

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter

Arne Bürger^{1,2}  und Michael Kaess^{3,4}

¹Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Deutschland

²Deutsches Zentrum für Präventionsforschung und Psychische Gesundheit, Universität Würzburg, Deutschland

³Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Schweiz

⁴Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Deutschland

Zusammenfassung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwere psychische Erkrankung, die durch hohe Morbidität und Mortalität gekennzeichnet ist sowie mit einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau einhergeht. Die BPS zeigt sich oft mit Beginn der frühen Adoleszenz (ab dem 12. Lebensjahr). Neben repetitiver Selbstverletzung und Suizidalität bestehen häufig sowohl Symptome internalisierender (Depression und Angst) als auch externalisierender Störungen (Hyperaktivität und Substanzkonsum). Daher kommt einer differentialdiagnostischen Abklärung und der Diagnosestellung mit dem Ziel der Frühintervention im klinischen Alltag eine besondere Rolle zu. Die Psychotherapie stellt bei der BPS eine äußerst wirksame Behandlungsmethode dar, Belege für die Wirksamkeit von pharmakologischen Interventionen fehlen. Der Schlüssel zu einer Verbesserung der Versorgung für Jugendliche mit BPS liegt in einer Generierung von Wissen zu Vorläufersymptomen sowie einer evidenzbasierten, stadienspezifischen Behandlung (frühe Behandlung bereits subklinischer BPS mit Behandlungsintensität abgestuft nach dem Schweregrad). Dieser Übersichtsartikel beleuchtet den aktuellen Stand der Forschung und gibt Empfehlungen für die therapeutische Arbeit in der klinischen Praxis.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Adoleszenz, Frühintervention, emotionale Instabilität, Suizidalität

Borderline Personality Disorder in Adolescence

Abstract: Borderline personality disorder (BPD) is a severe mental illness characterized by high morbidity and mortality and associated with low psychosocial functioning. BPD often presents at the onset of early adolescence (from age 12). In addition to repetitive self-harm and suicidality, there are often symptoms of both internalizing (depression and anxiety) and externalizing disorders (hyperactivity and substance use). Therefore, differential diagnostic clarification and diagnosis, with the aim of early intervention, play a special role in clinical practice. Psychotherapy is a hugely effective treatment method for BPD, while evidence for the effectiveness of pharmacological interventions is lacking. The key to improving care in adolescents with BPD lies in generating knowledge about precursor symptoms and evidence-based, stage-specific treatment (early treatment even of subclinical BPD, with treatment intensity graded by severity). This review article highlights the current state of research and provides recommendations for therapeutic work in clinical practice.

Keywords: borderline personality disorder, adolescence, early intervention, emotional instability, suicidality

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) oder emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ (nach der 10. Auflage der International Classification of Diseases; ICD-10) ist eine schwere psychische Störung, die mit hoher Morbidität, Mortalität und einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau einhergeht (Gunderson et al., 2018). Die Kernsymptomatik der BPS ist gekennzeichnet durch: a) eine Störung der Emotionsregulation, b) eine Störung der Identität und c) eine Störung der zwischenmenschlichen Interaktion (Bohus et al., 2021). Der Begriff „Borderline“ wurde von Adolf Stern (1938) geprägt, der die Störung als Grenzerkrankung zwischen

Psychose und Neurose beschrieb. Das DSM-III (Diagnostische und Statistische Manual für psychische Störungen; der amerikanischen Fachgesellschaft) klassifizierte (APA, 1980) die BPS erstmalig als psychische Erkrankung. Die Erkenntnisse der letzten vier Jahrzehnte im Bereich der Forschung sind immens, so dass sich das Verständnis zur Entstehung der BPS sowie das Wissen in Bezug auf die Früherkennung und Behandlung deutlich verbessert haben. Nichtsdestotrotz ist die Diagnosestellung der BPS bei Jugendlichen in der klinischen Praxis bis heute umstritten. Dieser Übersichtsartikel zur BPS im Jugendalter leitet das Themenheft ein und fasst den aktuellen Stand der

Forschung zusammen. Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse werden kritisch reflektiert und es werden auch Empfehlungen für die therapeutische Arbeit in der klinischen Praxis gegeben.

Diagnostik der BPS nach ICD-11

Fast 10 Jahre nach der Veröffentlichung des DSM-5 (5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuels für psychische Störungen) wird nun im ICD-11 (in Bearbeitung befindliche 11. Auflage der International Classification of Diseases) der revolutionär anmutende Schritt hin zu einem dimensional Verständnis der Persönlichkeitsstörung (PS) endgültig vollzogen. Denn mit der Veröffentlichung der neuen ICD-11 geht die Expertengruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) deutlich weiter als das DSM-5, in dem das vorgeschlagene alternative Modell der PS, welches eine dimensionale Sichtweise beinhaltet, lediglich im Forschungsanhang enthalten ist und gleichzeitig die bisherigen sechs PS-Diagnosen beibehalten wurden (sog. „Hybridmodell“) (Mitmansgruber, 2020). Neben der dimensional Diagnostik der PS ist die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wohl bedeutsamste Änderung, dass die PS nun explizit als psychische Störung der gesamten Lebensspanne betrachtet werden. Demnach kann eine Diagnose vergeben werden, wenn sich die Auffälligkeiten in der Persönlichkeit über einen Zeitraum von 2 Jahren konstant zeigen (Tyrrer et al., 2019; Videler et al., 2019). Eine Kopplung an ein „Mindestalter“ ist bei der Diagnosestellung nicht mehr gegeben. Anstelle der kategorialen Einteilung der PS erfolgt in der ICD-11 nun a) die Einschätzung des Schweregrades der Funktionsbeeinträchtigung in den Bereichen „Selbst“ und „Interpersonalität“ (von „keine Beeinträchtigung“ bis „schwere Beeinträchtigung“) sowie b) eine Beschreibung von fünf übergeordneten pathologischen Persönlichkeitseigenschaften/Trait-Domänen (negative Affektivität, Distanziertheit/Verschlossenheit, Dissozialität, Enthemmtheit und Zwanghaftigkeit), welche auf die Big-Five Persönlichkeitsdimensionen zurückgehen. Zur Diagnosestellung der BPS, die als einzige spezifische diagnostische Entität weiterhin in der ICD-11 enthalten ist, kann ein zusätzliches Borderline-Muster (siehe hierzu auch Abbildung 1) kodiert werden. Dass die BPS im ICD-11 als einzige PS als Trait-Domäne erhalten bleibt, geht auf heftige Diskussion innerhalb der internationalen Expert_innen zurück. Einige Expert_innen argumentierten, dass die für die BPS gewonnen Erkenntnisse und im Besonderen die spezifisch entwickelten und evaluierten Therapieverfahren, bei einem Wegfall der Diagnose,

nicht länger für die Patienten_innengruppe einsetzbar wären und es dadurch zu einem großen Nachteil für die Betroffenen kommen würde. Letztlich blieb die BPS in einem Kompromiss als einzige PS als „Trait-Qualifier“ erhalten und die Diagnose besteht somit mit den bisherigen Kriterien fort (siehe Tabelle 1) (Herpertz et al., 2017). Für einen Überblick der Diagnosestellung siehe Abbildung 1.

Obwohl der Schweregrad „leichte Persönlichkeitsstörung“ die Häufigkeit von PS vorraussichtlich vergrößern wird (Frances, 2013), bietet sich ein klarer Vorteil für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Bereits bestehende klinische Stufen-/Stadienmodelle (siehe Absatz Prävention und Psychotherapie der BPS) könnten hinsichtlich der dimensional Schweregrade weiterentwickelt werden, um die bestehende Früherkennung und -behandlung im Jugendalter für die klinische Praxis weiter voranzutreiben und zu verbessern. Hierfür ist allerdings fundamental, dass der Schweregrad systematisch durch verfügbare und zuverlässige diagnostische Verfahren im klinischen Alltag einschätzbar ist. Auch wenn Fragebögen letztlich nicht alleine zur Diagnosestellung einer BPS herangezogen werden sollten, so können sie als Screening-Instrumente zur Früherkennung dienen. Zu diesem Zweck wurde zum Beispiel der Kurzfragebogen *Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder* (SASPD) entwickelt (Olajide et al., 2018). Der *LoPF-Q 12-18* (*Levels of Personality Functioning Questionnaire*) ist ein Selbstbeurteilungsbogen der zur Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen ab dem 12. Lebensjahr entwickelt wurde. Bereits die Kurzversion (LoPF - Q Screener) mit 20 Fragen zeigt eine hohe Spezifität und Sensitivität zu Erkennung von PS im Jugendalter (Zimmermann et al., 2022). Analog zum LoPF-Q 12-18 werden derzeit zwei Fremdbeurteilungsbögen für Eltern und Fachkräfte validiert und normiert, da Selbst- und Fremdeinschätzung gerade in Bezug auf die Persönlichkeit im Kindes- und Jugendalter unterschiedlich sein können (Birkhölzer et al., 2020). Wie bereits erwähnt stellen Fragebögen nur einen ersten Schritt auf dem Weg zur Diagnose einer PS im Jugendalter dar. In der Folge ist zu empfehlen der Verdacht durch ein semi-strukturiertes Interviewverfahren durch klinisches, geschultes Personal zu prüfen. Bisher gibt es für das ICD-11 noch keine klinischen Interviewverfahren. Für das relativ analoge DSM-5 sind mit dem *Semi-Structured Interview of Personality Functioning* (STiP-5.1; Diagnostik der Störung von Persönlichkeitsfunktionen (Hutsebaut et al., 2017)) und dem *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders* (SCID-5 PD; Diagnostik der spezifischen Symptome der BPS) allerdings zwei Verfahren verfügbar, die bereits für das Jugendalter erfolgreich eingesetzt und validiert wurden (Birkhölzer et al., 2020).

