

Fleischhaker
Schulz



Borderline- Persönlichkeits- störungen im Jugendalter

Remschmidt
Schmidt (Hrsg.)
Manuale
psychischer Störungen
bei Kindern
und Jugendlichen



Springer

Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Christian Fleischhaker

Eberhard Schulz

Borderline- Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Fleischhaker

Prof. Dr. med. Eberhard Schulz

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Universitätsklinikum

Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Hauptstraße 8

79104 Freiburg

ISBN-13 978-3-540-68283-7 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH

ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg

Lektorat: Dr. Karen Strehlow, Berlin

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

SPIN: 12213689

Gedruckt auf säurefreiem Papier

18/5135 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Die Arbeitsgruppe »Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)« in Freiburg beschäftigt sich seit mehr als 9 Jahren mit der Implementierung und Weiterentwicklung der DBT-A im ambulanten und stationären Setting im deutschsprachigen Raum.

In diesem Umfeld entstand das vorliegende Buch über Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha Linehan für chronisch parasuizidale Frauen entwickelt, bei denen zusätzlich die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt worden war. Parasuizidal ist hierbei definiert als jegliches akute und intendierte Verhalten mit oder ohne die Intention zu sterben, das zu einer physischen Schädigung führt. Die dialektisch-behaviorale Therapie basiert auf einem neurobehavioralen Modell, das bei diesen Patienten eine Störung der Emotionsregulation ins Zentrum rückt: neurobiologische Faktoren, frühe traumatische Erfahrungen und/oder ein soziales Umfeld, das die Entwicklung von emotionaler Intelligenz, sozialer Kompetenz und ausreichendem Selbstvertrauen nicht ermöglicht, fallen zusammen und fördern die Entwicklung von dysfunktionalen Grundannahmen bei diesen Jugendlichen. Darüber hinaus besteht eine ausgeprägte Störung der zwischenmenschlichen Kommunikation im sozialen Umfeld der Jugendlichen, ein latentes Gefühl von Bedrohung und Kontrollverlust sowie eine hohe Grundanspannung, was die Reaktionsschwelle für das Auslösen unspezifischer Anspannungs- und Erregungsphänomene senkt. Diese werden subjektiv äußerst unangenehm erlebt und häufig durch Selbstverletzungen beendet. Die DBT gibt für solche Patienten zunächst eine dynamisch hierarchisierte Behandlungsstruktur vor, die eine Ausrichtung der jeweiligen Ziele und Interventionen an die häufig wechselnden psychischen und sozialen Bedingungen der Patienten ermöglicht, ohne dabei die Orientierung im therapeutischen Behandlungsprozess zu verlieren. Die Symptome auf der Problemebene einschließlich auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen sowie die angestrebten Verhaltensveränderungen werden auf der Grundlage der kognitiv-behavioralen Lerntheorie mit Verhaltensanalysen erfasst.

Um Patienten zur Verhaltensveränderung zu motivieren, sind jedoch tief greifendere Maßnahmen zur Beziehungsgestaltung und Validierung der jeweils subjektiven Sichtweisen der Betroffenen notwendig, um diese in der Therapie zu halten. Zum besseren Verständnis der Verhaltensschwierigkeiten sind sowohl für den Therapeuten als auch für den Jugendlichen und seine Familie die in den folgenden Kapiteln ausgeführten Überlegungen wichtig, um über ein adäquates und für alle Seiten akzeptables Erkrankungskonzept zu einem guten und tragfähigen therapeutischen Bündnis zu kommen.

Aufgrund dieser Überlegungen ist es darüber hinaus ein besonderes Anliegen der DBT, dialektische Fähigkeiten zu schulen. Hinzu kommen spezifische Fertigkeiten, die sich als hilfreich im konkreten Problemfall erwiesen haben, z. B. die Fähigkeit zur Spannungsregulation, die Modulation von Emotionen, interpersonelle Fertigkeiten sowie Methoden zur Aufmerksamkeitsfokussierung auf die innere Befindlichkeit und das Stehen im »Hier und Jetzt«, die aus dem Zen entnommen wurden.

DBT ist derzeit das am besten empirisch begründete Therapieverfahren für suizidale Multiproblempatienten, dessen Wirksamkeit in 9 randomisierten Untersuchungen von 4 verschiedenen Arbeitsgruppen nachgewiesen werden konnte. Gegenüber der Standard-DBT wurde für die Arbeit mit Jugendlichen durch Miller und Rathus (1997) eine Reihe von Modifikationen vorgenommen, um die Behandlung der jugendlichen Zielgruppe anzupassen. DBT-A für Jugendliche besteht aus einer Einzeltherapie, regelmäßigen Familiengesprächen, einem Fertigkeiten-Training in der Gruppe unter Integration eines nahen Angehörigen, einer Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten und einer Supervisionsgruppe. In der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Freiburg wurde die amerikanische Version des DBT-A den deutschen Verhältnissen angepasst und übersetzt. Es wurde ein deutsches Therapiemanual erstellt und in einer Pilotstudie evaluiert. Die Wirksamkeit der Therapie konnte anhand eines Prä-Post-Vergleichs mit standardisierten Skalen zur Selbst- und Fremdeinschätzung evaluiert werden. Die Stabilität des positiven Therapieeffektes mit Effektstärken zwischen 1,1 und 2,9 konnte in einer Nachuntersuchung 12 Monate nach Therapieende nachgewiesen werden (Fleischhaker et al. 2006). Die positiven Therapieeffekte zeigen sich insbesondere in einer signifikanten Reduktion von selbstverletzenden Verhaltensweisen, einer Verbesserung depressiver Symptome und Lebensqualität der betroffenen Jugendlichen.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei unseren Patienten und ihren Familien für die vielseitigen Anregungen bedanken.

Zudem danke ich Herrn Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, dem Herausgeber dieser Reihe, für die Einladung, diese Monografie zu verfassen. Dank zu sagen ist auch allen, die zur Konzeption und Fertigstellung des Buches beigetragen haben: den Mitarbeitern der Freiburger Arbeitsgruppe DBT-A und den Kollegen der Freiburger Klinik. Unser Dank gilt zudem Frau Sybille Tomakidi für die hausinterne Redaktion und das Lektorat, vom Springer-Verlag Frau Renate Scheddin für die Planung und Frau Renate Schulz für das umfassende Projektmanagement des Buches. Frau Dr. Karen Strehlow hat als externe Lektorin dem Buch noch den letzten Schliff gegeben, auch ihr herzlichen Dank dafür.

Ebenso gilt unser Dank Herrn Prof. Dr. Martin Bohus (Mannheim) und Alec Miller (New York) für die tatkräftige Unterstützung bei der Implementierung des Therapieprogramms.

Für das gesamte Team

Christian Fleischhaker und Eberhard Schulz
Freiburg, im Herbst 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Ein Blick zurück:		
	Zur Geschichte der Borderline-		
	Persönlichkeitsstörung	1	
2	Worum es geht: Definition,		
	Klassifikation und Epidemiologie	7	
2.1	Definition und Klassifikation		
	von Persönlichkeitsstörungen	8	
2.2	Besonderheiten der Borderline-		
	Persönlichkeitsstörung im Kindes-		
	und Jugendalter	10	
2.3	Der Begriff »Psychopathie« in der		
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	11	
2.4	Epidemiologie der Borderline-		
	Persönlichkeitsstörung im Kindes-		
	und Jugendalter	11	
2.5	Konzepte von Persönlichkeits-		
	störungen	13	
2.5.1	Psychoanalytische und dimensionale		
	Konzepte von Persönlichkeits-		
	störungen	16	
2.5.2	Persönlichkeitsentwicklungs-		
	störungen	19	
3	Ätiologie von Borderline-		
	Persönlichkeitsstörungen	21	
3.1	Psychosoziale Belastungen	22	
3.2	Genetik	22	
3.3	Bildgebung	24	
3.4	Neurobiologie der Borderline-		
	Persönlichkeitsstörung	25	
3.5	Schmerzsensitivität und Veränderungen		
	von Neurotransmittersystemen	27	
4	Störungsspezifische Diagnostik	29	
4.1	Diagnostik von Borderline-		
	Persönlichkeitsstörungen im Kindes-		
	und Jugendalter	30	
4.1.1	Zur Diagnosestellung von Persönlichkeits-		
	störungen im Jugendalter	31	
4.1.2	Komorbidität	32	
4.2	Spezielle Anamnese	32	
4.3	Psychologische Diagnostik	33	
4.4	Dimensionale Diagnostik	35	
4.5	Strukturierte Interviewverfahren zur		
	Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen		37
4.6	Differenzialdiagnostik	39	
5	Der Blick auf das Besondere	43	
5.1	Stabilität von Persönlichkeitsmerk-		
	malen und Temperamentsmerkmalen	44	
5.1.1	Stabilität von Persönlichkeitsmerk-		
	malen über die Zeit	44	
5.1.2	Stabilität von Temperaments-		
	merkmalen	45	
5.1.3	Die Entwicklung der kindlichen		
	Emotionsregulation	45	
5.2	Emotional instabile Persönlichkeits-		
	störungen vom Borderline-Typus		
	(ICD-10 F60.31)	48	
5.3	Ergebnisse von longitudinalen Studien		
	von sog. Borderline-Kindern	52	
5.4	Selbstschädigende Verhaltensweisen		
	im Kindes- und Jugendalter	53	
5.5	Suizidales und parasuizidales Verhalten		
	54		
5.6	Borderline-Persönlichkeitsstörung		
	und Suizidalität	55	
6	Was zu tun ist: Interventionen	57	
6.1	Die Transference Focused Therapy (TFP)		
	59		
6.1.1	Besonderheiten der TFP		
	für Adoleszente (TFP-A)	61	
6.2	Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)		
	64		
6.2.1	Fallbeispiel	65	
6.2.2	Die dialektisch-behaviorale Therapie		
	für Jugendliche (DBT-A)	66	
6.2.3	Wirksamkeit der dialektisch-behavioralen		
	Therapie (DBT)	75	
6.2.4	Andere Formen der kognitiv-behavioralen		
	Therapie für suizidale Jugendliche	78	

6.2.5	Häufig auftretende Probleme	79	Anhang	97
6.3	Pharmakologische Behandlung von Symptomen	79	A1	Wochenprotokoll 99
6.3.1	Empfehlungen zu Substanzgruppen . .	80	A2	Notfallkarte 101
6.3.2	Empfehlungen zu Symptomgruppen . .	84	A3	Vordruck Verhaltensanalyse 103
6.3.3	Klinische Empfehlung zur psychopharmakologischen Behandlung	86	A4	Abschlusszertifikat zum DBT-A-Programm 105
			A5	Leitfaden für Lehrer – Selbstschädigendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter . . 107
7	Der Blick voraus: Verlauf und Prognose	91	A6	Ratgeber für Eltern/Sorgeberechtigte von Kindern mit selbstschädigendem Verhalten 115
7.1	Verlauf der Borderline-Persönlichkeits- störung im Kindes- und Jugendalter . .	92	A7	Beratung und Ansprechpartner 117
8	Was wir nicht wissen: Offene Fragen der Borderline-Persönlichkeits- störung im Kindes- und Jugendalter	93	A8	Auszüge aus dem Manual »Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche« (DBT-A) 119
			Literatur	129
			Stichwortverzeichnis	137

Ein Blick zurück: Zur Geschichte der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Die heute von uns verwendeten Konzepte zu Persönlichkeitsstörungen haben ihre Wurzeln in verschiedenen erwachsen-psychiatrisch geprägten Sichtweisen zur Psychopathologie von abnormen Persönlichkeiten und lassen sich entsprechend Saß (1987) in eine französische, eine angloamerikanische und eine deutsche Tradition gliedern (Helander u. Carlsson 1996).

Im 18. Jahrhundert wurden vor allem in Frankreich psychische Erkrankungen generell im Kontext mit einer kognitiven Beeinträchtigung gesehen. Pinel (1809) unternahm als einer der Ersten den Versuch, die gestörte Persönlichkeit als eine nosologische Einheit zu betrachten. In seinem Konzept einer »Manie sans délire« sah er primär eine Beeinträchtigung der affektiven Funktionen bei ungestörten Verstandeskräften. In Fallbeispielen beschrieb er Patienten mit einer deutlichen emotionalen Instabilität und dissozialen Tendenzen, also zwei Bereiche, die auch heute noch für die Symptomatik der Persönlichkeitsstörungen zu den zentralen Merkmalen zählen. Aus ätiologischer Sicht diskutierte Pinel auf der einen Seite eine mangelhafte Erziehung und auf der anderen Seite eine perverse, zügellose Veranlagung, womit er schon damals die bis heute aktuelle Polarität zwischen mehr endogenen oder eher biografisch entstandenen Ursachen aufgeworfen hat. Auch in den Beschreibungen von Esquirol (1838) finden sich – bei ebenfalls unbeeinträchtigter Intelligenz der Patienten – verschiedene Auffälligkeiten, die heute zum Gebiet der Persönlichkeitsstörungen gezählt werden.

Einen besonderen Einfluss auf die weitere Ideengeschichte der Persönlichkeitsstörungen wurde Morel (1857) zugeschrieben durch seine Lehre von den Degenerationen, die krankhafte Abweichungen vom normalen Bild des Menschen darstellten. Degenerationen, die durch schädliche Umgebungseinflüsse entstanden und durch Vererbungen im zunehmenden Schweregrad der Störungen von Generation zu Generation weitergegeben worden waren. Die Generati-

onslehre wurde von Magnan (Magnan u. Legrain 1895; Etevenon et al. 1981) zur Auffassung einer gesetzmäßigen Abfolge bestimmter Krankheitsbilder übersteigert. Wie schon bei den genannten Vorgängerkonzepten war auch diese durch im Vordergrund stehende affektive Besonderheiten bei ungestörten kognitiven Fähigkeiten charakterisiert. Ätiologisch stand seit diesem Zeitpunkt die Vorstellung einer im Nervensystem infundierten Dysbalance und Fragilität im Vordergrund des Denkens über abnorme Persönlichkeiten und führte in der »Doctrine des constitutions« von Dupré (1925) zum Konzept einer »Déséquilibration mentale« im Sinne einer hereditär verankerten psychopathischen Degeneration. Auf dieser Grundlage entwickelten sich dann gemeinsam mit sozialdarwinistischem Gedankengut in Deutschland die folgenschweren und entsetzlichen konzeptuellen Verirrungen über »lebensunwertes Leben« (Binding u. Hoche 1920).

In der nordamerikanischen Psychiatrie wurde Pinels Konzept der »Manie sans délire« von Benjamin Rush (1962; Original 1812) positiv aufgenommen, und er beschrieb diese Patienten mit dem Begriff der »Moral alienation mind«. Ähnlich einflussreich wurde das in England von Prichard (1835) vorgelegte Konzept der »Moral insanity«. Da dem Begriff »Moral« in den verschiedenen Sprachräumen unterschiedliche Bedeutungen zugewiesen wurden (und werden), kam es oft zu inhaltlichen Missverständnissen mit einer Tendenz zur Einengung der abnormen Persönlichkeiten auf einen Typus mit im Vordergrund stehender Delinquenz und sozialer Devianz. Von den ursprünglichen englischsprachigen Autoren war hingegen »Moral« in einem sehr viel umfassenderen Sinne verstanden worden. Sie verstanden unter dem Begriff »Moral« vor allem ein ethisch rechtmäßiges Verhalten mit gesunden Kräften des Gefühls und des Willens im Gegensatz zu denen des Intellekts. In der weiteren Entwicklung wurden unter dem Begriff »Moral insanity« zunehmend Menschen ver-

standen, die durch amoralisches, gesellschaftsschädigendes und delinquentes Verhalten auffielen. Im Rahmen zusätzlich aufgeworfener rechtlicher Ordnungsvorstellungen war dann von Maudsley (1874) für diese Personen eine verminderte Schuldfähigkeit angenommen worden. Im Gegensatz zu vielen seiner Zeitgenossen vertrat er die Ansicht, dass diese Menschen von ihren Emotionen und Impulsen zu Straftaten getrieben werden könnten.

Als ideengeschichtliche Konsequenz dieser Einengung des Psychopathiebegriffs auf delinquente, gesellschaftsschädigende Verhaltensweisen wandelte sich schließlich der Störungsbegriff der psychopathischen Persönlichkeit in Richtung der Bezeichnung »Soziopathie«. Aktuell verwendet das Mental Health Act in Großbritannien den Begriff der »psychopathic disorder« im Sinne eines abnorm aggressiven und verantwortungslosen Verhaltens. Dieser Begriff wird jedoch auch heftig diskutiert, da »psychopathy« in Großbritannien auch als Oberbegriff für verschiedene Persönlichkeitsabnormalien verwendet wird.

Auch in nordamerikanischen Psychopathiekonzeptionen des 20. Jahrhunderts wurde die Definition der Psychopathen eingeschränkt auf Personen mit einem antisozialen Verhalten, das keine adäquate Motivation erkennen lässt, und nicht durch eine Psychose oder Neurose bedingt ist. Als weitere Hauptströmung zum Konzept der abnormen Persönlichkeiten im 20. Jahrhundert ist die psychoanalytische Charakterkunde durch Meyer und Freud zu nennen. Im deutschsprachigen Raum wurde der Begriff der »Psychopathie« zunächst als unspezifischer Oberbegriff für alle psychischen Abnormitäten verwendet. Ende des 19. Jahrhunderts wurde von Koch erstmals die Bezeichnung »psychopathische Minderwertigkeiten« verwendet. Der Ausdruck »Minderwertigkeit« ist hierbei im Zusammenhang mit einer Degenerationslehre zu sehen. Koch unterschied hierbei generell die angeborene und erworbene psychopathische Verfassung, wobei die

meisten späteren Psychopathentypen mit angeborenen psychischen Belastungen in Beziehung gesetzt wurden. Von Kraepelin wurde in seinem Lehrbuch (1883) das Konzept der psychopathischen Zustände im Sinne des heutigen Verständnisses von abnormen Persönlichkeiten entwickelt. Der Begriff der psychopathischen Persönlichkeit erscheint bei Kraepelin erstmals 1903 in der 7. Auflage seines Lehrbuches, wo dieser Begriff vor allem unter dem Schwerpunkt der Dissozialität gesehen wurde. In den folgenden Jahrzehnten entwickelte vor allem Kretschmer konstitutionstypologische Entwürfe, die annahmen, dass es spezifische Zusammenhänge zwischen Körpertypen und Persönlichkeit gäbe. Diese angenommenen Zusammenhänge konnten jedoch später in empirischen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Von Kurt Schneider wurde schließlich in seiner Monografie (1923) mit dem Titel »Die psychopathischen Persönlichkeiten« eine deskriptiv-symptomatologische wertneutrale Beschreibung von psychopathischen Persönlichkeiten vorgenommen. Als abnorme Persönlichkeiten definierte er solche Menschen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitseigenschaften »von einer uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmbar Norm abweichen«. Als zweiten Schritt zur psychopathischen Persönlichkeit sah Kurt Schneider insbesondere, dass die Betroffenen selbst und/oder die Gesellschaft unter diesen Abnormitäten leiden müsse. Dieser Gedanke entspricht inhaltlich den heutigen Definitionen von Persönlichkeitsstörungen, z. B. entsprechend der ICD-10. Im Einzelnen unterschied Kurt Schneider 10 Typen psychopathischer Persönlichkeiten, unter anderem auch die stimmungslabilen und die explosiblen, wie sie uns heute ähnlich in der Borderline-Persönlichkeitsstörung begegnen.

Im ersten deutschsprachigen kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrbuch von Hermann Emminghaus (1976; Original von 1887) wird der Bereich der Persönlichkeitsstörungen weitgehend ausgespart. In einem einzigen Kapitel geht

Emminghaus auf »Gemüthsentartungen« und sog. moralisches Irresein ein. An Symptomen beschreibt Emminghaus ungewöhnliche Reizbarkeit, Zornesparoxysmen, das Kind verhalte sich kalt, abweisend und undankbar gegenüber Freundlichkeiten, schlage, peinige die Anderen, ruiniere Spielzeug und offenbare Freude am Wehegefühl anderer, zeige keine Reue auf Tadel, und gehäuft komme es zu Tierquälerei, Brandstiftung, aber auch Mord. Diese seit der frühesten Kindheit bestehenden Symptome einer schweren Störung des Sozialverhaltens nach unseren heutigen Klassifikationssystemen sei nach Emminghaus i. d. R. das Produkt schwerer erblicher Belastungen. Bezüglich der Prognose führt Emminghaus aus, dass es meistens mit andauerndem kompletten Ausfall der kindlichen »Gutmüthigkeit und der altruistischen Gemüthsbewegungen« einhergehe.

In kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrbüchern der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts wird der Begriff der Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter weitgehend abgelehnt. Die aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie stammende Konzeption der Persönlichkeitsstörungen wurde als nicht vereinbar mit entwicklungspsychiatrischen Aspekten angesehen. Die durch den Entwicklungsgedanken zentral bestimmte Kinder- und Jugendpsychiatrie war mit dem Konzept der Persönlichkeitsstörungen, geprägt von stabilen und weitgehend fixierten Verhaltensmustern, nicht vereinbar. Dieser Widerspruch erklärt weitgehend die Tatsache, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur sehr selten von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung Gebrauch gemacht wurde. In der kinderpsychiatrischen Entwicklungspsychopathologie wurde zwar die Bedeutung des Temperaments als Beschreibungsmöglichkeit von Verhaltensstilen in der Entwicklung des Kindes anerkannt. Dies beinhaltete allerdings lediglich eine gewisse Bahnung für verschiedene psychische Störungen, betonte jedoch gleichzeitig das intensive Wechselspiel zwischen Temperament und Reaktionen

der psychosozialen Umwelt bis zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter. Erst mit der aktuellen Entwicklung einer Konzeption von Persönlichkeitsstörungen mit sehr viel weniger verlaufsstabilen und fixierten Verhaltensmustern im Bereich der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter ist dieser Begriff zumindest für das Jugendalter adaptierbar und klinisch anwendbar.

Das ursprünglich aus der Psychoanalyse stammende Konzept der Borderline-Störung beschrieb in der Anwendung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder einen Grenzbereich jenseits der sog. psychotischen und neurotischen Störungen, der aber noch nicht den Psychosen zugerechnet wurde. Als im Vordergrund stehende Defizite in der Entwicklung stabiler Funktionen wurden aus Sicht der Psychoanalyse folgende Bereiche angesehen:

- Impulskontrolle,
- Affektmodulation,
- Kognitionen und
- Objektbeziehungen.

Aus psychoanalytischer Sicht haben Menschen mit einer Borderline-Störung noch nicht die relativ stabile Organisationsstruktur von Persönlichkeiten gefunden, wie sie bei klassischen Psychoneurosen angenommen wurden.

Vor dem Hintergrund mangelhafter nosologischer Validität dieser psychoanalytischen Konzepte wurden Bemühungen unternommen, diese beschriebenen Auffälligkeiten in eher deskriptiv gehaltene Begrifflichkeiten zu übersetzen. Trotz dieser Bemühungen um klare Definitionen ist der Gebrauch des Begriffs »Borderline-Störung« bei Kindern und Jugendlichen im tiefenpsychologischen Kontext sehr uneinheitlich geblieben. Die sehr häufig betonte psychosenahe Symptomatik im Sinne von Denk- und Kognitionsstörungen bei Borderline-Störungen wird durch die Kriterien der ICD-10 keinesfalls abgedeckt. Diese psychosenahen Anteile des psychoanalytischen Konzeptes der Borderline-Störung wer-

den in der ICD-10 am ehesten unter der Kategorie der schizotypen Störungen (F21) definiert und eingeordnet. Die nosologische Unschärfe des Begriffs der schizotypen Störungen bleibt jedoch auch bei der ICD-10 angesichts der unklaren Grenze zur Schizophrenia simplex oder auch zur schizoiden und paranoiden Persönlichkeitsstörung weiterhin bestehen.

Diese andauernde Problematik der Einordnung dieser Symptomatik zeigt noch einmal auf, dass die aktuelle Definition und Klassifikation

der Persönlichkeitsstörungen weiter im Fluss ist und sich die Entwicklung aus klinischer Sicht am ehesten in Richtung eines multipolaren, dimensional konstruierten Konstrukts der Persönlichkeitsstörungen bewegen wird. Diese neueren Modelle beinhalten, wie in den folgenden Kapiteln beschrieben, in erheblichem Ausmaß entwicklungspsychopathologische Konzepte und sind damit auch für den Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sehr viel besser vertretbar und anwendbar.

Worum es geht: Definition, Klassifikation und Epidemiologie

- 2.1 Definition und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen – 8**
- 2.2 Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter – 10**
- 2.3 Der Begriff »Psychopathie« in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – 11**
- 2.4 Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter – 11**
- 2.5 Konzepte von Persönlichkeitsstörungen – 13**
 - 2.5.1 Psychoanalytische und dimensionale Konzepte von Persönlichkeitsstörungen – 16**
 - 2.5.2 Persönlichkeitsentwicklungsstörungen – 19**

2.1 Definition und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Der Begriff »Persönlichkeitsstörungen« erfasst für den einzelnen Menschen typische, stabile und beherrschende/pervasive Verhaltensweisen, die sich als rigide Reaktionsmuster in verschiedenen Lebenssituationen manifestieren und mit persönlichen Einbußen im Funktionsniveau und/oder mit persönlichem Leidensdruck einhergehen.

Definition

Was ist eine Persönlichkeitsstörung?
Nach DSM-IV:

»Persönlichkeitszüge stellen überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst dar. Sie kommen in

▼

einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen und Zusammenhänge zum Ausdruck. Nur dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und unangepasst sind und in bedeutsamer Weise zu Funktionsbeeinträchtigungen oder subjektivem Leiden führen, bilden sie eine Persönlichkeitsstörung. Das wesentliche Merkmal einer Persönlichkeitsstörung ist ein andauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht.«

Diese Definition beinhaltet einerseits, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen aufgrund der noch vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten zurückhaltend gestellt werden sollte, andererseits lässt sich vor allem auch bei der Borderline-Persönlichkeits-

Tab. 2.1. Persönlichkeitsstörungen in ICD-10 und DSM-IV

	ICD-10	DSM-IV
Cluster A Sonderbar, exzentrisch	Paranoide PS (F60.0) Schizoide PS (60.1)	Paranoide PS Schizoide PS Schizotypische PS
Cluster B Dramatisch, emotional	Dissoziale PS (F60.2)	Antisoziale PS
	Emotional instabile PS Impulsiver Typ (F60.30) Borderline-Typ (F60.31)	Borderline-PS
	Histrionische PS (F60.4)	Histrionische PS Narzistische PS
Cluster C Ängstlich, vermeidend	Anankastische PS (F60.5)	Zwanghafte PS
	Ängstlich-vermeidende PS (F60.6)	Selbstunsichere PS
	Abhängige PS (F60.7)	Abhängige PS
	Andere PS (F60.8)	
	Narzistische PS	
	Passiv-aggressive PS	(Passiv-aggressive PS)
PS Persönlichkeitsstörung		

störung ein eindeutiges Kontinuum zwischen den Verhaltensmustern in Kindheit und Jugend und denen des Erwachsenenalters nachweisen, sodass aus unserer klinischen Erfahrung heraus die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ab dem 16. Lebensjahr regelhaft als sinnvoll erachtet werden kann.

Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen ist in Anlehnung an die ICD-10 in ■ Tab. 2.1 wiedergegeben und ist weitgehend deckungsgleich mit den Definitionen nach DSM-IV. Die Definition für eine Persönlichkeitsstörung in den beiden derzeit gebräuchlichen Klassifikationssystemen entspricht auch weitgehend der Definition von Schneider (Schneider 1923), der sowohl die statistische Norm als auch das Leiden des Betroffenen und/oder das Leiden der Um-

welt an dem Betroffenen hervorhob. Die vorliegenden Definitionen von Persönlichkeitsstörungen erscheinen auch im klinischen Kontext ausgesprochen sinnvoll, da hinsichtlich des zu beurteilenden Verhaltens keine Idealnorm; sondern eine statistische Norm in unserer Bevölkerung angenommen wird. Von Vorteil ist dabei, dass die Beurteilung der Symptomatik weniger von religiösen, philosophischen und moralischen Ideologien abhängig gemacht wird.

Aufgrund der vorliegenden aktuellen Verlaufsuntersuchung ist inzwischen auch im Erwachsenenalter die Vorgabe der Klassifikationssysteme nach hoher Stabilität der Störung – insbesondere auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung – kaum noch aufrechtzuerhalten.

ICD-10: Allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörungen

- I. Die charakteristischen und dauerhaften Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben (»Normen«) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:
 - Kognition (d. h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen, Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
 - Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
 - Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
 - Die Art des Umgangs mit anderen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen
- II. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen »triggernden Stimulus« oder eine bestimmte Situation)
- III. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind deutlich dem unter II. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben
- IV. Nachweis, dass die Abweichung stabil und von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat
- V. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden, es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F00–F07 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern
- VI. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll Kategorie F07 verwendet werden)

2.2 Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein charakteristisches Muster von Instabilitäten im Bereich der Affektregulation, der Impulskontrolle, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes aus.

Selbstschädigende Verhaltensweisen als Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung haben unter Jugendlichen deutlich zugenommen. Unter Verwendung kategorialer Diagnostikinstrumente wird die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen mit 3–18 % angegeben. Diese hohen Prävalenzraten unterstreichen einerseits die Bedeutung von selbstschädigendem Verhalten und der Borderline-Persönlichkeitsstörung für das Gesundheitssystem, andererseits zeigen die stark variierenden Zahlen aber auch, dass gerade im Jugendalter eine reliable Diagnosestellung sehr schwierig ist (s. nachfolgende zwei Übersichten bezüglich der Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung entsprechend ICD-10).

Auch Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen hohe Inanspruchnahmeraten der hausärztlichen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung aufgrund von Suizidversuchen und selbstschädigenden Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen oder Substanzmissbrauch (Brunner et al. 2003). Damit sind hohe Kosten verbunden, die – zumindest für den Erwachsenenbereich – bei etwa 15 % der Gesamtkosten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung liegen (Jerschke et al. 1998).

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung ICD-10 (F60.3)

ICD-10 (F60.30) Impulsiver Typus

- a) Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein
- b) Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter:
 1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
 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
 4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
 5. unbeständige und launische Stimmung

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung ICD-10 (F60.3)

ICD-10 (F60.31) Borderline-Typus

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein
- B. Mindestens drei der unter F60.30 erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
 1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und



»inneren Präferenzen« (einschließlich sexueller)

2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. Anhaltende Gefühle von Leere

2.3 Der Begriff »Psychopathie« in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ein profunder Überblick zum Begriff der »Psychopathie« in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde von Remschmidt 1978 publiziert. Remschmidt zeichnet in diesem Artikel die verschiedenen Entwicklungslinien und Strömungen zum Begriff der Psychopathie im Kindes- und Erwachsenenalter nach. In diesem Artikel wird der Psychopathiebegriff fast deckungsgleich mit dem Begriff der Persönlichkeitsstörung verwendet. Der Psychopathiebegriff wird hier nicht auf eine schwere Persönlichkeitsstörung eingeschränkt, die bei den Betroffenen mit dem weitgehenden oder völligen Fehlen von Empathie, sozialer Verantwortung und Gewissen einhergeht, sondern wird ähnlich wie der Begriff der Persönlichkeitsstörung gebraucht.

Der Begriff der Psychopathie wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer problematisch angesehen. In der Diskussion zu diesem Begriff wird ein fundamentales Problem der Psychopathologie und des Menschseins immer wieder getroffen, nämlich die Frage nach dem Charakter und der Persönlichkeit, ihrer Abgrenzung und wechselseitigen Interaktion.

Vor dem Hintergrund des Psychopathiebegriffes im Erwachsenenalter, wie er im vorher-

gehenden Kapitel nachgezeichnet wurde, ist der Psychopathiebegriff zumindest für das Kindesalter abzulehnen und kann erst sinnvoll ab der späten Adoleszenz zur Anwendung kommen. Diese Meinung liegt v. a. darin begründet, dass auch heute noch abnorme Varianten der Persönlichkeit im Kindesalter nur so unsicher diagnostiziert werden können, dass diese Diagnose quasi wertlos wird. Darüber hinaus ist mit diesem Begriff, zumindest in der klassischen Auffassung, immer noch eine extrem schlechte Prognose verbunden, die therapeutische Interventionen hochgradig beeinträchtigt. Heute sind therapeutische Interventionen auch in diesem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich und hoch effektiv.

2.4 Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

Bisher liegen nur wenige Daten über die Prävalenz von selbstschädigendem Verhalten als Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen vor, wobei klinisch eine deutliche Zunahme zu beobachten ist (Favazza 1998). So fanden Resch und Mitarbeiter (2001) unter 161 konsekutiv in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommenen Jugendlichen bei 19 % selbstschädigende Verhaltensweisen. In einer Stichprobe von 5.000 15-jährigen Schülern lag die Lebenszeitprävalenz für mindestens eine Selbstverletzung bei ca. 15–20 % (Brunner et al. 2007). Wie viele dieser Patienten an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden oder zumindest Risikopatienten für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellen, ist weiterhin Spekulation.

Die Punktprävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendlichenalter wird unter Verwendung kategorialer Diagnoseinstrumente mit 3–18 % angegeben: Hohe Prävalenzraten von 18 % bzw. 10,8 % fanden Chabrol et al.

(2001) bei 16-jährigen Mädchen und Bernstein et al. (1993) bei 11- bis 21-jährigen. Niedrigere Prävalenzraten von 3 % berichten Zanarini in einer repräsentativen Stichprobe 13-Jähriger in Bristol/England. Die großen Schwankungen in den Prävalenzraten bestätigen, dass die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter im Querschnitt nur schwer zu stellen ist. Dies kann sowohl darin begründet liegen, dass adolescententypische Probleme zu einer falsch positiven Überschätzung der Häufigkeit führen (Levy et al. 1999), als auch darin, dass Schwankungen in der Psychopathologie in Abhängigkeit von akuten Belastungen oder bedeutsamen Krisen vorliegen (Becker et al. 2001).

Aus diesem Grund sieht die ICD-10 überhaupt keine Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendlichenalter« vor, während im DSM-IV die Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen möglich ist, wenn die »maladaptativen Persönlichkeitsmuster persistierend (1 Jahr) erscheinen und ihr Auftreten nicht an bestimmte Entwicklungsphasen oder Episoden einer Achse I-Störung gekoppelt ist«. Dass diese Kriterien problematisch sind, zeigt nicht zuletzt die Tatsache, dass für das Jugendalter nur eine geringe Stabilität der kategorialen Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung von einigen Studien an kleinen Fallzahlen gezeigt werden konnte: so erfüllen im 2- bis 3-Jahres-Verlauf nur noch zwischen 15 und 50 % der Borderline-Persönlichkeitsstörungspatienten die kategorialen Diagnosekriterien (Bernstein et al. 1993; Garnet et al. 1994; Mattanah et al. 1995; Meijer et al. 1998).

Dies kann zwar auch an einer eingeschränkten Test-Retest-Reliabilität der Diagnosestellung liegen, wahrscheinlicher ist jedoch, dass in der retrospektiven Beurteilung der Vorgeschichte bei Erstdiagnose bestimmte Symptomkomplexe – etwa durch adolescententypische Aggravierungen, akute Belastungssituationen oder Fehlinterpretationen der Fragestellungen – in ihrer Bedeutung über- oder falsch eingeschätzt wurden.

Dies macht es einerseits erforderlich, die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – zumindest vor dem 16. Lebensjahr – erst nach prospektiver Beobachtung des Verlaufs zu stellen, andererseits wäre es wünschenswert, Faktoren zu identifizieren, die eine zuverlässigere Diagnostik ermöglichen. Hier spielen neben der Analyse einzelner der 9 Diagnosekriterien nach DSM-IV (Becker et al. 2002; Garnet et al. 1994) besonders der Einsatz dimensionaler Diagnostikinstrumente und die detaillierte Erfassung psychosozialer Faktoren unter Einbeziehung der Eltern eine besondere Rolle. Hierzu liegen bisher keine zuverlässigen Evaluationen vor.

DSM-IV Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (mindestens fünf davon müssen erfüllt sein)

1. Verzweifelter Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
2. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen Überidealisierung und Abwertung auszeichnet
3. Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen
5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche
6. Affektive Instabilität, die durch ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Übermäßig starke Wut oder Unfähigkeit, Wut oder Ärger zu kontrollieren
9. Stressabhängige, paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

2.5 Konzepte von Persönlichkeitsstörungen

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spielt seit Einführung der DSM-III (1980) in klinischer Psychiatrie und psychiatrischer Forschung eine zunehmende Rolle. Dies vor allem auch deswegen, da für die Persönlichkeitsstörungen in diesen Klassifikationssystemen eine eigene Achse reserviert wurde. Bevor wir jedoch auf die Diagnosekriterien der Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Speziellen näher eingehen können, ist es zunächst notwendig, die unterschiedlichen Begriffe auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörung zu klären.

Folgende Begriffe/Konstrukte spielen hierbei eine wichtige Rolle:

- Temperament,
- Charakter,
- Persönlichkeit,
- Persönlichkeitsstörung,
- Soziopathie.

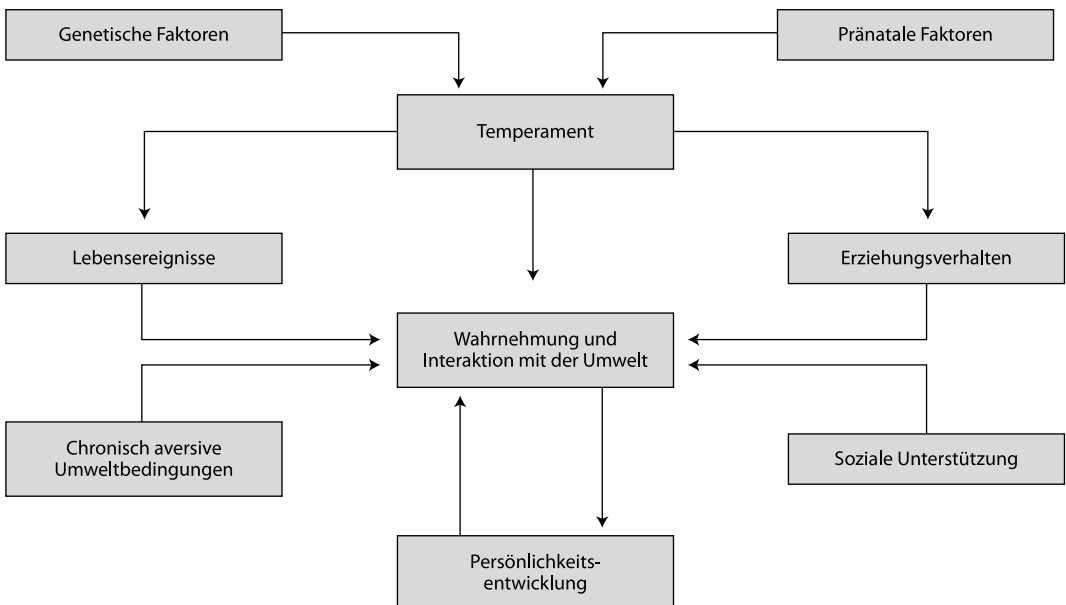
■ Temperament

Definition

Temperament bezeichnet die genetisch vorgegebene Disposition, die die Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt beeinflusst.

Hierbei sind die Unterschiede zwischen Temperament und Persönlichkeit nicht immer klar getroffen. Aus unserer Sicht betrachten wir Temperament als ein Persönlichkeitsmerkmal, das bereits im 1. Lebensjahr auftritt. Wir gehen deshalb davon aus, dass diese Temperamentsmerkmale genetischen und/oder biologischen Ursprungs sind und sich sowohl zeit- als auch situationsstabil entwickeln.

Temperamentsmerkmale wurden mittels Fragebögen von Eltern erhoben, die für das jeweilige Kind charakteristische Verhaltensweisen angeben sollten. Durch die Anwendung statistischer Methoden und der Faktorenanalyse ver-



■ Abb. 2.1. Modellvorstellungen zur Entwicklung von Temperament und Persönlichkeit. (Mod. nach Herpertz-Dahlmann 2003)

suchte man dann herauszufinden, ob es innerhalb der Fragen eine dem Temperament innewohnende Struktur gäbe.

