abstimmung des Therapeuten («Responsiveness») auf den individuellen Patienten und ein konstruktiver Umgang mit kritischen interpersonellen Situationen, z.B. selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität. *Super- oder Intervisionen* von Therapeuten und Teams sind essentieller Bestandteil jeder Behandlung.

Störungsspezifische Behandlungsmethoden

Mehrere störungsspezifische Behandlungsmethoden haben sich als wirksam erwiesen. Aus-, Fort- oder Weiterbildung(en) in empirisch belegten Verfahren sind empfehlenswert.

Stationäre Kriseninterventionen

Stationäre Kriseninterventionen erfolgen so kurz wie möglich (1 Tag bis max. 2 Wochen), in der Regel auf freiwilliger Basis und auf offenen Abteilungen mit entsprechender störungsspezifischer Expertise des Behandlungsteams.

Störungsspezifische (teil)-stationäre Behandlungen

Störungsspezifische (teil)-stationäre Behandlungen erfolgen elektiv nach vorheriger Indikationsstellung auf psychotherapeutischen Abteilungen mit einem multimodalen, spezifisch auf die BPS zugeschnittenen Behandlungskonzept. Sie folgen einer evidenzbasierten störungsspezifischen Methode oder einer Kombination der Verfahren.

Pharmakologische Behandlung

Eine pharmakologische Behandlung kann als Teil eines Gesamtbehandlungsplans in einzelnen Fällen hilfreich sein, obwohl ihr Nutzen bisher nicht belegt werden konnte. Die Therapie erfolgt symptomorientiert, so kurz wie möglich und ist generell im niedrigen Dosisbereich zu halten. Polypharmazie ist unbedingt zu vermeiden.

Komorbiditäten

Komorbiditäten sind zentral für Behandlungsplanung und Behandlungserfolg der BPS und müssen sorgfältig diagnostiziert werden. Sofern eine Depression, bipolare Störung oder ein ADHS valide diagnostiziert wurde, sollte eine allfällige medikamentöse Behandlung entsprechend den jeweiligen Leitlinien sorgfältig erwogen werden.

Jugendalter

Die Diagnose einer BPS ist ab dem Jugendalter reliabel und valide zu stellen und soll als Voraussetzung für die

Einleitung wirksamer Frühinterventionen konsequent erfolgen. Eine ambulante Behandlung sollte nach Möglichkeit auf der Basis eines der für Jugendliche entwickelten bzw. adaptierten störungsspezifischen Verfahren erfolgen und systematisch Bezugspersonen einbeziehen. Eine zeitlich begrenzte stationäre Behandlung auf einer spezialisierten Psychotherapie-station oder Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung kann in Einzelfällen erwogen werden.

Fazit und Ausblick

Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen sind die Behandlung der Wahl bei der BPS, pharmakologische Interventionen sind zweitrangig. Trotz der relativ guten Evidenzlage für mehrere psychotherapeutische Methoden sind Forschungsergebnisse bei spezifischen klinischen Fragestellungen nicht immer hilfreich. Hier können störungsspezifische Basisprinzipien und Empfehlungen guter klinischer Praxis weiterhelfen.

In diesem Sinne sind auch die Behandlungsempfehlungen der SGPP für die BPS zu verstehen.

Neben der weiteren wissenschaftlichen Abstützung der verschiedenen Behandlungsverfahren und der Erforschung zugrundeliegender Wirkmechanismen wird die Optimierung der Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Behandlung des einzelnen Patienten in den nächsten Jahren zentraler werden. Mit der Möglichkeit dimensionaler und spezifischer Diagnosestellungen in DSM-5 und ICD-11 ist bereits ein Grundstein dafür gelegt worden, die Vielfalt der Patienten innerhalb des Diagnosespektrums der BPS in der Behandlung stärker zu gewichten.

Funding / potential competing interests

Erklärungen zu potentiellen Interessenskonflikten: SE (Durchführung von MBT-Fortbildungen und -Supervisionen sowie Veröffentlichungen zur MBT bei den Verlagen Kohlhammer, Schattauer und Klett-Cotta), GD (Durchführung von TFP-Fortbildungen und -Supervisionen sowie diverse Publikationen zur TFP), KE (Durchführung von DBT-Fortbildungen und -Supervisionen), FL (Organisation und Durchführung von DBT-Fortbildungen seitens der AWP Zürich sowie die Herausgabe eines DBT-Fallbuchs im Beltz Verlag), KS (Leitung einer wissenschaftlichen Studie zur Wirksamkeit von AIT, Durchführung von AIT-Fortbildungen, Mitverfasser des AIT-Manuals und von Messinstrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitspathologie im Jugendalter), DS (Durchführung von TFP-Fortbildungen und -Supervisionen). UK, PN, TR und MW nennen keine potentiellen Interessenskonflikte.

Literatur

Die vollständige Referenzliste finden Sie in der Online-Version dieses Artikels (doi: 10.4414/sanp.2018.00598).

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