Tabelle 1. Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeit im ICD-10 und Persönlichkeitsstörung mit Borderline Pattern im ICD-11 nach Bohus et al. (2021)

	ICD-10: F60.31	ICD-11: 6D11.5
Grundvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • generelle Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung + • drei oder mehr Symptome einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung + • zwei oder mehr der folgenden Kriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • generelle Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung + • Schweregrad mindestens leicht + • Borderline-Muster
Angst vor dem Verlassen werden	Exzessive Bemühungen, das Verlassen werden zu vermeiden	Verzweifelte Bemühungen, reelles oder subjektives Verlassen werden zu vermeiden
Instabile Beziehungen	Häufige, intensive und instabile Beziehungsmuster, oftmals auslösend für emotionale Krisen	Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen
Instabiles Selbstbild	Unsicherheit über das Selbstbild, Wertvorstellungen und Ziele im Leben	Gravierende Identitätsstörung und anhaltend instabiles Selbstbild
Impulsivität	–	Tendenz, in Zuständen mit hohem negativen Affekt vorschnell zu handeln mit dem Risiko von selbstschädigenden Verhaltensweisen
Selbstverletzendes Verhalten	Wiederholte Androhung von oder Durchführung von selbstverletzenden Verhaltensweisen	Wiederholte Episoden selbstverletzenden Verhaltens
Stimmungsschwankungen	–	Emotionale Instabilität durch ausgeprägte Reaktivität der Stimmung
Gefühl der Leere/Einsamkeit	Chronisches Gefühl der Leere/Einsamkeit	Chronisches Gefühl der Leere/Einsamkeit
Unangemessener Ärger	–	Unangemessener, starker Ärger oder Schwierigkeiten in der Kontrolle der eigenen Wut
Dissoziative/paranoide Verhaltensweisen/Ideen	–	Vorübergehende dissoziative oder psychotische Symptome in Situationen hoher affektiver Erregung

Zusammenfassend wird die Umsetzung der ICD-11 mit maßgeblichen Veränderungen in der Diagnosestellung der BPS einhergehen. Es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft auch in der klinischen Praxis das gesamte Altersspektrum bei der Diagnosestellung nach ICD-11 Berücksichtigung findet und die bisherige Angewohnheit vieler klinischer Therapeut_innen, auch schwerwiegende Störungen der Persönlichkeitsfunktion als Anpassungsstörungen oder Adoleszentenkrise zu beschreiben, mehr und mehr verschwinden wird (Schmeck & Birkholzer, 2021). Ansonsten wird die Früherkennung und -behandlung von BPS im Jugendalter weiterhin auf wenige Spezialambulanzen (Kaess et al., 2017) beschränkt sein und nicht zu einer flächendeckenden Verbesserung der Versorgung für die Betroffenen führen. Diese wäre umso bedauerlicher, da die neue Störungskonzeption der PS die Behandlung von Emotionsregulation, Selbstwert, Selbststeuerungsfähigkeit sowie Beziehungsgestaltung sowie die Fähigkeit zum Perspektivwechsel stärker in den Fokus der Therapie rücken könnte (Schmeck & Birkholzer, 2021). Letztlich wird sich in der Zukunft zeigen, ob die neue dimensionale Diagnosestellung homogenere Behandlungsgruppen definiert und die Entwicklung von effektiveren Behandlungsmaßnahmen dadurch erleichtert wird.

Komorbidität und Differentialdiagnose

Tomko und Kolleg_innen (2014) konnten zeigen, dass das Risiko bei Patient_innen mit BPS an weiteren psychischen Störungen erkrankt zu sein, sehr hoch ist. Daher ist im klinischen Alltag zu empfehlen, standardmäßig auf das Vorkommen weiterer psychiatrischer Diagnosen zu prüfen. Im Detail entwickelten in der oben genannten Studie 84.8% eine komorbide Angststörung, 82.7% eine affektive Störung und 78.2% einen Substanzmissbrauch/-abhängigkeit im Laufe ihres Lebens. Weiterhin ist das Vorkommen einer hyperkinetischen Störung (ADHS) mit 33.7%, einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit 30.2% und einer Bipolar-I-Störung 1 (voll ausgeprägte Manie mit Depression) und 2 (Hypomanie mit Depression) mit 21.6% bzw. 37.7% durch epidemiologische Studien belegt (Fornaro et al., 2016; Pagura et al., 2010; Tomko et al., 2014). Diese hohen Raten an Komorbiditäten finden sich bereits bei der BPS im Jugendalter (Kaess et al., 2013). Es ist wichtig anzumerken, dass einzelne Symptome der BPS auch gemeinsame Symptomkomplexe mit anderen psychischen Störungen widerspiegeln können (z. B. Impulsivität als Schlüsselsymptom von ADHS

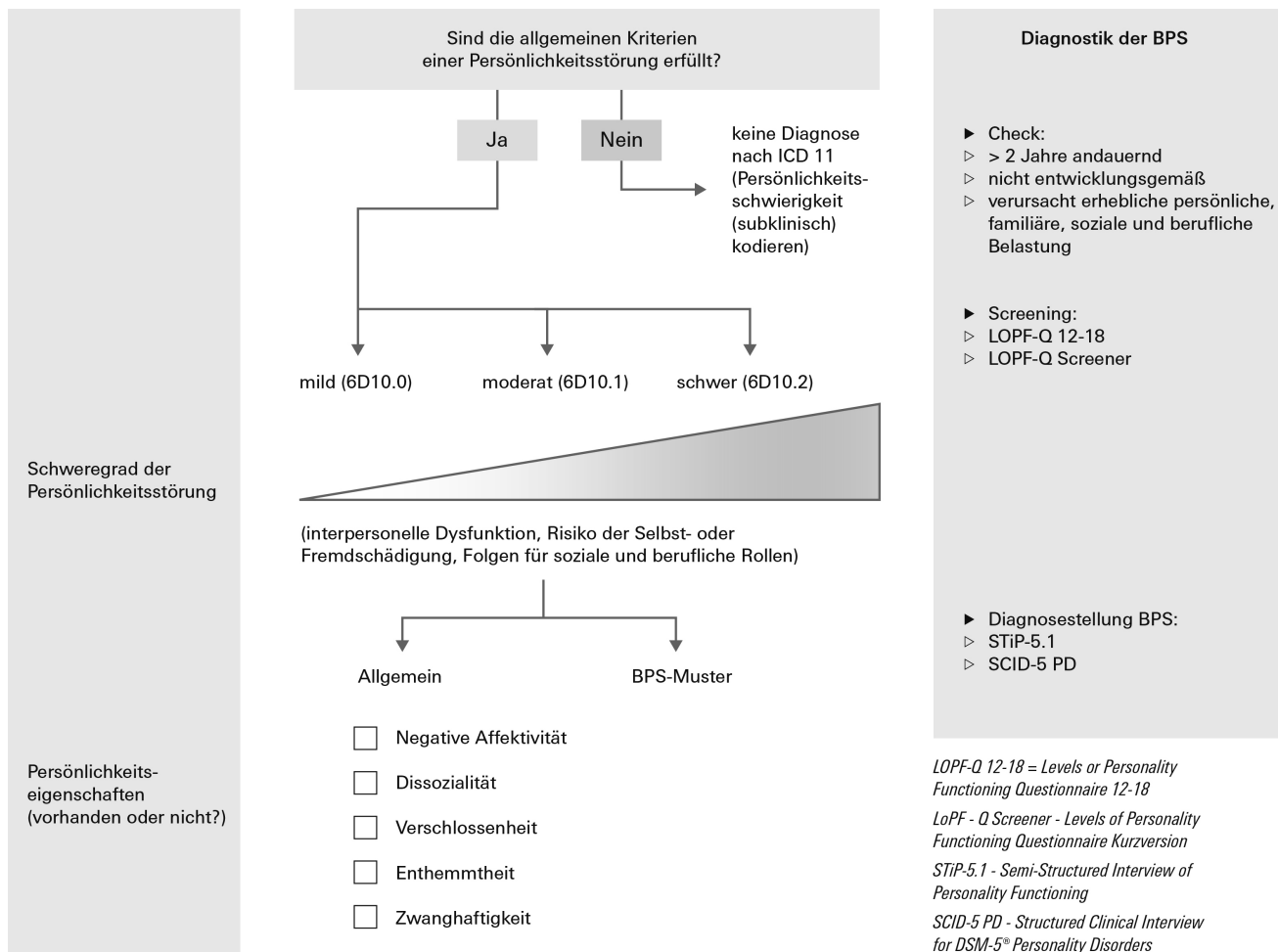


Abbildung 1. Kriterien Persönlichkeitsstörungen im ICD-11.