Bei den Untersuchungen in den 1970er Jahren ergaben sich folgende gemeinsame Faktoren für kindliche Temperamentsmerkmale (Thomas u. Chess 1980):

- Aktivität,
- negative Emotionalität (wie z. B. mit Stress, Konfrontation mit Neuem oder Frustrationen umgegangen wird),
- Ausdauerverhalten bei gestellten Aufgaben,
- Anpassungsfähigkeit und Fähigkeit zur Selbstkontrolle,
- Hemmung, die in die Reaktion auf Fremdes und die Tendenz, Neues zu suchen oder zu meiden, einfließt,
- Irritabilität durch Stimulation von außen.

Aus vergleichenden Untersuchungen dieser und anderer Studien zu Temperamentsmerkmalen kristallisierten sich schließlich folgende 5 Faktoren zur Beschreibung des Temperaments im Kindesalter heraus (Angleitner u. Ostendorf 1994):

Fünf Faktoren zur Beschreibung des Temperaments im Kindesalter

- Emotionale Stabilität
- Aktivität
- Irritabilität
- Geselligkeit und
- Impulskontrolle

das Gesamtgefüge aller im Laufe des Lebens gleichbleibenden Grundzüge und Haltungen, Einstellungen, Strebungen, Gesinnungen und Handlungsweisen, die das Besondere eines Individuums grundlegend bestimmen.

Im Charakterbegriff werden vor allem strukturelle Zusammenhänge dauerhafter Eigenschaftsrelationen, individuelle Einmaligkeit und die Werthaltung des Eigenschaftsträgers zum Ausdruck gebracht. Im Begriff Charakter werden im Gegensatz zum Begriff des Temperamentes die erworbenen Eigenschaften eines Menschen betont.

Der aktuell verwendete Begriff der **Persönlichkeitsstörung** löste den der Psychopathie ab, der wegen seiner negativen Konnotation aufgegeben wurde und in den aktuellen internationalen Klassifikationsschemata der WHO seit 1974 nicht mehr Eingang gefunden hat. Neben dieser negativen Begriffsbedeutung der Psychopathie wurde unter diesem Begriff eine konstitutionelle Anlage im Sinne von Angeborensein – und entsprechend Kurt Schneider – als Abweichung von einer uns vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten verstanden. Von daher beinhaltete der Begriff der Psychopathie eine ursächliche Hypothese über die Entstehung der Persönlichkeitsstörung und wurde in den heute weitgehend ätiologiefreien Klassifikationssystemen rein beschreibend durch den Begriff Persönlichkeitsstörung ersetzt.

■ Charakter

Definition

Das Wort **Charakter** stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie »Prägung«. Es beinhaltet nach Peters (1990)



■ Soziopathie

Definition

Soziopathie meint nach Peters (1990) ein schädigendes, seltener einfach abnormes Verhalten gegenüber der sozialen Umwelt.

Dieser Begriff deckt sich im deutschen Sprachgebrauch am ehesten mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Im angloamerikanischen Sprachraum wurde der Begriff »Soziopathie« hingegen fast synonym mit dem Begriff der Psychopathie verwendet. Der Persönlichkeitsbegriff bezieht sich demgegenüber auf ein breiteres Spektrum menschlicher Verhaltensweisen und schließt z. B. auch Fähigkeiten, Gewohnheiten, Wertmaßstäbe und soziales Verhalten, Elemente des Selbstkonzeptes und die Einstellung des Individuums zu anderen mit ein (Rothbart u. Bates 1998).

■ Persönlichkeit

Bei dem Begriff der **Persönlichkeit** handelt es sich also um das allgemeinste Konstrukt auf dem Feld der Persönlichkeitsforschung. Dieser Begriff war über die Jahrhunderte einer grundlegenden Wandlung unterlegen. Ursprünglich wurde mit dem Begriff der »Persona« bei den Griechen eine Theatermaske bezeichnet, die das »Typische« darstellte, unter dem das »Individuelle« verschwand. Der Inhalt dieses Begriffs wandelte sich schließlich mit der Entwicklung der empirischen Psychologie im 19. und 20. Jahrhundert zu einem zentralen Konstrukt der Psychologie:

Definition

Definition des Begriffs »Persönlichkeit« nach Eysenck

Nach Eysenck (1970) wird unter dem Begriff der **Persönlichkeit** eine stabile und überdauernde Organisation von Verhalten, Charakter, Temperament, kognitiven Fähigkeiten und körperlichen Merkmalen des Menschen verstanden, durch die seine einzigartige Anpassung an die Umwelt ermöglicht wird.

Konstrukt der Persönlichkeit umfassender ist als die durch das Temperament geprägten Eigenschaften des Menschen, da es auch Vorstellungen über uns selbst, unsere Beziehung zu anderen Menschen und unsere Interaktionen mit der Umwelt beinhaltet. Diese Unterschiede zwischen eher genetisch vermittelten Temperamenteigenschaften und individuellen und umweltbezogenen Persönlichkeitsmerkmalen sind jedoch nicht unumstritten und werden vielfach kontrovers diskutiert. Dies vor allem deshalb, da sich zunehmend Anhaltspunkte dafür verdichten, dass auch Persönlichkeitsvariablen genetische Anteile beinhalten.

Bezüglich der Kontinuität von Persönlichkeitsmerkmalen von der Kindheit über das Jugend- bis ins Erwachsenenalter lassen sich anhand verschiedener Langzeitstudien entsprechend (Kagan u. Zentner 1996) folgende Aussagen machen: es ergeben sich nur geringe Zusammenhänge zwischen Temperamentsmerkmalen des Kindes und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter. Nichtsdestotrotz lassen sich für Extreme des Verhaltensspektrums mit Impulsivität und mangelnder Steuerung auf der einen Seite und massiv gehemmten Verhaltensweisen auf der anderen Seite durchaus Zusammenhänge zwischen Temperamentsmerkmalen im Kindesalter und Merkmalen der Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter nachweisen.

Caspi (2000) untersuchte im Rahmen der Dunedin-Studie prospektiv einen ganzen Geburtsjahrgang in Neuseeland. Etwa 1.000 Kinder beiderlei Geschlechts konnten von Geburt an in 2- bis 3-jährigen Abständen bis zum Alter von 21 Jahren untersucht werden. Im Alter von 3 Jahren wurden etwa 10 % der Stichprobe als irritierbar, impulsiv, affektilabil und unbeständig bei Aufgaben beschrieben. Während der Kindheit wurde die Erziehung dieser Kinder sowohl von den Eltern als auch von den Lehrern als ausgesprochen schwierig beurteilt. Im Alter von 18 Jahren fielen diese Jugendlichen durch hohe Impulsivität, Erregung suchendes Verhalten

Auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext wurde darauf hingewiesen, dass das

(sensation-seeking) und durch Aggressivität und Entfremdung von ihren engen Bezugspersonen auf. Schließlich hatten diese jungen Erwachsenen im Alter von 21 Jahren aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten und durch vermehrte Konflikte zahlreiche Schwierigkeiten sowohl am Arbeitsplatz als auch in ihren Paarbeziehungen. Das Verhalten dieser jungen Erwachsenen war durch häufige Alkoholexzesse und Gesetzesübertretungen geprägt. Insgesamt wurden diese jungen Erwachsenen als wenig verlässlich und vertrauenswürdig beschrieben.

Eine andere Extremgruppe der Dunedin-Stichprobe (8 %) wurde im Alter von 3 Jahren als sozial überängstlich, gehemmt und schüchtern eingeschätzt. Im Kindes- und Jugendalter wies diese Gruppe häufig Symptome von introversiven Störungen auf. Mit 18 Jahren zeigte ihre Persönlichkeit vor allem übervorsichtiges und selbstunsicheres Verhalten. Als junge Erwachsene vermieden sie es, Führungspositionen anzunehmen und auf andere Menschen Einfluss auszuüben. Mit 21 Jahren beklagten sich diese jungen Erwachsenen über mangelnde soziale Unterstützung und zeigten gehäuft depressive Erkrankungen. Enge Bezugspersonen dieser Menschen beschrieben diese ehemals schüchternen Kinder als wenig sozial engagiert, zurückgezogen und passiv.

Abschließend verwiesen die Autoren jedoch darauf, dass diese exemplarischen Entwicklungen keineswegs als deterministisch zu sehen seien. Die letztgenannte introversive Extremgruppe hatte z. B. ein wesentlich geringeres Risiko, delinquent zu werden, wenn sie die Schullaufbahn erfolgreich beendeten.

Fazit

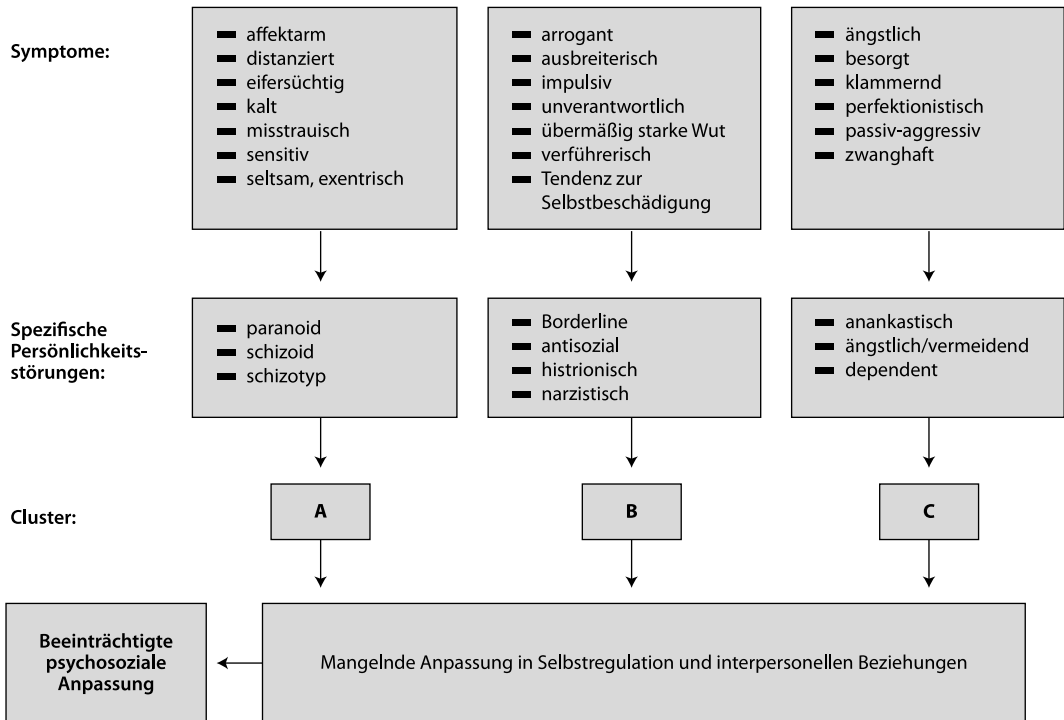
Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter haben einen umso engeren Zusammenhang zu einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter, je älter das Kind oder der Jugendliche ist und je massiver die beschriebenen Auffälligkeiten aus-

geprägt sind. Hierbei sind als Risikofaktoren verschiedener späterer Persönlichkeitsstörungen vor allem eine extroversive Störung im Kindesalter als auch Angststörungen und depressive Syndrome zu nennen. Das Risiko für das Auftreten einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter erhöht sich noch einmal, wenn gleichzeitig zu einer psychiatrischen Erkrankung bereits eine Persönlichkeitsstörung im Jugendalter auftritt (Kasen et al. 1999).

2.5.1 Psychoanalytische und dimensionale Konzepte von Persönlichkeitsstörungen

Dimensionale Persönlichkeitskonzepte

Im deutlichen Unterschied zu den psychodynamisch orientierten Modellen von Persönlichkeitsstörungen wurde aus den Ergebnissen der empirischen Persönlichkeitsforschung ein dimensionales Persönlichkeitskonzept entwickelt. Als Basis hierfür entwickelte Eysenck (1987) die zwei grundlegenden bipolaren Persönlichkeitsfaktoren »Extraversion versus Introversion« und »emotionale Labilität versus emotionale Stabilität«. In der empirischen Persönlichkeitsforschung setzte sich schließlich zu Beginn der 1990er Jahre aus faktorenanalytischen Untersuchungen ein auf 5 Faktoren beruhendes Modell zur Beschreibung der Persönlichkeit durch, welches unter dem Namen »Big Five« bekannt wurde (Costa u. McCrea 1992). In diesem Modell sind die beiden Dimensionen von Eysenck »Extraversion« und »Neurotizismus« enthalten. Und als weitere 3 grundlegende Persönlichkeitsfaktoren ergaben sich »Offenheit für Erfahrungen«, »Verträglichkeit« und »Gewissenhaftigkeit«. Als Basis dieses Big-Five-Modells wurde ein adjektivischer Ansatz verwendet, bei dem möglichst viele Adjektive von Menschen schrittweise statistischen Analysen unterzogen wurden, um so zu wenigen und stabilen Eigenschaftsbegriffen zu gelangen. Auf der Basis dieses Big-



■ Abb. 2.2. Häufig verwendete Ebenen zur Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen

Five-Persönlichkeitsmodells wurde das Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeitsentwicklung mit klinisch relevanten Beeinträchtigungen als Beginn einer manifesten Persönlichkeitsstörung gesehen (Widiger u. Costa Jr 1994).

Problematisch hierbei ist jedoch der empirisch nicht abgesicherte Übergang von dimensionalen Persönlichkeitsfaktoren in kategoriale Persönlichkeitsstörungskonzepte ohne klinisch gesicherte Cut-Off-Werte.

Das Big-Five-Modell wird immer wieder dahingehend kritisiert, dass es sich um ein rein empirisch gewonnenes und theoriefreies Konstrukt handele, das keinerlei Aussagen über zugrunde liegende psychologische Prozesse mache. Aus unserer Sicht sind diese aus Faktorenanalysen gewonnenen Ergebnisse, die sich aus der Interaktion von genetischen und Umweltfaktoren herausgebildet haben, die Beschreibung eines empirisch gesicherten Phänotyps. Die Beschrei-

bung dieses Phänotyps hat im Vergleich zu den älteren psychodynamischen Konzepten den Vorteil, dass den heutigen Ansprüchen an eine operationalisierte Diagnostik Genüge getan wird und diese Arbeiten somit aus unserer Sicht überhaupt erst eine valide Aussagekraft haben können, was bei den psychodynamischen Konzepten kaum möglich ist.

Nach Cloninger entsprechen die basalen Temperamentsmerkmale neurobiologischen Systemen, welche die 3 grundlegenden Funktionen Aktivierung, Aufrechterhaltung und Hemmung von Verhalten steuern und als erste automatische Reaktionen beim Erleben von Kindern verstanden werden können. Auf der Grundlage dieser individuell einmaligen, spezifischen Temperamentskonstellationen entwickeln sich die verschiedenen individuellen Dimensionen des Charakters mit Zielen, Werten und Selbstkonzepten unter dem reziproken Einfluss von förderlichen

■ **Tab. 2.2.** Aktuelles dimensionales Modell von Persönlichkeitsstörungen. (Mod. nach Widiger u. Simonsen 2005)

4. Ebene Diagnostische Kriterien	Einzelne Symptome, die durch einen diagnostischen Algorithmus verbunden sind
3. Ebene Subskalen der 2. Ebene	Subskalen der 2. Ebene, die abnorm hoch, normal oder abnorm niedrig ausgeprägt sein können
2. Ebene Bipolare Persönlichkeits- dimensionen	Introversion vs. Extraversion Antagonismus vs. Compliance Impulsivität vs. Beherrschung Emotionale Dysregulation vs. emotionale Stabilität
1. Ebene als grundlegende Dimension	Internalisierung/Externalisierung

und hemmenden soziokulturellen Einflussfaktoren im Rahmen der Entwicklungsachse.

Ein aktuelles dimensionales Modell von Persönlichkeitsstörungen unterteilt diese in 4 Ebenen, die aufeinander aufbauen und erst in der 4. Ebene zu diagnostischen Kriterien von einzelnen Persönlichkeitsstörungen gelangen, die durch einen diagnostischen Algorithmus verbunden sind (■ Tab. 2.2).

Im Rahmen der sich derzeit in Entwicklung befindlichen DSM-V werden zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen verschiedene konkurrierende Modelle mit dimensional, kategorialen oder gemischten Ansätzen diskutiert.

**Psychodynamisch orientierte
Konzepte zu Persönlichkeitsstörungen
im Kindes- und Jugendalter**

Aus psychoanalytischer Sicht wurden die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zunächst mit dem Begriff der Charakterneurose von Freud in den 1930er Jahren eingeordnet. Es wurde davon ausgegangen, dass sich diese Charakterneurosen aufgrund des vorherrschenden Einflusses einer der 3 psychischen Instanzen, Es, Ich und Über-Ich entwickeln sollten. In den letzten Jahrzehnten wurde das Konzept der Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht entscheidend durch Pauline und Otto Kernberg geprägt. Zur Entwicklung von Persönlichkeits-

störungen untersuchte Kernberg vor allem die Bedeutung der frühen Störungen bei Objektbeziehungen. Persönlichkeitsstörungen wurden als Ausdruck des Fortbestehens einer frühen traumatischen Objektbeziehung auf die aktuelle Beziehungsgestaltung verstanden, bei der die Arbeitsgruppe um Kernberg davon ausgeht, dass aus diesen frühen Objektbeziehungen affektiv diffuse oder konflikthafte Selbst- und Objektrepräsentanzen resultieren, die das aktuelle Beziehungsverhalten der Betroffenen im Hier und Jetzt bestimmen. Die von Kernberg auf diese Art beschriebene Borderline-Persönlichkeitsorganisation wird in diesen psychodynamischen Konzepten als Grundmerkmal verschiedener Persönlichkeitsstörungen gesehen. Typische Anzeichen für eine Persönlichkeitsstörung aus psychodynamischer Sicht sind mangelnde Flexibilität und mangelnde Anpassung, was bereits seit Kindheit feststellbar sei und Probleme verursache. Von Bleiberg (1994) werden verschiedene, unspezifische schwierige Verhaltens- und Temperamentsmerkmale bei Säuglingen beschrieben, die später dann in Persönlichkeitsstörungen münden sollen. Darüber hinaus schreibt diese psychodynamisch orientierte Forschungsrichtung dem Konzept der Identitätsbildung eine entscheidende Rolle zu. Es wird davon ausgegangen, dass das sich entwickelnde Kind ein Arbeitskonzept und ein internes Modell von sich

und mit anderen aufbaut und die Interaktion mit anderen entweder als positiv zuwendend oder als aversiv bzw. gefährlich wahrnimmt (Kernberg 1996). Ein ähnliches Entwicklungskonzept wurde auch von der Bindungsforschung postuliert (Bowlby 1969). Aus dieser Forschungstradition heraus ist eine sich entwickelnde Persönlichkeitsstörung eine Konsequenz der frühen Bindungsorganisationen, bzw. -störungen (Fonagy u. Target 1996). Es wird davon ausgegangen, dass bei einer entsprechenden Belastung mit schwierigen Temperamentsmerkmalen in Kombination mit traumatisierenden Umweltfaktoren die Entwicklungsachse des klinischen Syndroms der Identitätsdiffusion entscheidend beeinflusst wird, was wiederum in der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung eine entscheidende Rolle spielt (Clarkin et al. 2004).

2.5.2 Persönlichkeitsentwicklungsstörungen

Von Spiel und Spiel ist in den 1980er Jahren der Begriff der Persönlichkeitsentwicklungsstörungen intensiv in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt worden (1987). Als Basis für die Persönlichkeitsentwicklungsstörung nehmen die Autoren langdauernde ver-

formende Einflüsse als Verursachung an. Dieser Prozess der Persönlichkeitsentwicklungsstörung wird im Gegensatz zur Erlebnisreaktion ebenso wie im Gegensatz zu den neurotischen Vorgängen diskutiert.

Die Persönlichkeitsentwicklungsstörungen differenzieren Spiel und Spiel weiterhin in diejenigen, die sich aus der Verformung des Triebhaushaltes ergäben, gegenüber jenen, bei denen vor allem die Ich-Funktion sich gestört entwickle, und jenen, bei denen eine Störung im Aufbau des Über-Ich angenommen werden könne. Es wird jedoch betont, dass es keine Persönlichkeitsentwicklungsstörung gebe, die sich allein aus einem Bereich dieser drei forme, sondern i. d. R. liege eine Mischung vor. Die Typisierung erfolge allein aus didaktischen Gründen und gleichzeitig als Hinweis auf eine therapeutische Handlungsanweisung.

Bei Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit vorwiegender Borderline-Symptomatik sei die Ich-Formation vordergründig betroffen. Aus der Praxis heraus seien allen klinisch Tätigen Fälle bekannt, die weder als Psychose noch als Neurose zu bezeichnen seien, deren psychische Störungen jedoch beträchtlich seien. Diese Patienten wiesen eine ähnliche Symptomatik auf oder zumindest sei die Symptomatik vergleichbar.

Sechs Symptomkomplexe nach Spiel und Spiel (1987)

1. Eine beträchtliche Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Patienten seien nicht in der Lage, dauerhafte, stabile, realitätsgerechte, vernünftige Beziehungen – v. a. mit den Menschen, die sie betreuen – einzugehen. Vor allem seien diese Menschen unfähig, alleine zu sein, sie suchten also den kommunikativen Kontakt, zerstörten ihn jedoch zugleich aufgrund ihrer Unfähigkeit, sich zu binden
2. Daraus abgeleitet, zeige sich, dass die soziale Integration nicht gelinge (hierfür wurde der Ausdruck »stabile Instabilität« geprägt)
3. Bei diesen Patienten seien die Affekte völlig ungesteuert und unstrukturiert. Wut und Depressionen herrschten vor
4. Die Impulskontrolle gelinge nicht, diese Patienten pendelten zwischen Regression und Ausagieren, antisozialen Tendenzen, Promis-



kuität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, ebenso wie Selbstschädigungen

5. Es lägen schwere Störungen der Identitätsintegration vor. Dies läge einerseits daran, dass die Ich-Identität als Integration der verschiedenen Selbstbilder mit den Vorstellungsinhalten betreffend der primären Bezugspersonen nicht gelänge, oder dass
6. Schließlich werden noch Symptome beschrieben, die geradezu wahnhaft anmuten, mit Depersonalisations- und Derealisationen, Wahrnehmungstäuschungen, kombiniert mit paranoiden Ideen

andererseits eine Identitätsstörung in Richtung Narzismus vorliege.

Die Struktur dieser Fälle beschreiben Spiel und Spiel dahingehend, dass sie erstens eine Identitätsdiffusion anstatt einer Identitätsintegration aufweisen, nur über eine mangelhafte Realitätsprüfung verfügen und bei den Abwehrmechanismen vorwiegend auf archaische und primitive Formen zurückgreifen würden.

Ätiologie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- 3.1 Psychosoziale Belastungen – 22
- 3.2 Genetik – 22
- 3.3 Bildgebung – 24
- 3.4 Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung – 25
- 3.5 Schmerzsensitivität und Veränderungen
von Neurotransmittersystemen – 27

Bis in die Gegenwart werden Entstehung und Ursachen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in Abhängigkeit unterschiedlicher Therapieschulen aus den unterschiedlichsten Richtungen analysiert und beschrieben. Am häufigsten werden sie als Manifestationen einer Disposition oder als psychogen oder als Mischung aus beidem aufgefasst. In den letzten Jahrzehnten ist es allmählich – vor allem durch die biologische Forschung – gelungen, diese dichotome Auffassung ansatzweise zu überprüfen. Es gibt inzwischen vielfältige neurobiologische und neurophysiologische Befunde zur Dysfunktion verschiedener neurobiologischer Funktionssysteme, die einerseits auf genetische Faktoren zurückgeführt werden können, andererseits auch als somatische Folge von Traumata mit spezifischen dysfunktionalen Lernerfahrungen verstanden werden können. So ist z. B. inzwischen ersichtlich, dass chronische Belastung und Stress sowie mangelnde Versorgung im Kindes- und Jugendalter zu einer deutlichen Veränderung neurobiologischer Reifungsprozesse führen. Dies wiederum hat zur Folge, dass verschiedene kognitive und emotionale Störungen auftreten.

Favorisierte ätiologische Modelle je nach Therapieschule

1. Aus psychiatrischer Sicht beruht die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf einem deskriptiven Ansatz, der die Borderline-Persönlichkeitsstörung kategorial von anderen Persönlichkeitsstörungen und von gesunden Menschen unterscheidet
2. Aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine extreme Ausprägung basaler Persönlichkeitsdimensionen, die sich nur quantitativ von normalen Persönlichkeitsausprägungen unterscheidet



3. Aus tiefenpsychologischer Sicht wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als strukturelle Störung beschrieben mit frühen Störungen in der Objektbeziehung
4. In kognitiv-behavioralen Modellen der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird die zwischenmenschliche Interaktionsstörung als dominierend angesehen

3.1 Psychosoziale Belastungen

Nach heutiger Studienlage sind psychosoziale Belastungsfaktoren in der Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung stark involviert. In verschiedenen Untersuchungen kann gezeigt werden, dass traumatische Erfahrungen in der Biografie die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung stark beeinflussen. Es besteht sogar ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und dem Ausmaß und der Dauer der traumatischen Erfahrung. In einer Untersuchung von Zanarini et al. (1997) konnte ein enger Zusammenhang zwischen dem Schweregrad sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und dem Ausmaß der Emotionsregulationsstörung, der Impulsivität und der psychosozialen Beeinträchtigung nachgewiesen werden. Sexueller Missbrauch in der Kindheit wird jedoch nicht nur mit der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern vor allem auch mit Subtypen anderer Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Die Art der jeweiligen Traumatisierung ergibt keinen zwingenden Zusammenhang zu einer spezifischen Persönlichkeitsstörung.

3.2 Genetik

Die Ergebnisse der aktuellen empirischen Forschung beruhen auf molekulargenetischen Untersuchungen sowie Adoptions- und Zwillings-

studien. Diese legen nahe, dass weniger einzelne Persönlichkeitsstörungen als eher dimensionale Persönlichkeitsmerkmale eine genetische Basis haben.

Die größte vorliegende Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000) an 129 dizygoten und 92 monozygoten Zwillingen brachte nicht ganz einheitliche Ergebnisse. Dies wird sowohl auf die relativ kleine Stichprobe als auch auf die starken Überlappungen der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zurückgeführt. Diese Untersuchung brachte eine durchschnittliche Heritabilität aller Persönlichkeitsstörungen von 0,6, wobei sich allerdings starke Schwankungen mit hohen Werten für narzisstische Persönlichkeitsstörungen (0,79) und niedrigen Werten bei z. B. selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen (0,28) ergaben. Die Heritabilitätsabschätzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ergab einen Wert von 0,57.

Eine Untersuchung von Coolidge et al. (2001) zur Heritabilität von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter brachte bei 112 untersuchten 4–15 Jahre alten Zwillingen (70 monozygot und 42 dizygot) eine hohe Heritabilitätsabschätzung mit Werten zwischen 0,5 und 0,81. Diese Werte, die sich auf die 12 Persönlichkeitsstörungen entsprechend der Kriterien der DSM-IV beziehen, können jedoch nur mit größerem Vorbehalt betrachtet werden, da die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in diesem Alter problematisch ist. Darüber hinaus existiert keine unabhängige Replikationsstudie für diese Ergebnisse.

Zur Abschätzung der Heritabilität von **dimensionalen** Faktoren von Persönlichkeitsstörungen wurden von Livesley et al. (1998) verschiedene Zwillingsuntersuchungen durchgeführt. Livesley untersuchte 656 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, 939 Kontrollprobanden und 686 Zwillingspaare. Als Ergebnis verschiedener Faktorenanalysen beschreibt diese Arbeitsgruppe eine 4-dimensionale Faktorenstruktur. Es ergaben sich folgende Faktoren:

- Emotionale Dysregulation,
- dissoziales Verhalten,
- Gehemmtheit und
- Zwanghaftigkeit.

Diese Faktoren bestätigten sich in allen 3 Stichproben. Die Heritabilitätsabschätzungen für die verschiedenen Faktoren schwanken um 0,5, im Einzelnen ergeben sich für die dimensionalen Faktoren, die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung assoziiert sind, folgende Werte: Identitätsprobleme 0,51, Affektlabilität 0,45, Bindungsunsicherheit 0,48, kognitive Dysregulation 0,49 und Ängstlichkeit 0,44.

Höhere Werte ergaben sich nur für die Dimensionen antisoziales und gefühlloses Verhalten. Im Vergleich weisen somit die dimensionalen Faktoren ähnliche Heritabilitätswerte auf wie die Abschätzungen einzelner Persönlichkeitsstörungen.

Molekularbiologische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und einzelnen Genpolymorphismen erbrachten bisher eher uneinheitliche Ergebnisse. So wurde der Zusammenhang zwischen einem stark ausgeprägten Neugierverhalten und der langen Form des Dopamin-D₄-Rezeptor-Allels DRD4 nur teilweise positiv repliziert. Auch die Assoziation zwischen der kurzen Variante des Polymorphismus in der 5-HT-Transporter-Gentranskription als Basis für Neurotizismus erwies sich als nicht stabil.

Fazit

Wir gehen heute davon aus, dass auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die ihr zugrunde liegenden Persönlichkeitsdimensionen eine eindeutige genetische Basis besitzen. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass etwa 50 % der Varianz durch genetische Faktoren und die übrige Varianz durch individuumspezifische Umweltfaktoren erklärt werden können.

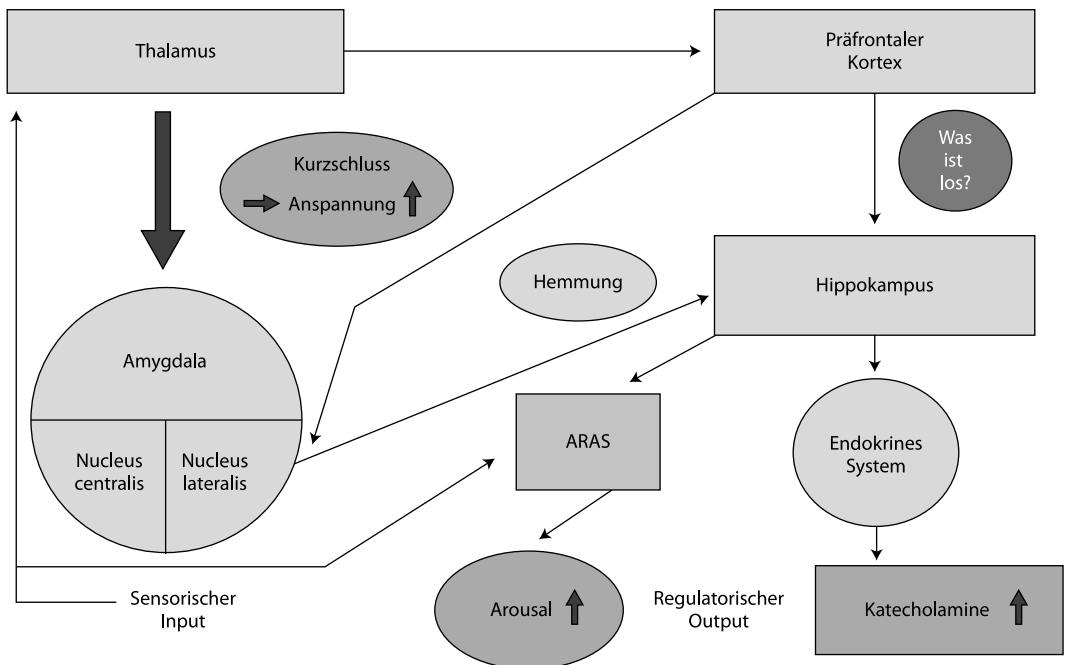
3.3 Bildgebung

Bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter lassen sich strukturelle und funktionelle Veränderungen in zentralen, frontal-limbischen und kortikalen Regelkreisen feststellen. In den Arbeiten von Driesen et al. (2004) wurden in Assoziation zu reinduzierten, traumatischen Episoden vor allem orbitale Funktionsstörungen im fMRT (funktionelle **M**agnetresonanztomografie) nachgewiesen. Schmahl et al. (2004) fanden darüber hinaus mit ähnlichen Untersuchungsansätzen Veränderungen anhand von PET-Untersuchungen im präfrontalen Kortex und im Zingulum. In weiteren Untersuchungen mittels fMRT konnte eine erhöhte Aktivierung der Amygdala bei der Betrachtung von negativen Emotionen auf Bildmotiven (Donegan et al. 2003) gefunden werden. In einer weiteren Studie konnten New et al. (2007) zeigen, dass es sich hierbei anscheinend nicht

um eine isolierte Dysfunktion der Amygdala, sondern eher um ein gestörtes Netzwerk zwischen Amygdala, präfrontalem und orbitofrontalem Kortex handelt (■ Abb. 3.1.).

Darüber hinaus konnten strukturelle Veränderungen im orbitofrontalen und zingulären Kortex bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden (Rusch et al. 2007). Über die Morphometrie hinaus wurden durch die Arbeitsgruppe von van Elst durch spektroskopische Untersuchungen neurochemische Abnormalitäten in der veränderten linken Amygdala nachgewiesen. In ersten Untersuchungen bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung konnten diese Veränderungen nur teilweise repliziert werden (Brunner et al. 2009; Stieltjes et al. 2009).

Es konnte eine rechtsseitige Reduktion der grauen Substanz im orbitofrontalen Kortex bei gleichzeitig unauffälligen Befunden in Amygdala und Hippokampus in einer Untersuchung mit



ARAS = Aufsteigendes Reticuläres Aktivierendes System

■ Abb. 3.1. Regelkreise im limbischen System

Jugendlichen nachgewiesen werden (Chanen et al. 2008).

Eine weitere Untersuchung ergab für jugendliche Patienten eine Volumenreduktion im anterioren Zingulum (Whittle et al. 2009).

3.4 Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bis vor einigen Jahrzehnten standen bei der medizinischen Erforschung des zentralen Nervensystems die anatomischen Strukturen sowie der Versuch im Vordergrund, bestimmten Funktionen spezielle topografische Orte im Gehirn zu weisen zu können. Dies gelang jedoch nur teilweise befriedigend, wie z. B. für einfachere motorische und sensorische Funktionen.

Inzwischen haben sich die Forschungsschwerpunkte mehr in Richtung der Physiologie und der funktionellen Zusammenhänge des Gehirns verschoben. In den letzten Jahren konnte ein besseres Verständnis verschiedener komplexer Hirnfunktionen durch Fortschritte der Neurobiologie erreicht werden, deren Denken sich von anatomischen Strukturen zu komplexeren Netzwerken hin verändert hat. Hierbei stehen die einzelnen Nervenzellen in verschiedenen anatomisch definierten Bereichen in netzartiger Verbindung zu anderen Kerngebieten, um so die verschiedenen komplexen Hirnfunktionen realisieren zu können.

Zum Verständnis der Neurophysiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden in den vergangenen Jahren folgende wichtige hirn-anatomische Strukturen identifiziert:

- Nucleus amygdalae (Amygdala, Mandelkern),
- Hippokampus (Ammonshorn) und
- präfrontaler Kortex,

die zusammen das limbische System bilden. Das limbische System wurde bereits 1878 von Broca als Übergangsbereich zwischen Großhirnrinde

und Hirnstamm beschrieben. Das limbische System stellt insgesamt ein weitverzweigtes, ausge dehntes System dar, das die phylogenetisch älteren Hirnareale und den Neokortex verschaltet.

■ Amygdala

Der Mandelkern (Nucleus amygdalae, Amygdala) besteht aus mehreren unterscheidbaren Anteilen, er erhält teilweise seinen Input vom olfaktorischen System und wird mit seinen medialen und zentralen Anteilen dem limbischen System zugerechnet. Über eine Faserverbindung (Stria terminalis) besteht eine Verbindung zum Thalamus. Die lateralen Kerne der Amygdala werden als sensorischer Eingang beschrieben, der einen Input über alle Sinnesmodalitäten erhält. Diese sensorischen Informationen kommen einerseits aus den sensorischen Thalamuskernen, andererseits jedoch auch direkt aus dem sensorischen Gebiet der Großhirnrinde. Als für die Borderline-Störung besonders wichtig gelten die Projektionen vom Thalamus zur Amygdala, vor allem für die Emotion Furcht, die auf diesem Wege rasch und ohne Umschaltung von der Großhirnrinde zur Amygdala weitervermittelt werden kann. Experimente zur Verhaltensbiologie zeigen, dass Läsionen in diesen Arealen eine klassische Furchtkonditionierung unterbinden. Der zentrale Kern der Amygdala ist als sensorischer Ausgang anzusehen. Seine Aktivierung führt zu einer Erhöhung des Blutdrucks und einer Steigerung der Herz- und Atemfrequenz, wie es z. B. beim Auftreten der Emotion Furcht beobachtet wird. Diese Reaktionen des autonomen Nervensystems fehlen beim Ausfall dieses zentralen Kernbereiches der Amygdala.

Der basale Kernbereich der Amygdala stellt die Verbindung zum präfrontalen Kortex her. Durch diese Anbindung an kortikale Strukturen wird ein bewusstes Erleben dieser Emotionen erst möglich. Eine Zerstörung dieser Kernbereiche im Tierversuch führt zu verschiedenen Verhaltensänderungen, einschließlich Hypersexualität und Veränderung der Nahrungsaufnahme.

Bei einer Schädigung der Amygdala oder einer Applikation von Anxiolytika ergibt sich eine Blockade der angeborenen Reaktionen auf angstauslösende Reize. Die Amygdala vermittelt also nicht nur konditionierte, sondern auch angeborene Reize, wie z. B. die der Furcht.

■ Hippokampus

Der Hippokampus ist in die Pathophysiologie von psychomotorischen Anfällen, Dämmerzuständen und Entfremdungserlebnissen involviert. Dies lässt sich durch experimentelle Reizungen dieser Hirnareale bestätigen. Darüber hinaus ist der Hippokampus im Speziellen für schnelle Lernvorgänge verantwortlich, wie in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen werden konnte.

■ Präfrontaler Kortex

Der präfrontale Kortex ist verantwortlich für die Auswahl der Informationen, die frisch ins Gedächtnis gerufen werden sollen, welche abgespeichert und welche Muster insgesamt aktiviert werden. Von hier bestehen Verbindungen zum Temporallappen, in dem zumindest in der nicht-dominanten Hemisphäre autobiografische Erinnerungen gespeichert sind. Eine entscheidende Rolle wird dem präfrontalen Kortex auch im Kontext des Sichhineinversetzens in andere Personen zugesprochen. Untersucht wird dieses mit Aufgaben im Bereich der »Theory of mind«, die bekanntermaßen vor allem bei autistischen Erkrankungen grundlegend gestört ist.

■ Neuronale Netzwerke

Vor diesem Hintergrund konnte für unterschiedliche Subgruppen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein sehr unterschiedliches Aktivierungsprofil in diesen vernetzten Hirnarealen nachgewiesen werden. So fanden z. B. Juengling und Mitarbeiter (2003) bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einen frontalen Hypermetabolismus, während in der Studie von Soloff et al. (2003) das

Gegenteil (ein frontaler Hypometabolismus) festgestellt wurde. Als Erklärungsansatz hierfür wurde herausgearbeitet, dass die Freiburger Patientinnen von Lieb schwerpunktmäßig dem primär ängstlichen Typ angehörten, während die Patientinnen von Soloff vor allem den impulsiv-aggressiven Typ zuzuordnen waren.

Diese geschilderten Ergebnisse können durch die Kombination von hochauflösender anatomischer Bildgebung mit der Messung von physiologischen Hirnveränderungen nachgewiesen werden. Die hirnphysiologischen Veränderungen werden z. B. mittels Positronenemissionstomografie (PET) oder funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) nachgewiesen. In den angesprochenen Untersuchungen werden den Patienten entweder traumabezogene Bildmaterialien vorgelegt oder die Patienten imaginieren sich diese Bilder oder sprechen einfach von einem Trauma.

Durch diesen Nachweis von tatsächlich vorhandenen unterschiedlichen biologischen Arbeitsweisen des zentralen Nervensystems von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Patienten einer Kontrollgruppe konnten zuvor oft unverständliche Emotionen und Handlungsweisen für den Therapeuten und die Patienten ansatzweise erklärbar gemacht werden. Patienten zeigen sich durch ein solches neurobiologisches und fassbares Modell häufig deutlich entlastet, da eine fassbare Ursache für ihre andersartigen Reaktionsweisen begreifbar ist. Von daher lohnt es sich immer – wie in der dialektisch-behavioralen Therapie realisiert – eine Psychoedukation von Patienten und Familien über die verfügbaren genauen Erklärungsmodelle für die verschiedenen Symptomkomplexe einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durchzuführen.