und depressive Symptome als Schlüsselsymptom einer depressiven Störung). Daher ist differentialdiagnostisch im klinischen Alltag besondere Sorgfalt geboten. So sind beispielsweise depressive Symptome, die im Rahmen einer BPS vorkommen eher stressassoziiert und wenig stabil, sie bilden sich in der Regel parallel zur Besserung der BPS zurück. Im Vergleich dazu sind die Symptome einer depressiven Störung zeitlich stabiler und auf sogenannte Episoden begrenzt. Letzteres hat eine hohe Implikationen für die Behandlung, weil nur im Falle einer komorbiden depressiven Episode eine antidepressive pharmakotherapeutische Behandlung anzuraten ist (Rao et al., 2020). Zusätzlich sollten Halluzinationen sorgfältig abgeklärt und von dissoziativen Zuständen unterschieden werden, da diese bei Jugendlichen mit BPS häufig vorkommen (Kaess, Herpertz et al., 2020). Auch bei Vorliegen von psychotischen Symptomen liegt nicht automatisch eine psychotische Grunderkrankung vor. Gleiches gilt für die differentialdiagnostische Abklärung einer bipolaren Störung. Diese kommt komorbid zwar gehäuft vor, aber eine falsch positive Diagnose hat erhebliche Konsequenzen,

vor allem für die medikamentöse Therapie (Gunderson et al., 2018). Letztlich ist wichtig zu prüfen, inwiefern bereits komorbide somatische Störungen vorliegen, obwohl hierzu differenzierte Studien im Jugendalter fehlen. Somatische Erkrankung (z.B. erhöhtes Risiko für Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis), endokrine und metabolische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) treten häufig im Verlauf einer BPS im Erwachsenenalter auf (Schneider et al., 2019; siehe auch Verlauf BPS). Es ist für die klinische Praxis anzuraten bereits im Jugendalter in der Therapie auf diese einzugehen und regelmäßige ärztliche Untersuchungen zu veranlassen. Dadurch könnte präventiv der Entwicklung somatischer Komorbiditäten vorgebeugt werden.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Komorbiditäten bei der BPS häufig sind und eine differentialdiagnostische Abklärung im Jugendalter dringend erforderlich ist. Dadurch kann eruiert werden, ob bestimmte Symptomkomplex auf die BPS oder eine andere Entität zurückgehen.

Epidemiologie und Ätiologie

Zwei aktuelle Übersichtsarbeiten gehen von einer Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung im Erwachsenenalter von 0.7–1.2% bzw. 0.7–2.7% aus, wobei sich in klinischen Inanspruchnahmepopulationen eine Prävalenz im ambulanten Bereich zwischen 10–12% und im stationären Bereich zwischen 20–22% zeigt (Eaton & Greene, 2018; Ellison et al., 2018). Im Vergleich zu den beiden Übersichtsarbeiten ist über die Lebensspanne gesehen eine deutliche Zunahme der Prävalenz zwischen dem 12. und 22. Lebensjahr (von 0.9 auf 3.2%) und eine deutliche Abnahme der Prävalenz ab dem 40. Lebensjahr (0.4%) auffällig (Johnson et al., 2008; Oltmanns et al., 2014). Die Prävalenz in der klinischen Inanspruchnahme ist bei den Jugendlichen mit 11.8% für das ambulante Setting mit dem Erwachsenenalter vergleichbar und mit 32.8% für das stationäre Setting um einiges höher (Chanen et al., 2004; Ha et al., 2014). Obwohl die Stabilität der kategorialen BPS Diagnose bis zum 19. Lebensjahr als gering bis moderat angesehen wird, ist hervorzuheben, dass eine hohe Stabilität der Rangordnung der BPS traits besteht. Das bedeutet, dass auch schon subsyndromale Formen der BPS im Jugendalter einen hohen prädiktiven Wert für die Entwicklung einer BPS im jungen Erwachsenenalter darstellen, und mit einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau im späteren Leben verbunden sind (Winsper et al., 2015). Es bleibt abzuwarten, inwiefern diese subsyndromalen Formen der BPS aufgrund der Veränderungen im ICD-11 bereits als BPS mit mildem Schweregrad erfasst werden. Weiterhin ist anzunehmen, dass oftmals unspezifische Symptome (z. B. Selbstverletzung, Suizidalität, Substanzkonsum, Depressivität) einer BPS im Jugendalter fluktuieren und häufig vorkommen. Diese zeigen allerdings eher ein allgemeines Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung und können nicht zwangsläufig mit der Entwicklung einer BPS im Zusammenhang gebracht werden (In-Albon et al., 2013; Kaess, Brunner, Parzer et al., 2014).

Das Zusammenspiel für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer BPS ist komplex und mit den folgenden Faktoren verbunden:

Familiäres Umfeld: a) niedriger sozioökonomischer Status sowie wirtschaftliche und finanzielle Schwierigkeiten in der Familie (Crawford et al., 2009), b) maladaptive Verhaltensweisen der Eltern (Schreien, Schlagen, Substanzmissbrauch, chronische Konflikte zwischen den Eltern) (Winsper et al., 2012), c) frühe Beeinträchtigungen der Bindungsqualität (Fleck et al., 2021; Fleck et al., 2022); d) eine auffällige Psychopathologie im Besonderen eine Borderline-spezifische oder depressive Symptomatik eines Elternteils (Barnow et al., 2013; Infurna, Fuchs et al.,

2016), e) eine dysfunktionale Eltern-Kind Beziehung (z. B. Rollenkonfusion, fehlende Grenzsetzung, Kontrolle durch die Eltern, traumatische Invalidierung) (Infurna, Fuchs et al., 2016; Lyons-Ruth et al., 2015; Mahan et al., 2018).

Traumabedingte Umweltfaktoren: a) psychische und körperliche Misshandlung (Infurna, Brunner et al., 2016; Johnson et al., 2001), b) emotionale und körperliche Vernachlässigung (Infurna, Brunner, et al., 2016; Johnson et al., 2000), c) sexueller Missbrauch (Bornovalova et al., 2013), d) chronische Viktimisierung durch Gleichaltrige (Bullying) (Wolke et al., 2012), *Hinweis:* Das familiäre Umfeld und die traumatischen Umweltfaktoren/live-events kumulieren häufig in der Biografie von Kindern und Jugendlichen die später eine BPS entwickeln und es ist anzunehmen, dass durch diese Kumulation ein noch größeres Risiko für eine spätere Erkrankung entsteht (Cohen et al., 2008).

Persönlichkeits- und Temperamentsmerkmale: a) Impulsivität, emotionale Reaktivität und negative Affektivität ab dem 12. Lebensjahr (Wertz et al., 2020). b) Aggressivität, affektive Instabilität und geringe emotionale Kontrolle zwischen dem 9. bis 13. Lebensjahr (Gratz et al., 2009; Underwood et al., 2011). *Hinweis:* Die genannten Persönlichkeits- und Temperamentsmerkmale haben sich als robuste Prädiktoren für den frühen Beginn einer BPS gezeigt. Wichtig ist anzumerken, dass einige Studie darauf hinweisen, dass diese maladaptiven Merkmale erst durch die Interaktion mit dem familiären Umfeld ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer BPS darstellen (Bozzatello et al., 2019; Fleck et al., 2021).

Neurobiologische Faktoren: a) Verringerung des Volumens orbitofrontaler Kortex (OFC) (Brunner et al., 2010; Chanen, Velakoulis et al., 2008), b) Verringerung des Volumens anterior cingulärer Kortex (ACC) (Whittle et al., 2009), c) Asymmetrie des Hippocampus (Jovev et al., 2014), d) reduzierte Ruheaktivität des Präfrontalen Kortex (Koenig et al., 2021), e) reduzierte vagale Ruheaktivität (Koenig et al., 2018; Weise et al., 2020) und e) eine attenuierte Kortisolantwort auf Stress (Koenig et al., 2022). *Hinweis:* Viele bisherige Befunde zeigen Unterschiede v. a. im Vergleich zu gesunden Kontrollproband_innen. Es bleibt daher unklar, ob diese hirnmorphologischen Veränderungen BPS spezifisch sind.

Zusammenfassend wissen wir heute, dass es sich bei der Entwicklung der BPS – wie bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen – um ein komplexes Zusammenspiel von biologischen und umweltbedingten Faktoren handelt, deren genaue Interaktionen noch nicht ausreichend geklärt sind. Relativ gesichert ist, dass Menschen mit einer BPS in der Regel ein außergewöhnliches Maß an aversiven Umwelterfahrungen aufzeigen.

Prävention und Psychotherapie der BPS im Jugendalter

Aufgrund der schwerwiegenden Krankheitsverläufe, einer möglichen Chronifizierung und der hohen Behandlungskosten ist die Verhinderung eines Vollbildes der BPS außerordentlich sinnvoll (Kaess, Brunner, Chanan et al., 2014). Bei den Behandlungs- und Krankheitskosten werden schätzungsweise 5 Mrd. Euro jährlich in Deutschland für die Behandlung der BPS ausgegeben (Wagner et al., 2013). Zu den wichtigsten Ursachen für diese hohen Kosten gehören: häufige stationäre Aufenthalte infolge von Krisen, Erwerbsunfähigkeit der Betroffenen und mangelnde außerklinische/ambulante Versorgungsangebote (Wagner et al., 2014). Um dies zu verhindern wird eine frühe Erkennung und Behandlung der BPS seit mehreren Jahren von internationalen und nationalen Expert_innen empfohlen (Fonagy et al. 2015; Kaess, Herpertz et al., 2020). Diese Sichtweise hat Einzug in die neuen S-3 Leitlinie gefunden. (Lieb et al., 2020). Konkret, wird eine fachgerechte Diagnostik bzw. Früherkennung beim Auftreten von selbstschädigendem und suizidalen Verhalten in Kombination mit: a) emotionaler Instabilität, b) dem Vorliegen mehrerer psychischer Störungsbilder, c) geringer Ansprechbarkeit auf vorangegangene Therapieversuche und d) einem geringen psychosozialen Funktionsniveau ab dem 12. Lebensjahr empfohlen. Im Sinne der Vorbeugung einer BPS sind vielfältige Interventionsstrategien denkbar. Wichtig ist dabei, dass sich die jeweilige Interventionsmethode, wie bei somatischen Erkrankungen, am Krankheitsstadium orientiert. Beispielweise benötigen Jugendliche, die spezifische Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS aufweisen (Risikofaktoren siehe Epidemiologie und Ätiologie), aber noch keine oder nur geringe Symptome entwickelt haben, eine andere Unterstützung, als Jugendlichen die bereits erste Symptome (z. B. Selbstverletzung, Stimmungsschwankungen) zeigen. Für die BPS wurden bis heute zwei klinische Stadienmodelle entwickelt: Das Modell von Chanan, Berk et al. (2016) integriert neben der BPS auch affektive Störungen. Das Modell von Hutsebaut, Videler et al. (2019) stellt eine Weiterentwicklung dar und beschreibt spezifischer die einzelnen Stadien der BPS und ordnet diesen geeignete Interventionen zu. Für einen detaillierteren Überblick siehe Tabelle 2. Der stadienspezifische Ansatz steht im Einklang mit den dimensional entwickelten ICD-11. Eine weitere Differenzierung der Stadienmodelle anhand von Risiko- und Schutzfaktoren ist wünschenswert. Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass es keine ausreichende empirische Evaluation der Modelle von Chanan, Berk et al. (2016) und Hutsebaut, Videler et al. (2019) existiert. Letztlich ist nicht nachgewiesen, ob Patient_in-

nen in den früheren Stadien besser auf eine Behandlung ansprechen als in späteren Stadien (Seiffert et al., 2020).

Für eine frühe Intervention sprechen epidemiologische Daten, die zeigen, dass die kategoriale Diagnose in der frühen Adoleszenz noch eine geringe Stabilität ausweist und dadurch eine Flexibilität und Veränderbarkeit von BPS-Merkmalen gegeben ist (Lenzenweger & Desantis Castro, 2005; Winsper et al., 2016). In der Zusammenschau der Literatur wird deutlich, dass sich das Vorhandensein von 3–4 Symptomen (subsyndromale BPS) als bester Prädiktor für die Entwicklung einer manifesten BPS erwiesen hat (Chanan & Kaess, 2012). In der Folge wird, auch unter Berücksichtigung des Kosten/Nutzen Verhältnisses, die indizierte Prävention als evidenzbasiert empfohlen (Chanan & McCutcheon, 2013). Diese Form der Prävention zielt auf Personen die spezifischen Risikofaktoren (z. B. Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen, erhöhtes familiäres Vorkommen von BPS) aufweisen und bereits erste Symptome einer BPS entwickelt haben. Das Ziel der indizierten Prävention (im Folgenden auch als Frühintervention bezeichnet) ist eine manifeste Erkrankung zu verhindern, indem mit gezielten Interventionen eine zügige Reduktion von (Vorläufer-)Symptomen erfolgt. Damit wird auch sekundären Folgen, allen voran einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau, vorgebeugt. Helping Young People Early (HYPE) ist eines der ersten indizierten Präventionsprogramme, welches 15–25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Großraum Melbourne, die Möglichkeit einer Früherkennung und -intervention bietet (Chanan et al., 2009). Die Behandlung ist für Patient_innen mit mindestens 3 Symptomen einer BPS entwickelt. HYPE integriert ein stringentes Case- und Krisenmanagement, bindet aktiv die Familie in die Behandlung ein und verknüpft allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung mit individueller kognitiv-analytischer Therapie. An dieses Modell angelehnt entstand in Heidelberg die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk), welche derzeit auch in weiteren Universitätskliniken in Deutschland und der Schweiz umgesetzt wird (Kaess et al., 2017). Im Unterscheid zu HYPE wird in AtR!Sk eine Früherkennung und -intervention bereits ab dem 12. Lebensjahr angeboten. Die Behandlung orientiert sich an einem Stufenmodell, so dass zunächst eine empirisch belegte Kurzzeittherapie („Cutting Down Program“) angeboten wird, die den Fokus auf die Reduktion von riskanten und selbstschädigenden setzt (Kaess, Edinger et al., 2020). Wenn in der Folge weiterhin eine persistierende BPS-spezifische Symptomatik besteht, dann wird mit der DBT-A an der Remission der Symptome und einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus gearbeitet (Bürger et al., 2018; Kaess et al., 2017).

Tabelle 2. Stadienmodell adaptiert nach Chanen et al. (2016) und Hutsebaut et al. (2019)

Stadium/ Modell	Kennzeichen des Stadiums	Interventionen
0	Erhöhtes Risiko einer BPS: <ul style="list-style-type: none"> • Familiär gehäuftes Auftreten BPS • Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen • Substanzgebrauch • Probleme der Selbstregulation und interpersonellen Funktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Gesundheitskompetenz, Selbsthilfe • Schulbasierte Prävention zur Stärkung der Resilienz • Prävention einer trans-generationalen Transmission von Psychopathologie
1	a <ul style="list-style-type: none"> • Milde/unspezifische Symptome einer BPS • Aufmerksamkeitsstörung • Stimmungsschwankungen • Selbstverletzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Frühinterventionsprogramme (z. B. HYPE, MBT-early und ERT) • Reduktion des Substanzgebrauchs • Unterstützende Beratung • Stärkung Erziehungskompetenz
	b <ul style="list-style-type: none"> • Subklinische Kriterien einer BPS • Erste Symptome komorbider Störungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Phasenspezifische psychosoziale Intervention (z. B. kognitiv-behaviorale Therapie oder HYPE) • Erhaltung oder Wiederherstellung des normalen, altersentsprechenden Entwicklungsweges
2	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Episode einer BPS mit signifikanten Problemen in den 3 Hauptbereichen <ul style="list-style-type: none"> o Affektregulation o Identität o interpersonelle Funktionen • Komorbide Störung vorhanden • Moderate bis schwere Auswirkung auf psychosoziales Funktionsniveau • Entwicklungsstillstand 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifische, zeitlich limitierte Psychotherapie (z. B. DBT-A, MBT-A, TFP oder SFT) der akuten BPS-Symptome • Zielgerichtete Psycho-/Pharmakotherapie bei komorbiden Störungen • Prävention des Auftretens weiterer Störungen • Reduktion der Auswirkungen auf das soziale und berufliche Leben
3	a <ul style="list-style-type: none"> • Chronisches Vorhandensein (>2 Jahre) oder Wiederauftreten subklinischer Symptome einer BPS • Überdauerndes Gefühl von Einsamkeit und Leere 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen des Stadiums 2 mit Betonung auf umfassender Behandlung inkl. • Einsatz psychosozialer Strategien für eine Vollremission • Erhaltungsmedikation (bei komorbiden Störungen)
	b <ul style="list-style-type: none"> • Erstes Wiederauftreten einer Episode einer BPS • Zunehmende Beeinträchtigung im sozialen und professionellen Funktionsniveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen des Stadiums 3a und • Rückfallpräventionsstrategien
	c <ul style="list-style-type: none"> • Multiples Wiederauftreten der BPS • Schwere und chronische Beeinträchtigung im psychosozialen Funktionsniveau • Schwere und chronische komorbide Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen des Stadiums 3b plus • Kombination aus „mood stabilizers“ (bei komorbiden Störungen) und • intensiven psychosoziale Interventionen
4	<ul style="list-style-type: none"> • Persistente, nichtremittierende Störung mit schweren Problemen in allen 4 Bereichen • Praktisch keine Teilnahme am sozialen oder professionellen Leben möglich • Irreversible komorbide Störungen • Häufige gesundheitliche Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention des Stadiums 3c und andere tertiäre Therapien (variiert nach komorbider Symptomatik) • Soziale Teilhabe trotz Behinderung • Schaffen einer unterstützenden Umgebung (aufsuchende Langzeitbehandlung)

Anmerkungen: BPS – Borderline Persönlichkeitsstörung; DBT-A – Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche; ERT – Emotionsregulationstraining; HYPE – Helping young people early; MBT-early/A – Mentalisierungsbasierte Therapie (früh/für Jugendliche); TFP – übertragungsfokussierte Therapie; SFT – Schematherapie.