Durch die bekannten traumatisch bedingten Veränderungen im Gehirn kommt es schließlich sogar zu strukturellen Veränderungen, die ebenfalls mit Störungen der Emotionsregulation einhergehen. Soweit heute bekannt, finden diese

funktionellen und strukturellen Umbauprozesse vor allem in den Kernbereichen des limbischen Systems statt. Im Bereich der Amygdala kommt es infolgedessen häufig zu einer Überaktivität, während es durch Veränderungen im Bereich des frontalen Kortex zu einer Verminderung oder einem Wegfall dessen hemmender Funktionen kommt. Schließlich besteht zwischen limbischem System und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse ein enges Wechselspiel. Erhöhter Stress bewirkt i. d. R. eine erhöhte Katecholaminausschüttung mit besonders intensiver Abspeicherung von traumatischen Ereignissen im persönlichen Gedächtnis. Über die gleichzeitige Kortisolausschüttung kommt es mittelfristig zu einer Schädigung von verschiedenen Rezeptortypen. Diese Schädigung scheint zur Konsequenz zu haben, dass das Gedächtnis für Furcht übermäßig in der Amygdala und dem ganzen limbischen System repräsentiert wird.

Dieses sind die ersten fassbaren Ergebnisse der aktuellen neurobiologischen Forschung. In den kommenden Jahren sind weitere Ergebnisse zu erwarten.

3.5 Schmerzsensitivität und Veränderungen von Neurotransmittersystemen

Es lässt sich heute als gut abgesicherter Befund eine reduzierte Schmerzsensitivität der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nachweisen. Die Reduktion der Schmerzwahrnehmung ist schon im entspannten Zustand nachzuweisen (Ludaescher et al. 2007). Mit erhöhtem Stresslevel und in Assoziation zur auftretenden dissoziativen Symptomatik korreliert

eine weitere Reduktion der Schmerzwahrnehmung, die auf neuronaler Ebene mit Aktivitätsänderungen der Amygdala und des Zingulum einhergeht (Schmahl et al. 2006).

Die Veränderungen von verschiedenen Neurotransmittersystemen sind bisher nur ansatzweise untersucht, da die Methodik bisher eher als problematisch einzuschätzen ist. Es wird heute davon ausgegangen, dass Patienten mit impulsivem und auto- oder fremdaggressivem Verhalten eine verminderte serotonerge Aktivität aufweisen (Herpertz et al. 1997). Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass eine erhöhte emotionale Reagibilität mit einem hohen noradrenergen Funktionsniveau assoziiert ist.

Fazit

In den letzten Jahren – besonders durch die Weiterentwicklung der funktionellen und strukturellen Bildgebung – wurden zunehmende Einsichten in die biologische Basis der Borderline-Persönlichkeitsstörung ermöglicht. Die verschiedenen empirischen Untersuchungen sind jedoch immer noch wenig konsistent. Der Grund dafür liegt am ehesten darin, dass hierbei nicht einzelne Regionen Funktionsstörungen aufweisen; sondern eher Netzwerke wie der thalamo-amygdalo-kortikale Regelkreis davon betroffen sind. Hinsichtlich des pathogenetischen Verständnisses der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es darüber hinaus wahrscheinlich entscheidend, zu welchem Zeitpunkt der kindlichen Entwicklung – und mit welcher Intensität und Zeitdauer – verschiedene Hirnbereiche und Netzwerke zwischen präfrontalem Kortex, Amygdala und Corpus callosum durch traumatische Ereignisse geprägt und durch erhöhte Glukokortikoidausschüttungen funktionell und strukturell verändert wurden.

Störungsspezifische Diagnostik

- 4.1 Diagnostik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter – 30**
 - 4.1.1 Zur Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter – 31
 - 4.1.2 Komorbidität – 32
- 4.2 Spezielle Anamnese – 32**
- 4.3 Psychologische Diagnostik – 33**
- 4.4 Dimensionale Diagnostik – 35**
- 4.5 Strukturierte Interviewverfahren zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen – 37**
- 4.6 Differenzialdiagnostik – 39**

4.1 Diagnostik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Die Diagnostik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgt multimodal und mit verschiedener Methodik nach dem multiaxialen Klassifikationssystem der ICD-10 (MAS). Die Informationen werden durch Interviews von den Eltern (oder den das Sorgerecht ausübenden Personen) und dem Kind/Jugendlichen getrennt erhoben. Hierbei sollte neben der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Anamnese des Jugendlichen eine spezielle Anamnese für die Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolgen. Die Anamnese sollte Hinweise dazu liefern, ob die Symptomatik schon seit dem Kindesalter besteht, ob sie im langfristigen Verlauf typisch für die Person des Patienten ist und ob sie in unterschiedlichen Lebenssituationen auftritt (z. B. im familiären Kontext und/oder in der Peer Group und/oder in der Schule). Es sollte auch die Frage beantwortet werden, ob in der näheren Familie ähnliche Persönlichkeitszüge vorkommen. Ist es aus komplexen biographischen Gründen nur möglich, diese Informationen von Seiten des Jugendlichen zu erheben, sollte sowohl die Exploration zur Anamnese als auch ein diagnostisches Interview zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt und wiederholt werden.

Die spezielle Anamnese orientiert sich an den Symptomkriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprechend der ICD-10 oder der DSM-IV. Insbesondere müssen hier Informationen zur Identitätsentwicklung des Jugendlichen erfragt werden. Es sollte nach Identitätskrisen bei inkonstanter Lebensplanung und nach dem häufigen Erleben von krisenhaften Situationen gefragt werden. Im Rahmen der Exploration der affektiven Symptomatik muss nach extremen, nur wenige Stunden andauernden Stimmungsschwankungen gefragt

werden mit kurzfristig auftretenden, ausgesprochen dysphorisch erlebten aversiven Stimmungszuständen mit nur sehr langsamer Rückbildung auf ein ausgeglichenes Stimmungsniveau. Diese sehr aversiv erlebten Stimmungszustände können häufig zunächst nicht einer führenden Emotion zugeordnet werden. Darüber hinaus sind impulsives Verhalten mit ausgeprägter Wut und aggressiven Impulsdurchbrüchen sowie selbstverletzende Verhaltensweisen und Suizidversuche (► Kap. 2) zu explorieren. Die Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen ist sowohl im familiären als auch im außerfamiliären Bereich vom Kindergartenalter an zu eruieren. Auch Depersonalisationserlebnisse und dissoziative Zustände sind explizit zu erfragen, evtl. auch unter Zuhilfenahme von speziellen Fragebogenverfahren. In diesem Bereich und darüber hinaus sind zudem Bedrohungserlebnisse und psychogene Amnesien zu explorieren. Nicht zuletzt muss in der ausführlichen Anamnese auch auf das Vorliegen von traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte eingegangen werden. Zudem sollte der pädagogische Umgang der nächsten Bezugspersonen mit häufig in der Vorgeschichte vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten und Symptomen einer Emotionsregulationsstörung explizit erfragt werden.

In der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte müssen Eltern und Patienten ausführlich dahingehend befragt werden, ob die eruierten Persönlichkeitsmerkmale stabil und überdauernd sind. Hierbei bedeutet stabil, dass die individuellen Persönlichkeitsmerkmale kontinuierlich vorhanden sind und bereits über einen Zeitraum von mindestens 1–2 Jahren in der aktuellen, pathologisch ausgeprägten Form existieren. Die Symptomatik sollte i. d. R. seit der Kindheit bestehen und sollte von der Umwelt des Patienten als charakteristisch für diesen angesehen werden. Dabei kann das Funktionsniveau im Verlauf häufiger gewechselt haben, es muss jedoch für die Diagnose einer Borderline-Persön-

lichkeitsstörung im letzten Jahr deutlich beeinträchtigt gewesen sein.

Innerhalb einer weiterführenden ausführlichen Diagnostik sollte differenzialdiagnostisch geprüft werden, ob eine andere psychiatrische Störung – insbesondere im affektiven Bereich –, eine Störung des Sozialverhaltens, eine hyperkinetische Störung, eine Adoleszentenkrise oder eine Psychose die vorliegende Symptomatik besser erklären könnte. Dies sollte im Rahmen einer ausführlichen Diagnostik mithilfe eines operationalisierten medizinischen Interviews, wie z. B. dem **DIPS** (Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen; Schneider u. Margraf 2006), dem **SKID-I** (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Wittchen et al. 1997) oder dem **K-SADS-PL** (Delmo et al. 2000) erfolgen. Zum Ausschluss einer depressiven Symptomatik kann auch einer der verschiedenen altersentsprechenden Depressionsfragebögen herangezogen werden.

Als Screeningfragebögen zur breiten Erfassung verschiedenster psychiatrischer Symptome können als Elternfragebogen die **CBCL** (Child Behaviour Check List) bzw. als Selbstbeurteilungsbogen der **YSR** (Youth Self Report; Döpfner et al. 1998; Döpfner 1998) oder bei Jugendlichen die **SCL-90-R** (Franke 2002) genutzt werden. Ebenso gehört bei diesen Patienten eine altersentsprechende Intelligenzdiagnostik immer zur testpsychologischen Basisdiagnostik dazu, zudem muss bei einem klinischen Verdacht auf eine Teilleistungsstörung eine entsprechende Diagnostik eingeleitet werden. Auch die Identifizierung von abnormen psychosozialen Umständen gehört im Rahmen der multimodalen MAS-Diagnostik zum Standard.

4.1.1 Zur Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Definition

Anhand der verschiedenen Definitionen sind Persönlichkeitsstörungen gekennzeichnet durch ein **überdauerndes Muster** im inneren Erleben und Verhalten, welches merklich von der Erwartung der Umwelt abweicht, **tiefgreifend und unflexibel ist**, **den Beginn im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter hat**, im zeitlichen Verlauf **stabil** ist und zu Leid oder Beeinträchtigung beim Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt.

Diese Definition aus der DSM-IV wirft jedoch immer wieder die Frage auf, wie früh Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter überhaupt diagnostiziert werden dürfen. Die Diskussion im wissenschaftlichen Kontext bewegt sich zwischen »rechtzeitige Intervention durch Früherkennung« und »zu frühes Labeling« (Krischer et al. 2006). Empirische Studien zu dieser Thematik sind – wie ausgeführt – sehr heterogen.

➤ **Insgesamt erscheint die Stabilität der Diagnose der Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter noch einmal deutlich geringer als im Erwachsenenalter.**

Aus diesem Grund empfehlen die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP, 2003) und die American Psychiatric Association (APA) generell eine zurückhaltende Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Grundsätzlich hingegen ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV und ICD-10 vor dem 18. Lebensjahr jedoch möglich. Vor dem 15. oder 16. Lebensjahr kann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung – insbesondere auch die der

Borderline-Persönlichkeitsstörung – nur dann gestellt werden, wenn die geforderte Mindestanzahl der Kriterien erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits zu diesem Zeitpunkt andauern und zudem durchgehend und situationsübergreifend aufgetreten sind. Dies bedeutet konkret, dass die Symptomatik sowohl im familiären als auch schulischen sowie Peer-Gruppenkontext relevant ist und über mindestens 1 Jahr kontinuierlich angedauert hat. Häufig ist dies mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nur prospektiv im Verlauf zu evaluieren.

Die jeweilige individuelle Symptomatik der Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen darf weder auf andere psychiatrische Störungen zurückzuführen sein noch als Folge einer organischen Schädigung oder Störung auftreten. Auch im Jugendalter sind die Leitsymptome gekennzeichnet durch die Beeinträchtigung mehrerer Bereiche wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie der sozialen Interaktion neben langer zeitlicher Dauer der Verhaltensstörung (vgl. obige Definition). Darüber hinaus sind eine tiefgreifende Verwurzelung der Verhaltensweisen und ein situationsübergreifendes Auftreten zu evaluieren und es muss eine Einschränkung der sozialen, schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit über eine Mindestdauer von 1 Jahr vorliegen. Im Jugendalter ist das von den Betroffenen geäußerte persönliche Leid häufig nicht so stringent nachweisbar wie im Erwachsenenalter, es besteht also keine egodystone Symptomatik wie bei Erwachsenen mit einer Persönlichkeitsstörung.

4.1.2 Komorbidität

Häufig kommen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung komorbide psychiatrische Störungen vor. Zanarini et al. fanden bei 96 % der Patienten eine affektive Störung, bei 88 % eine Angststörung, bei 64 % einen Substanzmissbrauch, bei 53 % eine Essstörung und bei 10 %

eine somatoforme Störung (Zanarini et al. 1998a).

Oft ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit anderen Persönlichkeitsstörungen vergesellschaftet, am häufigsten mit der dependenten Persönlichkeitsstörung (51 %), gefolgt von der vermeidenden Persönlichkeitsstörung (43 %), der paranoiden Persönlichkeitsstörung (30 %), der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung (25 %) und der antisozialen Persönlichkeitsstörung (23 %; Zanarini et al. 1998b). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt in einer Untersuchung bei 138 Adoleszenten im Gegensatz zu den 117 untersuchten Erwachsenen eine signifikante Komorbidität mit der schizoiden und der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung (Becker et al. 2000).

4.2 Spezielle Anamnese

Bei Jugendlichen mit der Verdachtsdiagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung finden sich vermehrte Kontakte zu psychosozialen Hilfesystemen, z. B. der Jugendhilfe. Dies trifft ebenfalls auf Kinder mit jugendpsychiatrischen Vorbehandlungen im ambulanten oder stationären Setting aufgrund der multiplen Symptomatik zu. An Vordiagnosen finden sich häufig affektive Erkrankungen, psychotische Störungen, Essstörungen, Angststörungen, hyperkinetische Störungen mit und ohne Störungen des Sozialverhaltens und auch verschiedene somatoforme Erkrankungen.

Vor allem bei Jugendlichen mit einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens findet sich häufig ein auffälliger familiärer Kontext. In den vorhandenen epidemiologischen Untersuchungen zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden ebenfalls gehäuft abnorme psychosoziale Lebensbedingungen beobachtet. Hierunter sind auch Missbrauchserfahrungen, schwerwiegende Vernachlässigungen und Misshandlungen einzuschließen, wenngleich dies, wie in der Freiburger

Pilotstudie evaluiert, in erheblichem Ausmaße nur in weniger als der Hälfte der behandelten Patienten nachzuweisen ist. Darüber hinaus werden von den Jugendlichen anamnestisch immer wieder Trennungserfahrungen in Kombination mit einem instabilen Erziehungssystem angegeben. In der Anamnese deutlich schwieriger zu erfassen sind niederschwellige Störungen der Mutter-Kind-Interaktion, wie sie durch die Bindungsforschung bei der Entstehung der Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben werden. In diesem Rahmen werden affektive Äußerungen des Kindes zu seinen primären Bezugspersonen nicht adäquat und konsistent aufgenommen oder es gelingt keine hinreichende Passung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den Möglichkeiten der Erziehungsperson. Darüber hinaus finden sich häufig bei erstgradigen Verwandten affektive und psychotische Erkrankungen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und der Impulskontrolle, Alkohol- und Drogenmissbrauch.

4.3 Psychologische Diagnostik

Zur allgemeinen Persönlichkeitsdiagnostik stehen strukturierte Interviewverfahren sowie Fragebögen zur Selbstbeurteilung zur Verfügung. Selbstbeurteilungsfragebögen haben den Vorteil, dass sie gut zum Screening einsetzbar sind, hinsichtlich des Aufwands sehr ökonomisch eingesetzt werden können und ein quantifizierbares Ergebnis liefern. Als Nachteil ist zu nennen, dass sie zur alleinigen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gerade im Jugendalter nicht geeignet sind. Es kommt hier generell zu einer Überschätzung von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen; zudem sind häufig Mehrfachdiagnosen von Persönlichkeitsstörungen vorhanden. Die Wortwahl der Selbstbeurteilungsbögen ist nicht gut auf Jugendliche adaptiert; darüber hinaus bestehen bei ihnen häufiger Aggravations- und Simulationstendenzen. Als Voraussetzung für die

Verwendung von Selbstbeurteilungsfragebögen müssen die Jugendlichen in der Lage sein, eine adäquate »Mittelwerterbildung« des Selbsturteils in verschiedenen Situationen durchzuführen. Ein sinnvoller Einsatz von Selbstbeurteilungsbögen setzt bei Jugendlichen zudem die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstbeobachtung, eine hinreichende Kritikfähigkeit und ein Mindestmaß an verbaler Intelligenz voraus, so die Empfehlungen zu den verschiedenen Manualen.

Die vorhandenen Persönlichkeitsfragebögen lassen sich in 2 Subgruppen aufteilen. Zunächst die klinischen, »traditionellen« Persönlichkeitsfragebögen ohne direkten Bezug zu den Klassifikationssystemen, z. B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Freiburger Persönlichkeits-Inventar – Revidierte Fassung (FPI-R; Fahrenberg et al. 2001) und NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI; Borkenau u. Ostendorf 2008). Als zweite Subgruppe sind »spezifische Selbstbeurteilungsfragebögen« mit Bezug zu den beiden aktuellen Klassifikationssystemen der Persönlichkeitsstörungen zu nennen.

Die »traditionellen« Persönlichkeitsfragebögen liefern eine breitgefächerte Persönlichkeitsdiagnostik nach den verschiedenen theoretischen Konzepten der differenziellen und klinischen Psychologie, auf denen der jeweilige Fragebogen basiert. Diese Persönlichkeitsfragebögen erlauben keine Screening-Diagnostik der klassisch eingeführten Persönlichkeitsstörungen, da diese in den erhobenen Dimensionen nicht abgebildet werden. Die eingesetzten Persönlichkeitsfragebögen weisen jedoch, je nach theoretischem Konzept, eine enge Korrelation zu den gut empirisch abgesicherten Persönlichkeitsfaktoren – wie die Big Five (Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit) auf. Im klinischen Alltag setzen wir diese »traditionellen« Persönlichkeitsfragebögen regelmäßig ein. Wir verwenden für Jugendliche ab 16 Jahren regelmäßig den NEO-FFI. Für das Kindesalter kommt am häufigsten der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und

■ Tab. 4.1. Fragebögen und Interviewverfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik

Interviews zu Persönlichkeitsstörungen	Traditionelle Persönlichkeitsfragebögen	Fragebögen mit Bezug zur Klassifikation
SKID-II	NEO-FFI ab 16 Jahren	PSSI ab 14 Jahren
IPDE	PFK 9–14 für 9–14 Jahre	IKP ab 16 Jahren

14 Jahren (PFK 9–14; Seitz u. Rausche 2004) zum Einsatz.

Als Fragebogen mit Bezug zur psychiatrischen Persönlichkeitsstörungsklassifikation kann ab dem 14. Lebensjahr das Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI; Kuhl u. Kazen 1997) eingesetzt werden. Ab 14 Jahren ist auch die Verwendung des Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP; Andresen 2006) möglich (■ Tab. 4.1).

Als strukturiertes Interviewverfahren ist für Jugendliche das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-II; Wittchen et al. 1997) oder die International Personality Disorder Examination nach ICD-10 (IPDE; Loranger 1996) zu empfehlen.

Im Erwachsenenalter wird als spezifische Diagnostik für die Borderline-Persönlichkeitsstörung das Diagnostische Interview für das Borderline-Syndrom (DIB; Gunderson 1990) eingesetzt. Zur Auswertung bildet es in den folgenden 5 Bereichen die Summe der mithilfe dieses Interviews gewonnenen Informationen:

- Soziale Anpassung,
- impulsive Handlungsmuster,
- Affektivität,
- Psychose und
- interpersonale Beziehungen.

Die Antworten der Patienten werden zwischen 0 = »nein, trifft nicht zu«, 1 = »möglich«, 2 = »ja« eingeschätzt. Das Rating beruht neben den Informationen aus dem Gespräch auf der Beobachtung des Interviewers. Ein Wert von 7

wird dabei als unterer Grenzwert für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen.