Psychotherapie ist derzeit die wirksamste Methode zur Behandlung der BPS im Jugendalter. Diese Aussage wird durch ein systematisches Review von Wong et al. (2020) und Johnstone et al. (2022) für die Adoleszenz untermauert. Im Gegensatz zum Erwachsenenalter gibt es allerdings deutlich weniger qualitativ hochwertige Studien für das Jugendalter. Belege für eine Wirksamkeit liegen für die Kognitiv Analytische Therapie (CAT) (Chanen, Jackson et al., 2008), die Dialektisch-Behaviorale Therapie für

Adoleszente (DBT-A) (Johnstone et al., 2022; Kothgassner et al., 2021), das Emotion Regulation Training (ERT) (Schuppert et al., 2012), die Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A) (Johnstone et al., 2022) sowie das Adolescent Identity Treatment (AIT) (Schmeck et al., 2022) vor. Eine Zusammenfassung über die Charakteristiken dieser Verfahren findet sich in Tabelle 3. In Zusammenschau der Studien zeigt sich, dass die genannten Verfahren wirksam für Jugendliche mit (sub-)syn-

dromaler BPS sind und sowohl die BPS-Kernsymptomatik als auch die komorbiden internalisierenden, externalisierenden und traumaspezifischen Symptome reduzieren (Johnstone et al., 2022; Wong et al., 2020). Weiterhin ist die Verminderung des nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens, der Suizidalität sowie die Reduktion der Dauer der stationär bedingten Akutaufnahmen und die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus für die DBT-A und MBT-A nachgewiesen (Johnstone et al., 2022; Kothgassner et al., 2021; Wong et al., 2020).

Obwohl die ambulante Psychotherapie erwiesenermaßen die Intervention der ersten Wahl darstellt, finden die Jugendlichen mit BPS oftmals keine psychotherapeutische Anbindung. Die Gründe hierfür sind wenig beforscht und es ist am ehesten anzunehmen, dass die Störungsbilder mit komplexer Traumatisierung, schwerer Selbstschädigung und Suizidalität im klinischen Alltag schwer behandelbar erscheinen und zusätzliche Kenntnisse in einem störungsspezifischen Behandlungsverfahren bei den Therapierenden voraussetzen. Des Weiteren ist die Betreuungsintensität der BPS Patient_innen oftmals hoch und damit nicht wirtschaftlich für niedergelassene Therapierende. Auch an Kliniken ist eine ambulante Versorgung durch Verantwortungsteilung, Betreuungsaufwand vs. Wirtschaftlichkeit sowie Betreuungskontinuität durch Personalfuktuation schwer zu gewährleisten (Kaess, Herpertz et al. 2020). Wenn keine störungsspezifische ambulante Versorgung gegeben ist, dann besteht allerdings die Gefahr, dass die Patient_innen wegen akuter Krisen stationär aufgenommen werden und hier ohne klaren Fokus bzw. klares Behandlungskonzept versorgt werden. Letzteres kann zu einer Verantwortungsabgabe an das stationäre Setting führen und eine Hospitalisierung der Jugendlichen mit BPS zur Folge haben. Speziell in akuten Krisen ist es daher besonders wichtig ein klares Krisenmanagement zu haben, vor allem dann wenn eine isolierte krisenhafte Behandlung stattfindet (siehe Infobox 1).

Infobox 1. Hinweise für ein akutes Krisenmanagement

1. Schritt

- Differenzierung des krisenhaften Verhaltens (Suizidversuch, Hochrisikoverhalten, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten)
- Beachte: Keine Aufnahme der Patient_innen, wenn keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung besteht!

2. Schritt

- differenzierte Diagnostik (wenn noch nicht erfolgt) zur Verifizierung der subsyndromalen/manifesten BPS,

Psychoedukation über das Störungsbild und Aufklärung über evidenzbasierter Behandlungsmöglichkeiten

- Krisenintervention orientiert sich an einer Verhaltens-/Kettenanalyse, fokussiert dabei das krisenhafte Verhalten und vermittelt Skills zu Regulation akuter emotionaler Anspannung

3. Schritt

- Vermeidung eines längeren Aufenthaltes auf einer geschützten/geschlossenen Station, Koordinierung des Kontaktes zu einer ambulanten Anschlussbehandlung (ggf. offene stationäre Therapie, je nach Schwere der Krise und Umfeldfaktoren)
- Commitment für eine ambulante Behandlung herstellen und Start der Intervention

Weiterhin sind trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit der störungsspezifischen Psychotherapie folgende Punkte kritisch zu diskutieren und es ist anzuraten diese in kommenden Studien zu adressieren bzw. differenzierter zu analysieren.

Dropout Rate

Die Abbruchraten sind auch in den störungsspezifischen Therapieverfahren relativ hoch, so dass zwischen 20–56% der Jugendlichen die Therapie vorzeitig beenden (Johnstone et al., 2022; Jørgensen, Bo et al., 2021). Die Gründe für diese hohen Abbruchraten werden im Erwachsenenalter derzeit auf Substanzabhängigkeit, Impulsivität, komorbide Essstörungen, Neigung zu Wutausbrüchen und die Schwere der BPS Erkrankung zurückgeführt (Carmona et al., 2018). Für das Jugendalter gibt es so gut wie keine systematischen Studien zu den Abbruchraten und daher sind differenzierte Aussagen über die Gründe für einen Therapieabbruch schwer möglich. Eine Analyse der Patient_innen, die im Verlauf abbrechen, wäre allerdings wichtig, um die bestehende Wirksamkeit der Psychotherapie auf ein größeres Spektrum der Betroffenen zu erweitern und die Interventionen auf die Gruppe der Non-Responder_innen anzupassen.

Geringe bzw. keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen störungsspezifischen Behandlungsverfahren und Vergleichs-/Kontrollgruppe

In den derzeitigen Übersichtsartikeln wird deutlich, dass Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen den spezialisierten Behandlungsverfahren im Vergleich zu den Kontrollgruppen (treatment as usual/Standardbehandlung) nur gering bis gar nicht vorhanden sind (z. B. selbstschädigendes Verhalten, Reduktion BPS-Kernsymptomatik) (Jørgensen, Størebo et al., 2021; Wong et al., 2020). Eine

Tabelle 3. Störungsspezifische Behandlungsverfahren für eine BPS im Jugendalter

Therapieform	Wesentliche Bestandteile/Kurzbeschreibung
AIT (Adolescent Identity Treatment)	<p><i>Störungsmodell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Störung der Identität (Identitätsdiffusion) und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Intimität und Empathie) <p><i>Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Hauptziel: von der Identitätsdiffusion zur normalen Herausforderung der Identitätskrise – kurzfristige Ziele: Symptomreduktion, Erhöhung Funktionsfähigkeit im Alltag, Rückgang zwischenmenschlicher Konflikte – Langfristige Ziele: Integration von positiven und negativen affektiven Repräsentationen, Verbesserung der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen durch Perspektivübernahme und Verständnis/Toleranz für Gefühle und Denkweisen von sich selbst und anderen <p><i>Therapeutische Interventionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Klärung: Aufforderung d. Therapeut_in, dass d. Patient_in unklare/widersprüchliche Aussagen erklärt – Konfrontation: Bewusst machen von widersprüchlichen Gedanken, Gefühlen oder Handlungen, die im Klärungsprozess bewusst geworden sind – Deutung: Gemeinsame Erarbeitung von Bedeutungen der Gedanken und Handlungen – Perspektivwechsel: Selbst- und Objektdifferenzierung, Empathie für das Verhalten der anderen entwickeln – Homeplan: starker Einbezug Eltern/Umfeld, Strukturierung des Familienlebens anhand der gravierenden Problembereiche, Verbesserung der Selbst
CAT (cognitive analytic therapy)	<p><i>Störungsmodell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – frühe Kindheits-/Lebenserfahrungen beeinflussen, wie wir mit anderen Menschen und uns selbst umgehen <p><i>Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Erhöhung der Fähigkeit des Patienten zur Selbstreflexion durch Perspektivwechsel weg von Symptomen und Stimmungen hin zu eigenen Gedanken und Grundannahmen – Therapeutisches Angebot einer echten, nicht-kollusiven, professionellen, respektvollen interpersonellen Beziehung – Bereitstellung einer korrigierenden emotionalen Beziehung, welche den spezifischen, individuellen – dysfunktionalen Mustern, die alltägliche Beziehungen belasten, entgegenwirkt <p><i>Therapeutische Interventionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Reformulation letter (Selbstreflexion mit dem Ziel, eigene Verhaltensmuster und Schlüsselprobleme zu erkennen und Lösungsansätze zu entwickeln) – Sequential diagram (Versuch, pathologische Verhaltensmuster basierend auf eigenen Lebenserfahrungen und Grundannahmen (=reciprocal roles) zu erklären) – Wenig/keine Kontakte zwischen den Therapiestunden (Erhöhung der Eigeninitiative auf Basis der alternativen Unterstützungsangebote)
DBT (dialectic behavioral therapy)	<p><i>Störungsmodell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Störung der Affektregulation aufgrund biologischer Anfälligkeit und invalidierendem Umfeld, – Emotionsregulationsdefizit führt zu erhöhter emotionale Anspannung, die dysfunktionales, impulsives Verhaltens v.a. in zwischenmenschlichen Situationen auslöst <p><i>Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung der Emotionsregulation und psychosoziales Funktionsniveau – Reduktion von dysfunktionalem Verhalten (z. B. NSSI, Substanzkonsum) – Kompetenzerwerb durch: <ul style="list-style-type: none"> o Erlernen funktionaler Strategien zur Emotionsregulation o Verbesserung zwischenmenschliche Fertigkeiten (inkl. Verbesserung familiäre Kommunikation) <p><i>Therapeutische Interventionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Stufenorientierte ambulante Einzeltherapie, Skillstraining, Telefoncoaching und Teambberatung <ul style="list-style-type: none"> o Stufe 1 (Krisenorientiert), Stufe 2 (Emotionsfokussiert), Stufe 3 (Selbtwertorientiert) – Psychoedukation, Exposition gegenüber vermiedenen Emotionen – Einsatz von veränderungs- und akzeptanzbasierten Skills (z. B. Stresstoleranz, mindfulness) – Familienarbeit (z. B. Skillsmodul: Walking the middle path, familiy skills (Alan Fruzzetti))
ERT (emotion regulation training)	<p><i>Störungsmodell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Defizite in der Emotionsregulation und Mangel an geeigneten Copingstrategien <p><i>Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Erwerb alternativer kognitiver, sozialer, behavioraler Copingstrategien zum Umgang mit affektiver Instabilität und psychologischer Vulnerabilität – Reduktion von NSSI und Suizidalität <p><i>Therapeutische Interventionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Gruppentherapie (6–9 Jugendlichen über 17 Wochen á 90 Minuten) – Kernelemente aus der KVT: Kettenanalyse, kognitive Umstrukturierung, Therapie-Hausaufgaben – Kernelemente aus der DBT: Psychoedukation zu Emotionsregulation, Entspannungstechniken (Mindfulness)
MBT (mentalization based therapy)	<p><i>Störungsmodell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklungstrauma im Bindungskontext führt zu einer Hemmung reifer Mentalisierungen, im Besonderen um Zusammenhang mit emotionale Anspannung und psychosozialen Stress = unzureichende Fähigkeit zur Mentalisierung als Schlüsselproblem bei BPD