Ein weiteres Verfahren ist das Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI; Leichsenring 1997), dem ein psychoanalytischer Ansatz der Borderline-Persönlichkeitsstörung von Kernberg zugrunde liegt, und das deshalb kaum zu den aktuellen Klassifikationssystemen in Bezug gesetzt werden kann.

Zur Bestimmung des Schweregrades der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im Erwachsenenbereich die Borderline-Symptom-Liste (BSL; Bohus et al. 2001) verwendet. Dieser Fragebogen wurde für Erwachsene entwickelt und basiert auf dem Kriterienkatalog der DSM-IV, dem DIB-R sowie Expertenmeinungen und Patientenaussagen zur Erstellung der Symptomliste. Eine durchgeführte Faktorenanalyse ergab folgende 7 Faktoren des Fragebogens:

- Selbstwahrnehmung,
- Affektregulation,
- Autoaggression,
- Dysthymie,
- soziale Isolation,
- Intrusionen und
- Feindseligkeit.

Diese erwachsenentypischen Fragebögen können bei älteren Jugendlichen verwendet werden.

4.4 Dimensionale Diagnostik

Insgesamt besteht derzeit ein grundlegender wissenschaftlicher Konsenz darüber, dass eine dimensionale Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen auch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen die Symptomatik besser beschreibt als ein kategorialer Ansatz.

Jedoch besteht darüber hinaus keine Einigkeit darüber, wie die Beschreibung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im dimensionalen Ansatz aussehen sollte. Nach Widiger und Simonsen (2005) existieren derzeit sogar mehrere verschiedene dimensionale Modelle. Jedoch besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass im Interesse einer umfassenden dimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik Selbstbeurteilungsfragebögen, wie sie bei der Erfassung von Gesunden verwendet werden, für eine dimensionale Erfassung der Symptomatik von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht hinreichend sind.

■ Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI)

Im Jugendalter setzen wir zur dimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik regelmäßig das Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI; Kuhl u. Kazen 1997) ein. Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen als nichtpathologische Entsprechungen der in der DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen quantifiziert. Das PSSI geht von der Grundannahme aus, dass es zu jeder der klinischen Störungskategorien einen analogen Persönlichkeitsstil gibt. Der Einsatz des PSSI ist ab 14 Jahren möglich, es basiert theoretisch auf der systemischen Persönlichkeitsstheorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie). Das PSSI besteht aus 140 Items, die auf einer 4-stufigen Ratingskala (»trifft gar nicht zu« – »trifft etwas zu« – »trifft überwiegend zu« – »trifft ausgesprochen zu«) erhoben werden. Die Items sind 14 Skalen zugeordnet. Die Diagnostik ist sowohl

als Gruppen- und Einzeltestung möglich. Die Testdauer ist in der Praxis sehr unterschiedlich, wobei von mindestens 20 min auszugehen ist. Die Auswertung des Tests ist derzeit nur per Hand möglich und mit ca. 30–45 min Dauer als sehr aufwändig und eher fehleranfällig zu bewerten. Die Skala, die den Borderline-Persönlichkeitsstörungen zugeordnet wird, wird auch als spontaner Stil beschrieben. Dieser Persönlichkeitsstil ist durch eine relativ intensive Emotionalität gekennzeichnet, die sich in einer spontanen Begeisterungsfähigkeit, positiven Wahrnehmungen und in einer impulsiven Ablehnung von Dingen und Personen äußert, die negative Eigenschaften zeigen. Bei der pathologischen Übersteigerung dieses Persönlichkeitsstils sind die auffälligsten Symptome eine Instabilität des Selbstbildes (Identität), der Stimmung sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Auswertung der Fragen erfolgt anhand der Berechnung der Rohwerte durch Aufsummieren. Die entsprechenden Normwerte [T-Wert und Prozentrang (PR)] erhält man durch Nachschlagen der populationsbezogenen Normierung. Es liegen unterschiedliche Normstichproben bei Männern und Frauen vor. Die Interpretation erfolgt anhand überdurchschnittlicher und unterdurchschnittlicher Werte.

Ab einem T-Wert von >70 ergibt sich der Verdacht auf eine stark ausgeprägte Akzentuierung oder auch Persönlichkeitsstörung. Aufgrund dessen sollte eine ausführliche Diagnostik veranlasst werden. Bei einer hohen Ausprägung von gegenüberliegenden Polen besteht entweder ein erhöhter Interpretationsbedarf mit der Frage nach einer Verfälschungstendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit, einem mangelnden Selbstreflektionsvermögen oder unterschiedlichen Verhaltensweisen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Lebenskontexten. Die Diagnose der Borderline-Störung oder auch einer anderen Persönlichkeitsstörung kann nicht aufgrund des extremen Ausprägungsgrades eines dieser Kennwerte gestellt werden.

Die Normstichprobe besteht aus 282 Männern und 430 Frauen im Alter von 14–64 Jahren. Die Skalenkonstruktion orientiert sich im Wesentlichen an deskriptiven Kriterien der beiden Klassifikationssysteme. Es wurde ein Itempool mit nichtpathologischen Entsprechungen erstellt, die anschließend schrittweise reduziert wurden. Zur Reliabilität ergibt sich eine interne Konsistenz um 0.8 und eine Gesamttestreliabilität um 0.8. Bezüglich der Validität konnte eine Korrelation mit den Big Five (NEO-FFI und den 16 Persönlichkeitsfaktoren) ermittelt werden. Es ergab sich jedoch keine Korrelation mit den klinischen Diagnosen oder dem SKID-II (Wittchen et al. 1997).

In der Diagnostik bei auffälligen Kindern und Jugendlichen ergibt sich darüber hinaus häufig die Schwierigkeit, dass die Jugendlichen auf vielen Skalen T-Werte >70 aufweisen, sodass die Interpretation schwierig gerät.

■ Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)

Das Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) von Andresen (2006) kann schwerpunktmäßig zur dimensionalen Erfassung von Persönlichkeitsakzentuierungen nach DSM-IV und ICD-10 verwendet werden. Es kann ab dem 16. Lebensjahr eingesetzt werden.

Die Grundkonstruktion des IKP besteht aus einem Grundinventar, das 11 Skalen anhand von 132 Items beinhaltet. Als Ergänzungsmodul dient das IKP-Eg mit 13 Skalen traditioneller Persönlichkeitsakzentuierungen, die in den aktuellen Diagnosesystemen nicht vorkommen. Es umfasst beispielsweise subaffektive Akzentuierungen und Skalen, die die Persönlichkeitsakzentuierungen nach Kurt Schneider abbilden, sowie weitere Skalen zu wichtigen Spektrumsbereichen der Persönlichkeitsakzentuierungen. Hierunter zu verstehen sind z. B. die asthenisch-nervöse oder die obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung nach Kurt Schneider. Das Ergänzungsmodul umfasst 156 Items. Das Grundmodul ist auch ohne das Ergänzungs-

modul einsetzbar. Die Skala umfasst 10 Items, die wiederum 4fach abgestuft sind zwischen »völlig zutreffend« und »völlig unzutreffend«. Jugendliche benötigen für das Grundinventar als Bearbeitungsdauer i. d. R. 25 min, während für das Ergänzungsmodul etwa 30 min anzusetzen sind. Eine der 11 Skalen des Grundinventars bildet die Borderline-Störung als Persönlichkeitsakzentuierung ab. Die Auswertung dauert etwa 10 min und erfolgt durch Rohwertsummenbildung für jede Skala und anschließende Zuordnung der T-Werte. Anschließend wird ein Persönlichkeitsprofil erstellt. T-Werte >70 legen eine Verdachtsdiagnose für eine Persönlichkeitsstörung nahe, die einer weiteren Diagnostik bedarf. Die Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung wird beschrieben als ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild, in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität (z. B. »ich tue immer wieder verrückte und gewagte Dinge, aber nur, um meine innere Leere nicht mehr spüren zu müssen«).

Die Normierungsstichprobe umfasst insgesamt 1.500 Teilnehmer im Alter zwischen 16 und 75 Jahren. Die Teilnehmer wurden überregional über Medienaktionen mit mehreren Diplom- und Doktorarbeiten in Hamburg gewonnen, sodass die Normierungsstichprobe keine repräsentative Stichprobe darstellt. Sie ist insgesamt soziodemografisch heterogen und ermöglicht keine Gruppendifferenzierung. Die Normierung ist insgesamt und aus empirischer Sicht lediglich als Grobnormierung zu verstehen und nur mit einer gewissen Vorsicht zu verwenden.

Als Gütekriterium wird für die Reliabilität eine interne Konsistenz mit Cronbachs-Alpha zwischen 0,79 und 0,89 angegeben. Auch die Retestreliabilität ist mit 0,77–0,82 durchaus befriedigend.

■ NEO Personality Inventory (NEO-PI)

Unter den traditionellen Persönlichkeitsfragebögen ist der NEO Personality Inventory (NEO-PI) zu nennen. Die Erfassung der Persönlichkeitsdi-

mensionen in diesem Persönlichkeitsfragebogen, in seiner 4. Fassung NEO-PI-R (Costa u. McCrea 1992), erfolgt in den 5 Hauptdimensionen der Big-Five in je 6 Subskalen (deutsche Fassung von Ostendorf u. Angleitner 2004). Als Kurzform liegt das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) vor (Borkenau und Ostendorf 2008), dessen Einsatz für Jugendliche und Erwachsene ab 16 Jahren empfohlen wird. Dieses multidimensionale Persönlichkeitsinventar erfasst die 5 Dimensionen der Big-Five anhand von 5 Skalen mit 60 Items. Die Normierung erfolgt anhand einer großen Stichprobe (über 11.000 Personen aus deutschsprachigen Ländern). Die interne Konsistenz bei den 5 verwendeten Skalen liegt zwischen 0,72 und 0,87 mit einer Retestreliabilität zwischen 0,71 und 0,82 über 5 Jahre. Die Validität der Skalen wurde im Vergleich mit einer Selbsteinschätzung auf einer Adjektivskala mit Korrelationen zwischen 0,54 und 0,80 und einer Korrelation zwischen selbstbenannten Beurteilungen mit 0,49–0,61 nachgewiesen. Es werden Normen für eine bevölkerungsrepräsentative Quotenstichprobe angegeben, die für 12 Geschlechts- und Altersgruppen Prozentrang, T-Wert, Staninewerte sowie die Vertrauensintervalle der Skalenwerte definieren. Die Bearbeitungsdauer umfasst ca. 10 min.

■ **Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 9–14 Jahren (PKF 9–14)**

Der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 9–14 Jahren (PKF 9–14; Seitz u. Rausche 2004) liegt in 4. überarbeiteter und neu normierter Version vor. Er zielt auf eine breite und differenzierte Erfassung der kindlichen Persönlichkeit mittels eines dimensional Ansatzes. Auch in der aktuellen Normierungsstichprobe konnte die ursprüngliche Faktorenstruktur reproduziert werden. Es werden 3 Erfassungsbereiche der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen unterschieden: Verhaltensstile, Motive und Selbstbildaspekte, die über 15 Skalen erfragt werden. Jede der 15 Dimensionen besteht aus 12 Items,

die meist dichotom (stimmt, stimmt nicht) erhoben werden.

Die interne Konsistenz der einzelnen Dimensionen liegt zwischen 0,63 und 0,79.

Zur Validität des Tests liegen verschiedene befriedigende empirische Ergebnisse gegenüber verschiedenen Außenkriterien vor. Die Normen ermöglichen die Ermittlung von T-Werten und Prozenträngen für die Dimensionen sowohl auf die Gesamtstichprobe bezogen, als auch getrennt nach Alter, Geschlecht und Schulart der Kinder. Die Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 45 min, die Auswertung erfolgt anhand von Schablonen oder anhand einer PC-Version.

4.5 Strukturierte Interviewverfahren zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

■ **Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-II)**

Der SKID-II (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV) basiert auf den diagnostischen Kriterien für die Persönlichkeitsstörung entsprechend des DSM-IV. Er beinhaltet ein 2-stufiges Verfahren mit einem Screening-Selbstbeurteilungsbogen und einem anschließenden diagnostischen Interview. Der Fragebogen besteht aus Fragen mit einer Ja/Nein-Beantwortung. Das Interview beinhaltet eine 3-stufige Schätzskala. Vor dem Interview wird empfohlen, zunächst das Screening durchzuführen und anschließend diejenigen Störungen nachzuexplorieren, die im Screening einen festgelegten Grenzwert überschritten haben. Zusätzlich liegen im diagnostischen Interview vorformuliert allgemeine Eingangsfragen zur Persönlichkeit des Probanden vor (z. B.: »Wie würden Sie sich selbst beschreiben?«, »Wie würden andere Sie beschreiben?«). Der Fragebogen ist i. d. R. von Jugendlichen in ca. 20–30 min auszufüllen. Die Durchführungsdauer des Interviews variiert sehr stark in Abhängigkeit von der Anzahl der zu explorierenden

Bereiche, es muss jedoch i. d. R. mit mindestens 45 min bei Jugendlichen gerechnet werden. Zur Auswertung werden die positiv kodierten Items ausgezählt. Es folgt ein anschließender Vergleich mit einem zuvor definierten Cut-Off, der mindestens erreicht werden muss.

Beispiele für Fragen aus dem SKID-II-Fragebogen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

- »Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?«
- »Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?«
- »Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?«
- »Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen, oder es angedroht?«
- »Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?«
- »Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?«
- »Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?«

Dem Manual entsprechend liegen für den SKID-II nur wenige Reliabilitätsuntersuchungen vor, deren Ergebnisse nicht referiert werden.

■ International Personality Disorder Examination (IPDE)

Die IPDE (International Personality Disorder Examination) von Loranger (1996; deutsche Ausgabe von 1996) orientiert sich an der diagnosti-

schen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10. Die Untersuchung besteht aus einem Screeningfragebogen und einem diagnostischen Interview (s. nachfolgende Übersicht).

Sechs Explorationsbereiche des diagnostischen Interviews der IPDE

1. Arbeit
2. Selbstgefühl
3. zwischenmenschliche Beziehungen
4. Affektivität
5. Realitätsbeurteilung (-kontrolle)
6. Impulskontrolle

Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen werden hierbei nicht im Einzelnen und nicht hintereinander abgefragt, sondern es sind alle in der ICD-10 unter Persönlichkeitsstörungen enthaltenen Kriterien in den genannten 6 Bereichen zusammengefasst. Die abgefragte Periode der Einschätzung bezieht sich auf die letzten 5 Jahre. Die Autoren empfehlen, das Interview nicht nur mit dem Patienten; sondern auch mit weiteren Informanten (z. B. Eltern/Partner) durchzuführen. Die IPDE ist wie viele andere standardisierte Inventare zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nur bedingt bei unterdurchschnittlicher Intelligenz einsetzbar. Darüber sind die Grenzen des Verfahrens bei Vorliegen einer schweren Depression oder einer psychotischen Erkrankung erreicht. Die IPDE wird zur Diagnostik bei Patienten ab dem 18. Lebensjahr empfohlen. Entsprechend dem Manual ist der Einsatz schon ab 15 Jahren möglich, hier wird als Einschätzungszeitraum eine 3-Jahres-Episode vorgeschlagen.

Bei der Durchführung des IPDE ist die Verknüpfung zwischen Screeningfragebogen und Interview weniger suffizient spezifiziert als im SKID-II. Items im Screeningfragebogen korrespondieren nicht mit den Items im Interview. Es wird angegeben, dass das Interview durchgeführt werden soll, wenn der Patient im Fragebogen

mehr als 3 Punkte auf einer Skala erhalten hat. Die Dauer des Fragebogens beträgt etwa 10 min, das Interview mit Jugendlichen dauert mindestens 60 min. Zur Auswertung wird zunächst die Kodierung auf ein Auswertblatt übertragen, um dann einen dimensional Score zu berechnen. Bei Erreichen eines Cut-Off wird die Diagnose gestellt.

Im Manual wird die Reliabilität zu den Gütekriterien nicht spezifiziert. Es wird lediglich ausgeführt, dass die Interraterreliabilität und die Retestreliabilität ungefähr in der gleichen Bandbreite liegen wie bei Untersuchungsinstrumenten für Psychosen, affektive Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen. Auch zur Validität fehlen Angaben, es bleibt der Hinweis, dass ein erwünschter Vergleichsmaßstab fehlt.

Fazit

Im Vergleich von SKID-II und IPDE lässt sich Folgendes für die Diagnostik des Jugendbereiches feststellen: Beim SKID-II besteht eine Korrespondenz zwischen Fragebogen und Interview, was die Effektivität verbessert und zu einer kürzeren Durchführungsdauer als beim IPDE führt. Der SKID-II ist schnell und übersichtlich auszuwerten. Vorteilhaft beim IPDE hingegen ist eine inhaltlich sinnvollere Gliederung nach Lebensbereichen – wobei auch diejenigen von Jugendlichen beinhaltet sind. Der IPDE ist für Patienten gut nachvollziehbar und weniger simulationsanfällig als der SKID-II. Ein Nachteil des SKID-II sind die fehlenden dimensional Scores, wodurch Informationen verlorengehen. Nachteilig beim IPDE sind der schlechtere Screeningfragebogen, die längere Durchführungsdauer und die eher unübersichtliche Auswertung.

4.6 Differenzialdiagnostik

Auch das Vorliegen aller Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung schließt zunächst nicht aus, dass weitere komorbide psychiatrische

Störungen vorhanden sind. Ein hoher Prozentsatz der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weist hingegen sogar mindestens eine weitere psychiatrische Störung (Kodierung entsprechend DSM-IV auf Achse I) und/oder weitere Persönlichkeitsstörungen (Kodierung entsprechend DSM-IV auf Achse II) auf. Aus vorliegenden empirischen Untersuchungen können wir schließen, dass Art und Häufigkeit weiterer komorbider psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durchaus vergleichbar sind (Fehon et al. 1997). Besonders häufig sind hierbei affektive Störungen, Alkohol- und Substanzmissbrauch sowie Essstörungen, wobei hier vor allem Bulimien und Angststörungen mit Häufigkeiten zwischen 53 und 90 % zu nennen sind (Zanarini et al. 1998a). In der von uns durchgeführten Therapiestudie bei Jugendlichen, die die Kriterien von Borderline-Persönlichkeitsstörungen weitgehend erfüllten, fanden wir ein ähnliches Spektrum an komorbiden psychiatrischen Erkrankungen bei jedoch deutlich geringerer Häufigkeit (■ Tab. 4.2).

Dies gilt ebenfalls für das Auftreten von komorbiden weiteren Persönlichkeitsstörungen.

■ Tab. 4.2. DSM-IV Life-Time – Diagnosen Achse I in der Freiburger Pilotstudie (Fleischhaker et al. 2006)

Diagnosen	Häufigkeit [n]	Häufigkeit [%]
Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (Alkohol, Cannabis und Halluzinogene)	4	25
Affektive Störungen	6	37,5
Angststörungen	8	50
Essstörungen	5	31,25
Störung des Sozialverhaltens	1	6,25
n = 16		

Zanarini et al. (1998b) fanden zusätzlich dependente Persönlichkeitsstörungen bei 50 % der Patienten, ängstlich-vermeidende bei 43 %, paranoide bei 10 %, passiv-aggressive bei 25 %, antisoziale bei 23 % und histrionische Persönlichkeitsstörungen bei 15 % der Patienten. Generell ist anzunehmen, dass sowohl eine Belastung mit Achse I- als auch Achse II-Störungen die Entwicklung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen negativ beeinflusst und die Therapie deutlich verkompliziert.

■ Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen

Im Jugendalter sind andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastungen (entsprechend ICD-10: F62.0) zu diagnostizieren, wenn sie als Folge einer Belastung katastrophalen Ausmaßes auftreten und eine wenigstens über 2 Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung zur Folge haben. Die Symptomatik dieser andauernden Persönlichkeitsänderung wird i. d. R. durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gekennzeichnet, darüber hinaus besteht i. d. R. ein sozialer Rückzug, ein Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung oder ein Entfremdungsgefühl. Als mögliche Extrembelastungen werden andauerndes Ausgesetztsein einer lebensbedrohlichen Situation (z. B. als Opfer von Terrorismus), eine längere Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr, Folter, Katastrophen- und Konzentrationslagererfahrung genannt.

■ Persönlichkeitsänderungen bei psychischer Krankheit

Abzugrenzen von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind ebenfalls andauernde Persönlichkeitsänderungen bei psychischer Krankheit (entsprechend ICD-10: F62.1). Diese werden ausgelöst durch die traumatische Erfahrung einer schweren psychiatrischen Erkrankung, die zu einer massiven Abhängigkeit und Anspruchshaltung gegenüber anderen führt sowie zu der

Überzeugung, durch die Krankheit verändert oder stigmatisiert worden zu sein. Häufig sind bei dieser über wenigstens 2 Jahre hinweg bestehenden Persönlichkeitsänderung deutlich labile und dysphorische Stimmungen im Vordergrund mit deutlicher Reduktion der schulischen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten.

Darüber hinaus wird in den letzten Jahren vermehrt eine Assoziation zwischen hyperkinetischem Syndrom und einer im Jugendalter beginnenden Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert (Nigg et al. 2002).

■ »Adoleszentenkrise«

Als wichtige weitere Differenzialdiagnose für das Borderline-Syndrom im Jugendalter ist die sog. Adoleszentenkrise zu nennen. Dieser Begriff wird weder in der ICD-10 noch der DSM-IV verwendet, sondern er ist ein pragmatischer Begriff, der im klinischen Alltag regelmäßig verwendet wird. Er definiert eine Reihe von Störungsmustern, deren gemeinsames Merkmal der Zeitpunkt des Auftretens und eine oft dramatisch verlaufende Symptomatik ist (Remschmidt 1992). Adoleszenten Krisen können sich als Störungen der Sexualentwicklung, als Identitäts-, Autoritäts- oder narzisstische Krisen, aber auch als Depersonalisationserscheinungen äußern, und werden entsprechend Remschmidt als Überspitzung normaler adoleszenter Entwicklungsvorgänge erklärt.

➤ **Als wichtigster Unterschied zur Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Adoleszentenkrise durch einen meist plötzlichen Beginn gekennzeichnet. In ihrem weiteren Verlauf folgt häufig eine völlige Normalisierung des Verhaltens und Erlebens der Patienten.**

Die Adoleszentenkrise kann aber auch Vorläufer einer beginnenden Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer anderen Persönlichkeitsstörung oder einer beginnenden Psychose sein.

Die Prognose einer solchen Adoleszentenkrise ist somit nur extrem schwer einzuschätzen. In die-

sem Rahmen treten darüber hinaus Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen auf, die als nicht bewältigte Entwicklungsaufgaben der entsprechenden Altersstufe verstanden werden. Nach Remschmidt sind hierbei als zentrale Entwicklungsaufgaben die Identitätssentwicklung sowie die Entwicklung der Selbstwertregulation und Selbstbehauptung, der Individuation und Autonomieentwicklung, der Intimität und Sexualität, des Körper selbst, des sozialen Selbst, der Lernfähigkeit und der emotionalen Regulation zu nennen.

Vor dem Hintergrund eines drohenden Scheiterns an einer dieser Entwicklungsaufgaben und gleichzeitigem Auftreten eines ausgeprägten Risikoverhaltens gepaart mit sozialem Rückzug, Interessenverlust, Abnehmen der Leistungsmotivation und Auftreten verschiedener psychiatrischer Symptome ist von einer Entwicklungsgefährdung des Jugendlichen auszugehen. Bei diesen Jugendlichen ist der Übergang von der Adoleszentenkrise zu einer manifest werdenden Persönlichkeitsstörung – häufig auch vom Borderline-Typus – fließend.

■ Episoden psychotischen Erlebens

Eine weitere wichtige Differenzialdiagnose im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen Episoden von ausgeprägt psychotischem

Erleben mit akustischen und visuellen Halluzinationen und paranoiden Denkinhalten dar. In der Regel sind psychotische Episoden im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im zeitlichen Verlauf auf Stunden und wenige Tage beschränkt und es fehlen formale Denkstörungen. Die auftretenden Halluzinationen sind für die Patienten nicht immer als Pseudohalluzinationen, bei denen der irrealer Charakter der Wahrnehmungsstörung von ihnen erkannt wird, zu identifizieren.

■ Posttraumatische Belastungsstörung

Eine diagnostische Überlappung besteht ebenfalls zur posttraumatischen Belastungsstörung, da bei dieser vor allem schwere Wutausbrüche auftreten können sowie eine ausgeprägte Reizbarkeit in Kombination mit einer emotionalen Regulationsstörung. Jedoch ist der **unterschiedliche Zeitverlauf** i. d. R. für die Diagnose wegweisend; d. h. bei der posttraumatischen Belastungsstörung besteht ein enger zeitlicher Zusammenhang zu den traumatischen Ereignissen. Zu beachten ist allerdings, dass häufig Kriterien sowohl für eine posttraumatische Belastungsstörung als auch für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, deren Diagnose demzufolge getrennt erfolgen sollte.

Der Blick auf das Besondere

- 5.1 Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen und Temperamentsmerkmalen – 44**
 - 5.1.1 Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen über die Zeit – 44
 - 5.1.2 Stabilität von Temperamentsmerkmalen – 45
 - 5.1.3 Die Entwicklung der kindlichen Emotionsregulation – 45
- 5.2 Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) – 48**
- 5.3 Ergebnisse von longitudinalen Studien von sog. Borderline-Kindern – 52**
- 5.4 Selbstschädigende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter – 53**
- 5.5 Suizidales und parasuizidales Verhalten – 54**
- 5.6 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Suizidalität – 55**

Die Diagnostik und Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter folgt im Prinzip ähnlichen Kriterien wie bei Erwachsenen. Wie in ► Kap. 4 ausgeführt, ergibt sich jedoch die Problematik, dass die geforderten Diagnosekriterien und die verwendeten Instrumente für das jeweilige Entwicklungsalter unserer Patienten angepasst werden müssen.

Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass Jugendliche keine »kleinen Erwachsenen« sind und sich deutliche Unterschiede für die Stabilität von Persönlichkeits- und Temperamentsmerkmalen über die Zeitachse zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nachweisen lassen. Auf diese Besonderheiten soll im Folgenden eingegangen werden.

5.1 Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen und Temperamentsmerkmalen

5.1.1 Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen über die Zeit

Die genaue empirische Erfassung der Stabilität von verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen in verschiedenen Lebensaltern ist schwierig, da in verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche diagnostische Instrumente zur Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen verwendet werden müssen. Im Säuglings- und Kleinkindalter werden entsprechende Untersuchungen vor allem anhand von Verhaltensbeobachtungen durch die primären Bezugspersonen oder geschulte Rater durchgeführt. Zur Diagnostik von Persönlichkeitsmerkmalen bei Schulkindern wird i. d. R. ebenfalls eine Fremdeinschätzung durch die primären Sorgeberechtigten vorgenommen. Dem gegenüber stehen verschiedene Fragebogenverfahren bei der Diagnostik von Persönlichkeitsfaktoren, die den Jugendlichen und Erwachsenen zur Selbsteinschätzung vorgelegt werden. Dieser Wechsel der

Beurteilerperspektive beim Übergang ins Jugendalter wird schon allein dadurch zu einer deutlichen Reduktion der Stabilitätskoeffizienten führen.

Die empirische Forschung findet darüber hinaus sehr widersprüchliche Ergebnisse zur Stabilität von Persönlichkeitsfaktoren vom Jugend- bis ins hohe Erwachsenenalter. Diese konträren Resultate werden teilweise dadurch erklärt, dass grundlegende Persönlichkeitsmerkmale vermutlich erst bei einem Alter zwischen 30 und 50 Jahren eine höhere Stabilität aufweisen. Bis zum Alter von 50 Jahren treten noch erhebliche individuelle Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale auf. Eine Metaanalyse (Roberts u. DelVecchio 2000) zur Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen erbrachte das Ergebnis, dass es bereits ab dem Grundschulalter moderate Korrelationen für Persönlichkeitsmerkmale über einen längeren Zeitraum hinweg gibt, die mit wachsendem Alter des Individuums stabiler werden. Wird die Zeitdauer zwischen den Untersuchungszeitpunkten zu lang gewählt, nehmen diese Wechselbeziehungen allerdings wieder ab. Die Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen scheint darüber hinaus vom jeweiligen psychosozialen Funktionsniveau abhängig zu sein, ferner von der Belastung mit umschriebenen psychiatrischen Störungen sowie von Verhaltensauffälligkeiten und Störungen in der Kindheit. Eine Metaanalyse (Asendorpf 2002) erfasste die mittlere 7-Jahres-Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen in verschiedenen Lebensabschnitten. In dieser Untersuchung zeigte sich eine sehr geringe Stabilität für das Säuglingsalter, jedoch bereits für eine Korrelation zwischen dem Kindergartenalter und dem 10. und 13. Lebensjahr zeigte sich eine Stabilität von 0,5, die der 7-Jahres-Stabilität bis ins junge Erwachsenenalter entsprach. Deutlich geringer fiel der Stabilitätskoeffizient für den Zeitraum zwischen dem Kindergartenalter und dem jungen Erwachsenenalter aus. Dabei ergeben sich keine Hinweise, dass die Stabilität von Persönlichkeitsmerk-

malen zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr deutlich ansteigt. Die hier in den aktuellen Klassifikationssystemen gesetzte Grenze für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr erscheint somit sehr willkürlich.

5.1.2 Stabilität von Temperamentsmerkmalen

Die Stabilität der genannten Temperamentsmerkmale vom Kleinkindalter bis zum 3. Lebensjahr ist mit einem R-Koeffizienten von etwa 0,3 vom 1. auf das 3. Lebensjahr als eher niedrig einzuschätzen. Thomas und Chess (1980) konnten in der New York Longitudinal Study zeigen, dass die Stabilität von verschiedenen Temperamentsmerkmalen im verwendeten Modell vom 1. bis zum 2. Lebensjahr einen Korrelationskoeffizienten zwischen 0,3 und 0,5 aufwies, dass sich diese relative Stabilität jedoch bei einer Ausdehnung der Zeitdauer vom 1. bis zum 5. Lebensjahr auf Werte zwischen 0,1 und 0,2 reduzierte. Demzufolge ist für die verschiedenen Temperamentsmerkmale die Stabilität einerseits in Abhängigkeit von der Zeitdauer der Messung zu sehen, andererseits aber auch in Abhängigkeit von den gemessenen Temperamentsfaktoren. So konnte beispielsweise von Kagan et al. (1987) eine enorme Stabilität für das Temperamentsmerkmal Verhaltenshemmung (Schüchternheit) für einen Zeitraum vom 2. bis zum 8. Lebensjahr mit Korrelationskoeffizienten über 0,5 nachgewiesen werden. Für den klinischen Alltag bedeutet dies, dass sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung deutliche Veränderungen im beobachtbaren Verhalten ergeben, es jedoch ausgesprochen unwahrscheinlich ist, dass sich ein Individuum vollständig verändert. Plakativ gesprochen bedeutet dies, dass ein scheues Kindergartenkind als 10-jähriges Schulkind sicher nicht als extroversiv und abenteuersuchend eingeschätzt werden wird.

5.1.3 Die Entwicklung der kindlichen Emotionsregulation

Im Rahmen von verschiedenen Untersuchungen in den letzten beiden Dekaden konnte gezeigt werden, dass die kindliche Emotionsregulation einen essenziellen Einfluss auf die gesamte soziale Entwicklung von Kindern hat. Hierbei konnte eine erhebliche Interaktion zwischen der Fähigkeit des Kindes zur Emotionsregulation und seinen sozialen Funktionen unter verschiedenen erzieherischen Kontexten nachgewiesen werden.

Im Kontext der vorhandenen Literatur kann Emotionsregulation entsprechend Thompson (1994) folgendermaßen definiert werden: Emotionsregulation als »extrinsic and intrinsic processes responsible for monitoring, evaluating, modifying emotional reactions, especially their intensive and temporal features, to achieve one's goals«. Thompson sieht die Fähigkeit des Kindes zur Emotionsregulation in engem Kontext zu dessen neurophysiologischer Reaktivität sowie zu kindlichen Aufmerksamkeitsprozessen, zur Fähigkeit des Kindes, eigene Emotionen wahrzunehmen und zum Zugang des Kindes zu Coping-Mechanismen, um Emotionen im familiären Kontext verschiedenen Anforderungen und Vorgaben anpassen zu können (■ Abb. 5.1).

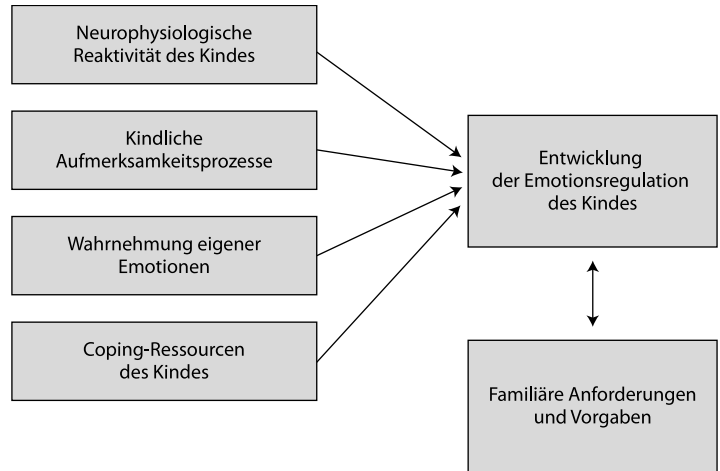
Von Cicchetti und Mitarbeitern (1991) wird darüber hinaus als Funktion der kindlichen Emotionsregulation angesehen, dass das interne Arousal die Voraussetzung dafür schafft, dass das Kind seine optimalen Fähigkeiten umsetzen kann.

Vor diesem theoretischen und methodischen Hintergrund wurde von Eisenberg und Spinrad (2004) folgende erweiterte und breit angelegte Definition der Emotionsregulation eingeführt:

»Emotion regulation is a process of initiating, avoiding, inhibiting, maintaining or modulating the occurrence, form, intensity or duration of internal feeling states, emotion-related physiologi-



■ **Abb. 5.1.** Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Emotionsregulation des Kindes



cal attentional processes, motivational states and/or the behavioural commitants of emotion in the service of an accomplishing effect-related biological or social adaption or achieving individual goals.«

In diesem Rahmen unterscheiden Eisenberg und Spinrad pragmatisch verschiedene Kontexte der Emotionsregulation. Zunächst ist hierbei zu bedenken, dass Emotionen zu verschiedenen Zeitpunkten reguliert werden können: bevor sie ausgelöst werden, während sie ausgelöst werden und auch nachdem sie ausgelöst worden sind. Der Gebrauch von Fertigkeiten zur Emotionsregulation vor dem Auslösen der Emotionen kann als proaktives Coping angesehen werden, indem das Individuum Anstrengungen unternimmt, potenziell emotionsbelastete Ereignisse im Voraus zu verhindern oder sie zu verändern, bevor diese aufgetreten sind.

Als zweiten Punkt unterscheiden Eisenberg und Spinrad zwischen Kontrolle und Regulation. Kontrolle wird hierbei als Inhibition definiert, ungeachtet, ob die Inhibition intrinsisch oder extrinsisch bedingt ist. Regulation wird als ein absichtlicher und adaptiver Prozess definiert, der eine optimale Regulation der Emotionen ebenso beinhaltet, wie die Fähigkeit, jederzeit

notwendige Handlungen zu initiieren. Damit ist gemeint, dass gut regulierte Individuen sehr flexibel damit umgehen können, wie sie ihre Emotionen regulieren. Von daher beinhaltet Regulation immer einen flexiblen, adaptiven Prozess, wohingegen Kontrolle sowohl adaptiv als auch maladaptiv sein kann.

Als letzte theoretische Unterscheidung führen Eisenberg und Mitarbeiter noch die freiwillige Kontrolle/Regulation im Gegensatz zur weniger freiwilligen, eher reaktiven Kontrolle ein. Hierbei beinhaltet die freiwillige Regulation den Willen oder die Bemühungen, Emotionen von sich aus zu regulieren. Von anderen englischsprachigen Autoren wird in diesem Kontext auch von »effortful control« gesprochen (Rothbart u. Bates 1998).

Im Gegensatz hierzu wird die reaktive Kontrolle von Emotionen als nur bedingt der freiwilligen Modulation zugänglich angesehen. Unter reaktiver Kontrolle wird sowohl eine rigide Überkontrolle, wie man sie bei ängstlichen und furchtsamen Kindern in Stresssituationen beobachten kann, als auch eine reaktive Kontrolle von Kindern auf mögliche Verstärker verstanden.

In Anlehnung und als Zusammenfassung der vorhanden Literatur zur Entwicklung der Emoti-

onsregulation von Kindern wurde von Eisenberg et al. (1998) ein heuristisches Modell entwickelt, in dessen Zentrum die emotionsbezogene Sozialisierung im familiären Rahmen und ihre Einflussfaktoren und Moderatoren stehen. Als die 4 wichtigsten Pfade dieser familiären emotionsbezogenen Sozialisierung werden

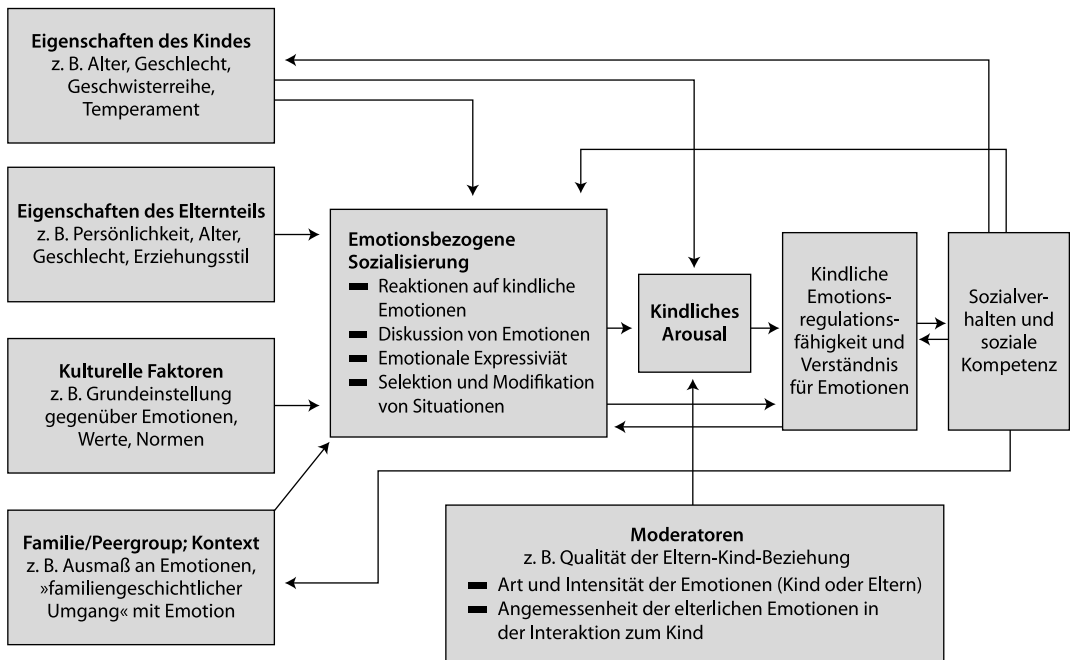
- die Reaktionen der Eltern auf die kindlichen Emotionen,
- die elterliche Diskussion und Erörterung der Emotionen der Kinder,
- die Art und Intensität des Ausdrucks von Emotionen durch die Eltern und
- die elterliche Selektion und Modifikation von emotionsintensiven Situationen angesehen (■ Abb. 5.2).

Innerhalb dieses Modells wird ausgeführt, dass ein Kind die Fähigkeit zur Emotionsregulation optimal lernen kann, wenn es den Eltern gelingt, die emotionsbezogenen Bedingungen zur Sozialisierung optimal zu gestalten. Hingegen sind die

Möglichkeiten zum kindlichen Lernen bei einem Über-Arousal deutlich reduziert. Die kindlichen Fähigkeiten zur Emotionsregulation beeinflussen wiederum reziprok die soziale Kompetenz und das Sozialverhalten dieser Kinder.

Als zentrale Angelpunkte einer gelungenen kindlichen Anpassung werden eine hinreichende kindliche Emotionsregulationsfähigkeit und ein Verständnis für Emotionen angeführt.