Tabelle 3. Störungsspezifische Behandlungsverfahren für eine BPS im Jugendalter (Fortsetzung)

Therapieform	Wesentliche Bestandteile/Kurzbeschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> – Mentalisierung = Verständnis und Interpretation von eigenem Verhalten oder dem der anderen auf der Grundlage von Gedanken, Überzeugungen, Gefühlen und Bedürfnissen
	Ziele:
	<ul style="list-style-type: none"> – Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit in nahen Beziehungen und unter affektiver Belastung – Etablierung einer differenzierten Selbstrepräsentation sowie Differenzierung rigider innerer Modelle von Bindung
	Therapeutische Interventionen:
	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulante oder tagesklinische Einzel- und Gruppenpsychotherapie (12 – 18 Monate) – Grundlage: Aufbau einer Bindungsbeziehung zwischen Patient_in und Behandler_in – Anfangsphase: Psychoedukation, Erarbeitung einer Hierarchie der therapeutischen Ziele, Bildung einer Behandlungsallianz, Identifikation von Mentalisierungseinbrüchen – Behandlungsphase: Stabilisierung Hochrisikoverhalten, empathische Validierung als Grundlage für akkurate Repräsentation des Selbst und des Anderen auch unter Stress (Grundlage: Mentalisierung der Emotionen). Verständnis erwerben, wie das eigene Verhalten das Verhalten anderer beeinflusst – Abschlussphase: Beendigung der Behandlung mit Fokus Ängste vor dem Verlassenwerden, Aufrechterhaltung der Selbstfürsorge durch Verallgemeinerung des Mentalisierens

mögliche Ursache könnte sein, dass die Standardbehandlung mittlerweile viele Bestandteile/Methoden der störungsspezifischen Verfahren enthalten (z.B. Fokus auf Beziehungsaufbau und Emotionen, Umgang mit Selbstverletzung und Suizidalität) (Cristea et al., 2017; McMMain et al., 2009). Diese Erweiterung des Methodenspektrums könnte auf die systematischere Therapieausbildung und Weiterbildung nach der Therapieausbildung zurückgehen. Folglich wäre bei Wirksamkeitsstudien wichtig zu erheben, welche Methoden störungsspezifischer Verfahren in der Kontrollgruppe eingesetzt werden bzw. den Einsatz bestimmter Therapieelemente in der Kontrollgruppe zu reglementieren.

Einbezug der Familie

Die Familie stellt eine auslösende und aufrechterhaltende Variable für die BPS dar und kann gleichzeitig protektiv wirken und den Behandlungsprozess positiv beeinflussen (Bozzatello et al., 2019). Bei der Entwicklung der DBT-A von Miller und Rathus (2007) beispielsweise spielt der Einbezug der Familie/des Umfeldes eine maßgebliche Rolle. So finden die Skilltrainings gemeinsam mit einem Elternteil statt und gemeinsame Therapiestunden mit den Angehörigen sind ein fester Bestandteil in der Behandlung. Derzeitige Studien integrieren in der Regel den Einbezug der Familie nicht konkret genug in das Studiendesign, die statistische Analyse oder weisen systematisch nach, wie sich das Verhältnis von Einzel- und familientherapeutischen Gesprächen darstellt. Derzeit ist bekannt, dass Angehörige von Patient_innen die an einer BPS erkranken deutlich belastet sind (Scheirs & Bok, 2007). Es ist anzunehmen, dass sich diese psychische Belastung und der Umgang der Angehörigen mit dem betroffenen Kind auf die Wirksamkeit einer Behandlung auswirkt. Erste Studien zeigen, dass eine Integration der Familienangehörigen sinnvoll ist, um zumindest für eine

psychische Entlastung dieser zu sorgen (Pearce et al., 2017). Es wäre wünschenswert, wenn die störungsspezifischen Verfahren für das Jugendalter die Angehörigen stärker in die Behandlung integrieren und der Einfluss der Familie auf die Wirksamkeit der Psychotherapie systematischer untersucht wird (Fitzpatrick et al., 2019).

Versorgungssituation von Jugendlichen mit (sub-)syndromaler BPS

Eine ambulante Psychotherapie ist bei Jugendlichen mit (sub-)syndromaler BPS maßgeblich, um gesund zu werden. Gleichzeitig gibt es eine Versorgungslücke in der ambulanten Behandlung. So zeigt sich, dass in Deutschland 1102 BPS Patient_innen auf einen spezialisierten Behandlungsplatz kommen (Iliakis et al., 2019). Dieser Mangel an ambulanter Versorgung kann dazu führen, dass es zu langwierigen, stationären Behandlungen kommt oder nach einem erfolgreichen stationären Aufenthalt lange Behandlungspausen entstehen oder gar keine ambulante Folgebehandlung stattfindet (Kaess, Herpertz, et al., 2020). Eine Studie aus England im Erwachsenenalter konnte genau diese Annahme belegen und zeigt, dass eine kontinuierliche und stabile Behandlung erforderlich ist, um Krisen vorzubeugen, anstatt lediglich auf diese zu reagieren (Flynn et al., 2020). Eine stabile Behandlung in der Adoleszenz ist zusätzlich dadurch erschwert, dass ein Behandler_innenwechsel aufgrund der Volljährigkeit bzw. spätestens mit dem 21. Lebensjahr stattfinden muss (siehe hierzu auch Transitionsücke in Kaess, Herpertz et al. 2020). Letztlich muss konstatiert werden, dass es im Jugendalter nach unserem Wissen keine Studie gibt, die die Versorgungssituation von Jugendlichen mit BPS differenziert untersucht und daher keine Aussagen möglich sind, wie viele Jugendliche mit (subklinischer) BPS derzeit eine leitliniengerechte störungsspezifische Behandlung erhalten.

Pharmakotherapie

Die existierenden Metaanalysen zeigen, dass es derzeit keine Belege für eine wirksame pharmakotherapeutische Behandlung der BPS im Erwachsenenalter gibt (Lieb et al., 2010; Stoffers-Winterling et al., 2020). Demgegenüber steht, dass z. B. die Behandlung mit Psychopharmaka in Frankreich die häufigste Behandlungsart bei jugendlichen Patient_innen mit BPS darstellt (Cailhol et al., 2013). Auch im deutschsprachigen Raum werden Jugendliche mit BPS sehr oft mit mehreren Medikamenten behandelt. Die in der Vergangenheit bestehende Meinung, dass ein routinemäßiger pharmakotherapeutischer Einsatz nach individuell vorherrschenden BPD-Symptombereichen (Impulsivität, emotionale Instabilität oder kognitiv-perzeptive Symptome) sinnvoll ist, wurde durch die bestehenden Evidenzen widerlegt (Lieb et al., 2010; Stoffers-Winterling et al., 2020). Vielmehr ist das Risiko einer Polypharmazie gegeben, ohne einen Benefit für den Heilungsprozess zu erzielen, bei gleichzeitig hohem Risiko iatrogene Schäden zu verursachen (Chanen & McCutcheon, 2013). Eine Pharmakotherapie kann allerdings für bestehende komorbide Störungen gemäß den jeweiligen klinischen Leitlinien für Jugendliche sinnvoll sein. Allerdings besteht auch hier dringender Forschungsbedarf, da unklar ist, ob die bei den Komorbiditäten am häufigsten verwendeten Substanzen (SSRIs, Quetiapin), bei Patient_innen mit BPS die gleiche Wirksamkeit besitzen (Stoffers-Winterling et al., 2020).

Verlauf

Der Verlauf einer BPS ist besser als in der Vergangenheit angenommen wurde. Eine Metaanalyse von Álvarez-Tomás und Kolleg_innen (2019) konnte im Erwachsenenalter eine mittlere diagnostische Remissionsrate von 60 % in der Zusammenschau von 11 Studien belegen. Besonders hervorzuheben ist, dass ein jüngeres Alter bei Studienbeginn mit einer höheren Remissionsrate einherging. Letzteres unterstreicht einmal mehr, dass die frühzeitige Diagnose und Behandlung der BPS im Jugendalter sinnvoll ist. Weiterhin ist anzumerken, dass die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus erheblich zwischen den einzelnen Patient_innen variiert. Demnach können wir annehmen, dass es innerhalb der BPS Subgruppen gibt, die sich in der Symptomentwicklung und -konstellation, dem Schweregrad sowie der Remissionsrate unterscheiden. Zur Aufklärung der verschiedenen Untergruppe könnte die veränderte Diagnosestellung des ICD-11 hilfreich sein. Eine Anpassung der Therapie anhand der Va-

riable Schweregrad und spezifischer Symptome des BPS-Traits könnte helfen die Therapie individueller abzustimmen (Álvarez-Tomás et al., 2019; Herpertz et al., 2017). Neben dem Alter bei Behandlungsbeginn moduliert das Geschlecht die Remissionsrate. Dabei wirkt sich das weibliche Geschlecht prognostisch ungünstig aus. Hierfür wird der erhöhte Schweregrad (dieser steht im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch) und der gesellschaftliche Einfluss der weiblichen Geschlechterrollen als ursächlich angesehen (Álvarez-Tomás et al., 2019).

Neuere Studien zeigen geringere prospektive Suizidraten (2–6 %) im Vergleich zu älteren Studien (8–10 %) (Black et al., 2004; Temes et al., 2019). Trotz dieses erfreulichen Befundes sollte darauf hingewiesen werden, dass ein frühzeitiger Tod/erhöhte Mortalität (ohne Suizid) mit 14 % mehr als doppelt so hoch ist im Vergleich zu Patient_innen mit einer anderen Persönlichkeitsstörung (5.5 %). Die häufigste Todesursache durch komorbide somatische Erkrankungen waren hierbei ein myokardialer Infarkt und substanzbezogene, körperliche Folgeschäden (z. B. Leberversagen). Detaillierte Studien/Daten zu Suiziden speziell bei Jugendlichen mit BPS fehlen. Pompili et al. (2005) weisen in ihrer Metaanalyse daraufhin, dass die erste Erkrankungsphase stärker mit vollendeten Suiziden assoziiert ist als bei chronischen BPS Patient_innen. Letzteres legt ein höheres Risiko für vollendete Suizide bei beginnender BPS im jungen Erwachsenenalter nahe. Das heißt, dass bei der Behandlung der BPS im Jugendalter ein strukturierter Umgang und ein klares Krisenmanagement für Suizidalität eine wichtige Rolle spielt (siehe auch Krisenmanagement Infobox 1).

Leider sind die Prädiktoren für eine erfolgreiche Genesung weniger gut und im Jugendalter gar nicht untersucht. Erste Studien im Erwachsenenalter deuten darauf hin das stabile Beziehungen mit (Ehe-)Partner_in oder dem eigenen Kind (Zanarini et al., 2015) sowie ein höheres psychosoziales Funktionsniveau (mit einer sinnvollen Arbeit) eine Genesung begünstigen (Ng et al., 2016; Zanarini et al., 2015). Weitere Untersuchungen sind dringend notwendig, weil die Integration des Umfeldes für den Heilungsprozess vor allem im Jugend- und jungen Erwachsenenalter eine fundamentale Rolle spielt.

Zusammenfassend gesehen ist die Remissionsrate bei der BPS günstiger als in der Vergangenheit angenommen. Obwohl die Suizidraten in neueren Studien geringer sind, ist die BPS weiterhin eine psychische Störung mit vergleichsweise hoher Mortalität. Die Früherkennung und -behandlung der BPS ist ein wichtiger Baustein zur weiteren Verbesserung der Remissionsraten und kann schweren Verläufen mit Todesfolge entgegenwirken. Weiterhin erscheint es sinnvoll innerhalb der therapeutischen Interventionen eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus durch eine Integration in das Alltagsleben

(Schule, Studium, Beruf) sowie den Aufbau eines sozialen Netzes zu fokussieren, um die Behandlungserfolge weiter auszubauen.

Zusammenfassung

Die BPS ist eine reliable und valide Diagnose des Jugendalters, diese Sichtweise wird sowohl durch das dimensionale Modell der PS im ICD-11 als auch durch die S3-Leitlinien untermauert. Die BPS zeigt sich oft mit Beginn der frühen Adoleszenz (ab dem 12. Lebensjahr). Neben repetitiver Selbstverletzung und Suizidalität bestehen häufig sowohl Symptome internalisierender (Depression und Angst) als auch externalisierender Störungen (Hyperaktivität und Substanzkonsum). Der differentialdiagnostischen Abklärung und der Diagnosestellung kommt im klinischen Alltag eine besondere Rolle zu, da diese die Weichen für eine frühe Erkennung und Behandlung der BPS stellt. Die Frühintervention der (subsyndromalen) BPS im Jugendalter stellt einen grundlegenden Baustein zur Verminderung langfristiger Folgeschäden dar und erhöht das psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen. Der Schlüssel zu einer Verbesserung der Versorgung für Jugendliche mit BPS liegt in einer Generierung von Wissen zu Vorläufersymptomen sowie einer evidenzbasierten, stadienspezifischen Behandlung (frühe Behandlung bereits subklinischer BPS mit Behandlungsintensität abgestuft nach dem Schweregrad). Weiterhin ist ein intensiver Transfer der Erkenntnisse aus der Forschung in die klinische Praxis wichtig, um das Wissen über die BPS im Jugendalter unter den Behandelnden und in der Folge die Versorgungssituation für die Patient_innen langfristig zu verbessern.

Literatur

Alvarez-Tomas, I., Ruiz, J., Guilera, G. & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, 56, 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>

APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: APA.

Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J. & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study. *Journal of Personality Disorders*, 27, 806–819. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_058

Birkhölzer, M., Schlüter-Müller, S. & Schmeck, K. (2020). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 171, w03105. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03105>

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>

Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, 398, 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)

Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M. & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 180–194. <https://doi.org/10.1037/a0028328>

Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M. & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 710. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00710>

Brunner, R., Henze, R., Parzer, P., Kramer, J., Feigl, N., Lutz, K., Essig, M. et al. (2010). Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: Is it disorder specific? *NeuroImage*, 49(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.07.070>

Bürger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., von Auer, K., Parzer, P. & Kaess, M. (2018). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 33, 1–16. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_334

Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scott, A., Corcos, M. & Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 27, 252–259. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.252>

Carmona, I. F. C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martin Blanco, A. & Soler, J. (2018). Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 46(6), 226–233.

Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating Early Intervention for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 330–341. <https://doi.org/10.1097/Hrp.0000000000000105>

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D. et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V. & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>

Chanen, A. M. & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45–53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>

Chanen, A. M. & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry, Suppl.* 54, s24–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>

Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J. & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: An early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 163–172. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0>

Chanen, A. M., Velakoulis, D., Carison, K., Gaunson, K., Wood, S. J., Yuen, H. P., Yucel, M. et al. (2008). Orbitofrontal, amygdala and

- hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 163(2), 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.08.007>
- Cohen, P., Chen, H., Gordon, K., Johnson, J., Brook, J. & Kasen, S. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 20, 633–650. <https://doi.org/10.1017/S095457940800031x>
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H. N. A., Anglin, D. M. & Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1013–1030. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000546>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Jama Psychiatry*, 74, 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Eaton, N. R. & Greene, A. L. (2018). Personality disorders: Community prevalence and socio-demographic correlates. *Current Opinion in Psychology*, 21, 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.001>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Fitzpatrick, S., Wagner, A. C. & Monson, C. M. (2019). Optimizing borderline personality disorder treatment by incorporating significant others: A review and synthesis. *Personality Disorder*, 10(4), 297–308. <https://doi.org/10.1037/per0000328>
- Fleck, L., Fuchs, A., Moehler, E., Parzer, P., Koenig, J., Resch, F. & Kaess, M. (2021). Maternal bonding impairment predicts personality disorder features in adolescence: The moderating role of child temperament and sex. *Personality Disorders*, 12(5), 475–483. <https://doi.org/10.1037/per0000433>
- Fleck, L., Fuchs, A., Moehler, E., Williams, K., Koenig, J., Resch, F. & Kaess, M. (2022). Child versus adolescent borderline personality disorder traits: Frequency, psychosocial correlates, and observed mother-child interactions. *Personality Disorders-Theory Research and Treatment* [advance online publication]. <https://doi.org/10.1037/per0000574>
- Flynn, S., Graney, J., Nyathi, T., Raphael, J., Abraham, S., Singh-Dernevik, S., Williams, A. et al. (2020). Clinical characteristics and care pathways of patients with personality disorder who died by suicide. *BJPsych Open*, 6(2), e29. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.11>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1307–1320. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., Gananca, L. et al. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 195, 105–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040>
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's look at what caused the epidemic of mental illness and how to cure it*. New York, NY: William Morrow.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Reynolds, E. K., Bagge, C. L., Latzman, R. D., Daughters, S. B. & Lejuez, C. W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1263–1291. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990150>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S. & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J. & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), e457–464. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08696>
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanan, A., Goodman, M., Mehrlum, L., Moran, P. et al. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31, 577–589. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C. & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (StiP-5.1). *Personality Disorders*, 8(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>
- Hutsebaut, J., Videler, A. C., Verheul, R., & Van Alphen, S. P. J. (2019). Managing Borderline Personality Disorder From a Life Course Perspective: Clinical Staging and Health Management. *Personality Disorders-Theory Research and Treatment*, 10(4), 309–316. <https://doi.org/10.1037/per0000341>
- Iliakis, E. A., Sonley, A. K. I., Ilagan, G. S. & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: Is supply adequate to meet public health needs? *Psychiatric Services*, 70, 772–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900073>
- In-Albon, T., Ruf, C. & Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 2013, 159208. <https://doi.org/10.1155/2013/159208>
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Fischer, G. (2016). The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30, 177–192. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_186
- Infurna, M. R., Fuchs, A., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Holz, B., Resch, F., Brunner, R. & Kaess, M. (2016). Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research*, 246, 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.013>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E. & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 410–413. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J. & Oldham, J. M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 16–23. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19755>
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J. & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14, 171–187. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.171>
- Johnstone, O. K., Marshall, J. J. & McIntosh, L. G. (2022). A review comparing dialectical behavior therapy and mentalization for adolescents with borderline personality traits, suicide and self-

- harming behavior. *Adolescent Research Review*, 7(2), 187–209. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00147-w>
- Jørgensen, M. S., Bo, S., Vestergaard, M., Størebø, O. J., Sharp, C. & Simonsen, E. (2021). Predictors of dropout among adolescents with borderline personality disorder attending mentalization-based group treatment. *Psychotherapy Research*, 31, 950–961. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1871525>
- Jørgensen, M. S., Størebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorovac, A. & Simonsen, E. (2021). Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features: A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLoS One*, 16(1), e0245331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331>
- Jovev, M., Whittle, S., Yucel, M., Simmons, J. G., Allen, N. B. & Chanan, A. M. (2014). The relationship between hippocampal asymmetry and temperament in adolescent borderline and antisocial personality pathology. *Development and Psychopathology*, 26(1), 275–285. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000886>
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanan, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134, 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J. A., Bobes, J. et al. (2014). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 611–620. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0490-y>
- Kaess, M., Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R. & Resch, F. (2020). Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent non-suicidal self-injury: A single-centre, randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 881–891. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01399-1>
- Kaess, M., Ghinea, D., Fischer-Waldschmidt, G. & Resch, F. (2017). Die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!SK) – ein Pionierkonzept der ambulanten Früherkennung und Frühintervention von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(6), 404–422. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.404>
- Kaess, M., Herpertz, S. C., Plener, P. L. & Schmahl, C. (2020). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48, 1–5. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000700>
- Kaess, M., von Ceumern-Lindenstjerna, I. A., Parzer, P., Chanan, A., Mundt, C., Resch, F. & Brunner, R. (2013). Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 46(1), 55–62. <https://doi.org/10.1159/000338715>
- Koenig, J., Hoper, S., van der Venne, P., Murner-Lavanchy, I., Resch, F. & Kaess, M. (2021). Resting state prefrontal cortex oxygenation in adolescent non-suicidal self-injury – A near-infrared spectroscopy study. *NeuroImage*, 31, 102704. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.102704>
- Koenig, J., Lischke, A., Bardtke, K., Heinze, A. L., Kroller, F., Pahnke, R. & Kaess, M. (2022). Altered psychobiological reactivity but no impairment of emotion recognition following stress in adolescents with non-suicidal self-injury. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Advance Online Publication] <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01496-4>
- Koenig, J., Weise, S., Rinnewitz, L., Parzer, P., Resch, F. & Kaess, M. (2018). Longitudinal covariance of resting-state cardiac function and borderline personality disorder symptoms in adolescent non-suicidal self-injury. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19, 152–157. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1342046>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C. & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51, 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Lenzenweger, M. F. & Desantis Castro, D. (2005). Predicting change in borderline personality: Using neurobehavioral systems indicators within an individual growth curve framework. *Development and Psychopathology*, 17, 1207–1237. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050571>
- Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A. & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062984>
- Lyons-Ruth, K., Brumariu, L. E., Bureau, J. F., Hennighausen, K. & Holmes, B. (2015). Role confusion and disorientation in young adult-parent interaction among individuals with borderline symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 29, 641–662. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_165
- Mahan, R. M., Kors, S. B., Simmons, M. L. & Macfie, J. (2018). Maternal psychological control, maternal borderline personality disorder, and adolescent borderline features. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment*, 9, 297–304. <https://doi.org/10.1037/per0000269>
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Miller, A. & Rathus, J. H. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Mitmansgruber, H. (2020). Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung: Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11. *Psychotherapie Forum*, 24(3), 89–99. <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00151-4>
- Ng, F. Y. Y., Bourke, M. E. & Grenyer, B. F. S. (2016). Recovery from borderline personality disorder: A systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS One*, 11(8), e0160515. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160515>
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., Akintomide, G. et al. (2018). Development and psychometric properties of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 44–56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285
- Oltmanns, T. F., Rodrigues, M. M., Weinstein, Y. & Gleason, M. E. (2014). Prevalence of personality disorders at midlife in a community sample: Disorders and symptoms reflected in interview, self, and informant reports. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 177–188. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9389-7>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1190–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., McKechnie, B., McCutcheon, L., Betts, J. & Chanan, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 5. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0056-6>

- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 319–324. <https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
- Rao, S., Heidari, P. & Broadbear, J. H. (2020). Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 33, 441–446. <https://doi.org/10.1097/Yco.0000000000000625>
- Scheirs, J. G. M. & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 195–203. <https://doi.org/10.1177/0020764006074554>
- Schmeck, K., & Birkholzer, M. (2021). The classification of personality disorders in ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49, 480–485. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000747>
- Schmeck, K., Weise, S., Schluter-Muller, S., Birkholzer, M., Furer, L., Koenig, J., Krause, M. et al. (2022). Effectiveness of adolescent identity treatment (AIT) versus DBT-a for the treatment of adolescent borderline personality disorder. *Personality Disorders* (Advance online publication). <https://doi.org/10.1037/per0000572>
- Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L. A. K., & Jacobi, F. (2019). Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt International*, 116(23–24), 405–+. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0405>
- Schuppert, H. M., Timmerman, M. E., Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M. G. & Nauta, M. H. (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1314–1323. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.002>
- Seiffert, N., Cavelti, M. & Kaess, M. (2020). Clinical staging models in the early detection and treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapeut*, 65, 351–356. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00448-4>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stoffers-Winterling, J., Størebø, O. J., & Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: An update of published, unpublished and ongoing studies. *Current Psychiatry Reports*, 22, 37. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>
- Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80, 18. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K. & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28, 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R. & Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 15, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- Underwood, M. K., Beron, K. J. & Rosen, L. H. (2011). Joint trajectories for social and physical aggression as predictors of adolescent maladjustment: Internalizing symptoms, rule-breaking behaviors, and borderline and narcissistic personality features. *Development and Psychopathology*, 23, 659–678. <https://doi.org/10.1017/S095457941100023x>
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E. M., Sobczak, S. & van Alphen, S. P. J. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 21, 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., Flessa, S. & Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research Therapy*, 61, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.004>
- Wagner, T., Roepke, S., Marschall, P., Stiglmayr, C., Renneberg, B., Gieb, D., Dambacher, C. et al. (2013). Societal cost-of-illness of borderline personality disorder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42, 242–255. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000227>
- Weise, S., Parzer, P., Zimmermann, R., Furer, L., Resch, F., Kaess, M., & Koenig, J. (2020). Emotion dysregulation and resting-state autonomic function in adolescent borderline personality disorder-A multimodal assessment approach. *Personality Disorders*, 11(1), 46–53. <https://doi.org/10.1037/per0000367>
- Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A., Fisher, H. L. et al. (2020). Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: Findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 1165–1177. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.005>
- Whittle, S., Chanen, A. M., Fornito, A., McGorry, P. D., Pantelis, C. & Yucel, M. (2009). Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 172, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2008.12.004>
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J. & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S. T., Thompson, A., Eyden, J. & Singh, S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 2237–2251. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000318>
- Winsper, C., Zanarini, M. & Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological Medicine*, 42, 2405–2420. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- Wolke, D., Schreier, A., Zanarini, M. C. & Winsper, C. (2012). Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02542.x>
- Wong, J., Bahji, A. & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for adolescents with subclinical and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C. & Fitzmaurice, G. M. (2015). The course of marriage/sustained cohabitation and parenthood among borderline patients followed prospectively for 16 years. *Journal of Personality Disorders*, 29(1), 62–70. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_147
- Zimmermann, R., Steppan, M., Zimmermann, J., Oeltjen, L., Birkholzer, M., Schmeck, K. & Goth, K. (2022). A DSM-5 AMPD and ICD-11 compatible measure for an early identification of per-


sonality disorders in adolescence-LoPF-Q 12–18 latent structure and short form. *PLoS One*, 17(9), e0269327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269327>

Förderung

Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

ORCID

Arne Bürger

 <https://orcid.org/0000-0002-5203-6510>

Dr. phil. Arne Bürger

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Würzburg
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg
Deutschland
Buerger_A@ukw.de