Als weitere wichtige Moderatoren werden v. a. eine gute Qualität der Eltern-Kind-Beziehung mit einer hieran gekoppelten engen emotionalen Beziehung zu den Eltern bzw. zum Elternteil angeführt. Aufgrund dessen entstände die Grundannahme des Kindes, dass die Eltern sich bedingungslos für sein Wohlergehen einsetzen. Als Konsequenz seien die Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der guten, vertrauten und reziproken Beziehung zu dem Elternteil dazu motiviert, dem elterlichen Modell und deren Normen der Emotionsregulation nachzueifern. Würden hingegen durch die Eltern



■ Abb. 5.2. Heuristisches Modell zur kindlichen Entwicklung der Emotionsregulation. (Mod. nach Eisenberg et al. 1998)

in erheblichem Ausmaß negative Emotionen ausgedrückt, seien diese Emotionen Modell für Feindseligkeiten und emotionale Dysregulation auf Seiten des Kindes.

Dieses beschriebene Modell zur Entwicklung der Emotionsregulation im Kindesalter konnte anhand prospektiver Untersuchungen sowohl von Eisenberg et al. (2003), als auch von anderen Arbeitsgruppen inzwischen in Teilen empirisch bestätigt werden (Power 2005). Abschließend muss jedoch ausgeführt werden, dass die Richtung der Effekte zwischen den Bedingungen der emotionsbezogenen Sozialisierung, der kindlichen Emotionsregulationsfähigkeit und der kindlichen Anpassung letztendlich nur sehr schwierig nachweisbar sind. Darüber hinaus mehrten sich derzeit die Hinweise einer bidirektionalen Beziehung zwischen den Bedingungen der elterlichen emotionsbezogenen Sozialisierung und der kindlichen Emotionsregulationsfähigkeit.

5.2 Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31)

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist entsprechend der ICD-10 eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen und wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insbesondere bei weiblichen Jugendlichen in der Adoleszenz festgestellt. Im Vordergrund steht zumeist eine ausgeprägte Impulsivität und affektive Instabilität. Darüber hinaus besteht ein Muster von Instabilitäten im Selbstbild und in zwischenmenschlichen Beziehungen.

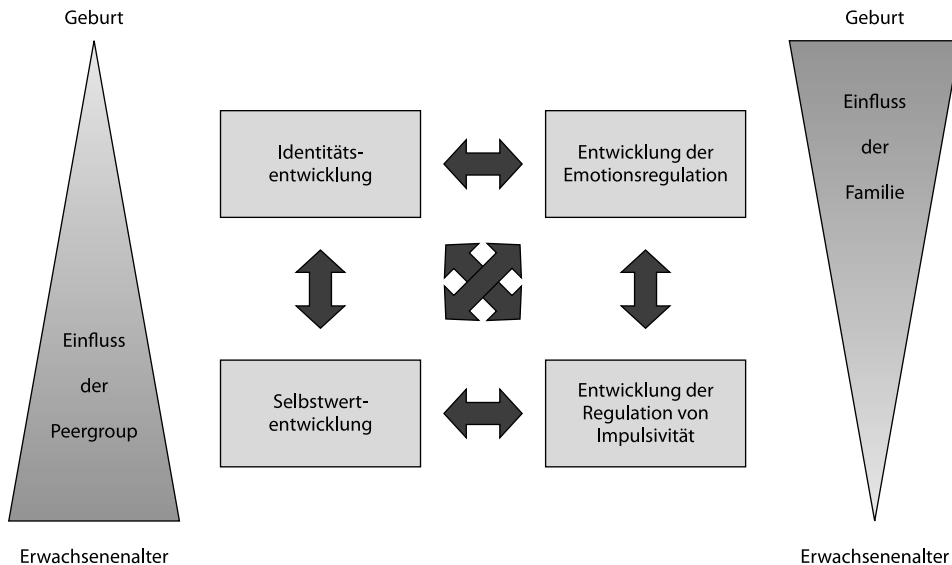
Bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung fehlt häufig ein durchgehendes Identitätsgefühl. Dies bezieht sich vor allem auf ihr zugrunde liegendes Selbstbild, ihre sexuelle Orientierung, die jeweiligen beruflichen Ziele, die gewünschten Freunde in der Peergroup und die anzustrebenden Werte. Da diese Identi-

Entsprechend den Kriterien der ICD-10 müssen für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung mindestens 3 der folgenden Merkmale erfüllt sein:

1. Mangelnde oder fehlende Impulskontrolle mit der deutlichen Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. Ausgeprägte Neigung zu aggressivem oder streitsüchtigen Verhalten, vor allem dann, wenn eine impulsive Handlung unterbunden oder getadelt wird
3. Neigung zu Wutausbrüchen oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Unzureichende Handlungsplanung mit der Schwierigkeit, Handlungen zu beenden, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Emotionale Instabilität mit unbeständigen unberechenbaren Stimmungen

Zusätzlich müssen mindestens 2 der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorliegen:

1. Störungen oder Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen oder »inneren Präferenzen« (einschließlich sexueller Präferenzen)
2. Intensives, aber unbeständiges Beziehungsverhalten, das nicht selten in der Folge zu emotionalen Krisen führt (in heterosexuellen Beziehungen kommt es häufig auch zu promiskuidem Verhalten)
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholt werden Drohungen oder Handlungen mit parasuizidalen oder automutilativen Handlungen
5. Ein anhaltendes überdauerndes Gefühl von Leere



■ **Abb. 5.3.** Die Wechselwirkungen von Entwicklungsaufgaben bei Jugendlichen unter dem Einfluss von Peergroup und Familie

tätsfindungen für die Jugendlichen eine der alterstypischen Entwicklungsaufgaben sind, sind die beschriebenen Unsicherheiten in diesen Bereichen bei vielen Jugendlichen zu erwarten (■ Abb. 5.3). Hierbei können jedoch einzelne exzessive Verhaltensweisen wie ausgeprägtes selbstschädigendes Verhalten im Sinne von Ritzen und sich Verbrennen, Fressattacken oder ein beginnender ausgeprägter Drogenmissbrauch die ersten Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein. Charakteristisch ist der plötzliche ausgeprägte Wechsel des Selbstbildes, der häufig durch singuläre Ereignisse oder kritische Äußerungen von Personen wieder in Frage gestellt wird. Auf der kognitiven Ebene neigen diese Jugendlichen häufig zu einer verzerrten und auf eine auf Schwarz/Weiß-Sehen eingeschränkte Wahrnehmung und Interpretation ihres Umfeldes. Die Schwierigkeiten, die die Jugendlichen haben, sind die festen Überzeugungen, nicht wertvoll, nicht intelligent und nicht attraktiv genug für diese Welt zu sein und daher von allen anderen abgelehnt und/oder nicht geliebt zu werden.

Unter subjektiv erlebten starken Belastungen treten dann vor allem dissoziative Symptome auf: die Jugendlichen können sich häufig an bestimmte, negativ konnotierte zwischenmenschliche Ereignisse, aber auch traumatische Erlebnisse nicht mehr im Detail erinnern. Sie fühlen in individuell unterschiedlichen, unspezifischen Situationen ein ausgeprägtes Gefühl der Depersonalisation und Derealisation. Auch Schulabbrüche, Schulwechsel oder unstete Entwicklungen in der Berufsausbildung können Ausdruck eines instabilen Selbstkonzeptes und einer beginnenden Borderline-Persönlichkeitsstörung sein. Durch negative Kognitionen, die vor allem das Selbstkonzept betreffen, stehen sich diese Jugendlichen zudem häufig im Wege, wenn ein Schulabschluss oder eine Abschlussprüfung in der Berufsausbildung ansteht.

Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben ebenso wie Erwachsene erhebliche Schwierigkeiten, enge Beziehungen aufrechtzuerhalten. Freundschaften mit Gleichaltrigen werden sehr schnell eingegangen, überidealisiert und so intensiv erlebt, dass es für das

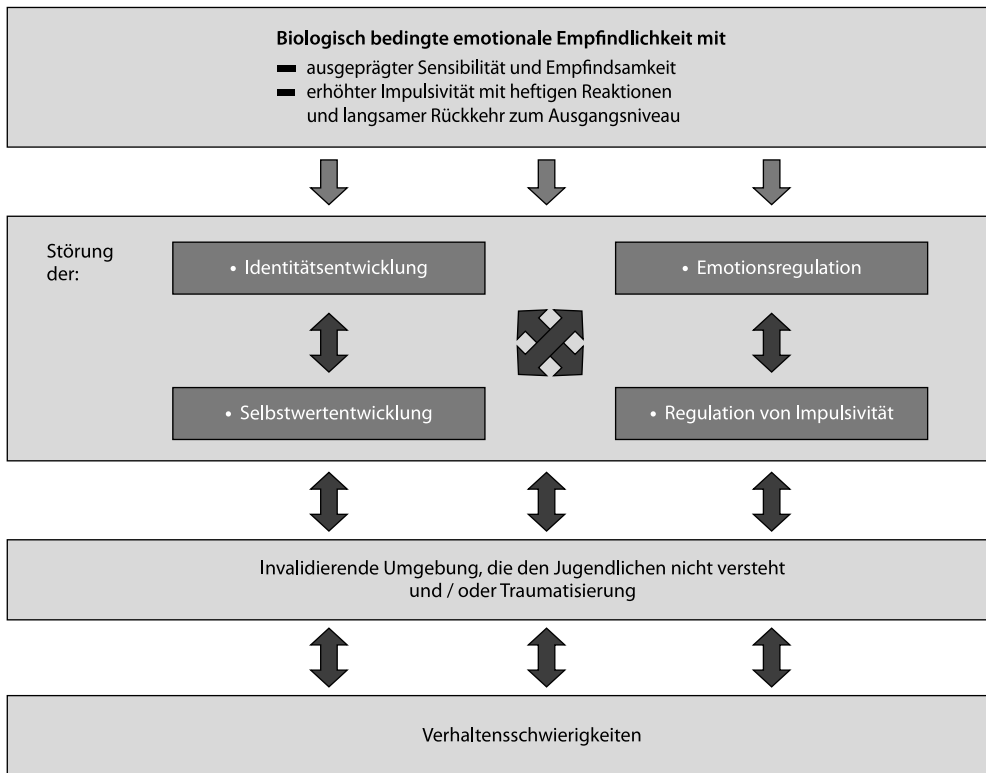
Gegenüber häufig nur schwer auszuhalten ist. Der Abbruch einer solchen Beziehung kann häufig kurzfristig aufgrund einer empfundenen oder realen Kränkung erfolgen, ohne dass dies für ein Gegenüber oder andere Außenstehende überhaupt ansatzweise nachvollziehbar wäre. Diese Jugendlichen neigen dazu, immer wieder den Beziehungspartner zu überprüfen, zu kontrollieren und auf die Probe zu stellen; insbesondere, wenn dieser nicht anwesend ist. Auf die Überidealisierung des Beziehungspartners erfolgt häufig die Enttäuschung, da kein realer Mensch dieser Überidealisierung entsprechen kann. Diese Jugendlichen sind nicht in der Lage, gute und schlechte Eigenschaften anderer Menschen mit einer realen Person in Einklang zu bringen, sie überfordern dadurch häufig auch ihr Gegenüber, das sich reaktiv zurückzieht und auf Distanz geht. Zudem neigen Jugendliche mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und zusätzlichen histrionischen Anteilen häufig dazu, Beziehungsabbrüche herbeizuführen, um einem Verlassenwerden um jeden Preis aus dem Weg zu gehen. Diese Jugendlichen berichten häufig auf kognitiver Ebene – bei gegebener hinreichender Differenziertheit – von einem Gefühl einer ausgeprägten Angst, die durch die enge Beziehung ausgelöst wird, obwohl sie sich gleichzeitig Intimität und Nähe wünschen. Sie sind aufgrund dieser Schwierigkeiten und aufgrund dieses Schwarz/Weiß-Denkens nicht in der Lage, Nähe und Distanz adäquat zu regulieren. Diese Situationen führen zu ausgeprägten, negativ besetzten Spannungszuständen, die die Jugendlichen eindeutig auf die Beziehung attribuieren. Diese wiederkehrenden Anspannungszustände, die als ausgesprochen aversiv erlebt werden, können mittelfristig nur durch einen Beziehungsabbruch vermieden werden. Vor diesem Hintergrund sind sicher auch die häufigen Therapeutenwechsel der Jugendlichen zu verstehen.

➤ **Die affektive Instabilität bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen wir als einen der basalen Punkte dieser Emotionsregulationsstörung an.**

Die Jugendlichen berichten von teilweise stündlich und täglich wechselnden Phasen positiver, fast euphorischer Stimmungen, die mit Abschnitten wechseln, die durch Traurigkeit, Wut und ein chronisches Gefühl der Langeweile und Leere geprägt sind. Häufig kommt es dann auch zu ausgeprägten emotionalen Krisen, sodass die Jugendlichen im Rahmen von gescheiterten Versuchen der Emotionsregulation zu selbstverletzendem Verhalten tendieren. Dieses selbstverletzende Verhalten führt kurzfristig zu einer Spannungsreduktion, mittelfristig jedoch zu einer erneuten Induktion von negativen Emotionen, ausgelöst durch Scham und Wut, und es führt darüber hinaus häufig zu einer weiteren Reduktion des Selbstwertes.

Darüber hinaus ist die Emotionsregulationsstörung meist durch eine geringe Reizschwelle für individuell unterschiedliche innere und äußere Reize in Verbindung mit einer raschen und extrem heftigen Reaktion der Jugendlichen auf diese Reize gekennzeichnet (■ Abb. 5.4).

Die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung geforderten impulsiven Verhaltensweisen zeigen sich bei Jugendlichen sowohl bei fremdaggressiven als auch bei den zuvor geschilderten selbstschädigenden Handlungsweisen. Diese Impulsdurchbrüche können der impulsiven Symptomatik ähneln, wie sie bei Störungen des Sozialverhaltens auftritt. Die Jugendlichen beschreiben verbale und körperliche Übergriffe, sowohl gegenüber Bekannten als auch gegenüber unbekannten Menschen, die immer mit stark negativen Affekten assoziiert sind. Typischerweise berichten die Jugendlichen über wiederholte Beleidigungen und andauernden Ärger. Die Jugendlichen erkennen ihre aufkommende Wut häufig erst sehr spät, können diese nur schwer



■ Abb. 5.4. Biopsychosoziales Modell der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

kontrollieren, sind zunächst häufig erst nach dem Ereignis in der Lage, die Konsequenzen zu erkennen. Aufgrund der erhöhten Impulsivität kommt es bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung quasi als Leitsymptom zu selbstschädigenden Verhaltensweisen wie

- selbstverletzendes Verhalten,
- wiederkehrende Suizidandrohungen oder Suizidversuche,
- riskantes sexuelles Verhalten,
- rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr mit z. B. plötzlichem Abbiegen nach links,
- Missbrauch von verschiedenen Drogen sowie Fressanfällen, dies häufig auch im Rahmen von verschiedenen Essstörungen.

Das selbstverletzende Verhalten bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung äu-

ßert sich am häufigsten in Form von sich selbst schneiden mit Einmalrasierern, Rasierklingen oder anderen spitzen Gegenständen oder auch sich verbrennen mit z. B. Feuerzeugen. Die selbstverletzenden Verhaltensweisen werden, wie oben beschrieben, am häufigsten zur Reduktion von aversiv erlebten Spannungszuständen eingesetzt oder um einem Gefühl der Leere, der Gefühllosigkeit oder der Traurigkeit zu entkommen. Die Jugendlichen berichten, dass sie sich durch das selbstverletzende Verhalten wieder spüren, häufig wird angegeben, dass das Gefühl für die eigene Person erst durch den Anblick von Blut zurückkomme. Im Rahmen des Kontingenzmanagements ist auch ein appellativer oder demonstrativer Charakter des selbstverletzenden Verhaltens mit in Betracht zu ziehen. Das selbstverletzende Verhalten beinhaltet i. d. R. nicht die

Intention, sein Leben zu beenden. Nichtsdestotrotz stellt selbstverletzendes Verhalten an sich ein erhöhtes Suizidrisiko dar, vor allem dann, wenn es in Kombination mit impulsiven Durchbrüchen und/oder vermehrtem Alkoholkonsum auftritt. Selbstverletzende Verhaltensweisen können auch ohne die Intention, sich zu suizidieren, auf tragische Weise tödlich enden.

5.3 Ergebnisse von longitudinalen Studien von sog. Borderline-Kindern

In einer Untersuchung von Lofgren und Mitarbeitern (1991) waren Kinder erstmals im Alter zwischen 6 und 10 Jahren von unabhängigen Experten als sog. Borderline-Kinder diagnostiziert worden. Die von Bemporad verwendete Symptomliste entspricht weitgehend dem Kernberg-Borderline-Konzept. Diese 32 Kinder wurden zwischen 1971 und 1984 im Mental Health Center Massachusetts stationär aufgrund mehrerer Verhaltensauffälligkeiten behandelt. Nachuntersucht wurden die Patienten in einem Alter zwischen 16 und 30 Jahren im Zeitraum zwischen 1986 und 1990.

Zum Nachuntersuchungszeitpunkt wurden alle Patienten blind anhand des SKID-II und anhand eines unstrukturierten klinischen Interviews nachuntersucht. Von der ursprünglichen Gesamtstichprobe von 32 Kindern konnten nur 19 (59 %) nachuntersucht werden. Zwischen der nachuntersuchten und der ursprünglich untersuchten Stichprobe zeigten sich keine systematischen Unterschiede. Sechzehn der 19 Probanden wiesen bei der Nachuntersuchung eine Persönlichkeitsstörung auf Basis des SKID-I/-II auf, von diesen wurden jedoch nur 3 mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die meisten ehemaligen Patienten zeigten eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, aber auch eine schizoide, vermeidend-unsichere, narzistische oder schizotype Persönlichkeitsstörung. In

der nachuntersuchten Stichprobe wurde keine Diagnose einer schizophrenen oder affektiven Störung gestellt. Nur 5 der 19 nachuntersuchten Patienten wiesen eine befriedigende psychosoziale Anpassung entsprechend dem Arbeits- und Schulverhalten, das anhand des GAF-Scores (Global Assessment of Functioning score) gemessen wurde, auf.

Anhand der Ergebnisse lässt sich somit vermuten, dass es einerseits nur eine geringe Stabilität der Eingangsdiagnose Borderline – den Kriterien von Kernberg entsprechend – gibt und dass andererseits diese in der Kindheit schwer verhaltensauffälligen Kinder, die deshalb stationär behandelt worden waren, 10–20 Jahre später Kriterien verschiedenster Persönlichkeitsstörungen erfüllten.

Einheitlichere Ergebnisse bezüglich anderer Persönlichkeitsstörungen bestehen nur für antisoziale Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale zwischen Kindheit und jungem Erwachsenenalter.

Caspi et al. (1996) haben in verschiedenen englischen Untersuchungen anhand großer Studien nachgewiesen, dass für ein dissoziales bzw. antisoziales Verhalten im Kindesalter eine relative hohe Stabilität bis ins Erwachsenenalter besteht. Das Risiko für diese Kinder, im Erwachsenenalter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, ist mehr als doppelt so hoch als in der gut angepassten Vergleichsgruppe. Nichtsdestotrotz entwickelt die Mehrzahl der Kinder mit unkontrollierten Temperamentsmerkmalen im Kindesalter keine antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter.

Fazit

Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat deutliche Hinweise dafür gebracht, dass Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmale eine gewisse zeitliche Stabilität aufweisen. Akzentuierte Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmale können unter dem Einfluss von ungünstigen Um-



welteinflüssen das Risiko für das Auftreten von manifesten Persönlichkeitsstörungen und anderen psychiatrischen Erkrankungen erhöhen. Auf der anderen Seite gibt es dagegen auch schützende Temperamentsmerkmale, welche die Resilienz gegenüber dem Auftreten psychiatrischer Störungen trotz ungünstiger Umwelteinflüsse erhöhen.

5.4 Selbstschädigende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter

Selbstschädigende Verhaltensweisen haben in den letzten 10 Jahren bei Kindern und Jugendlichen drastisch zugenommen und sind heute ein wichtiger Fokus in der internationalen Gesundheitspolitik. Da selbstschädigende Verhaltensweisen zu den Leitsymptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörungen gehören, soll im Folgenden auf diese Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter eingegangen werden.

In Großbritannien sind selbstschädigende Verhaltensweisen unter den 5 wichtigsten Gründen für eine akute medizinische Einweisung zu finden. Selbstschädigende Verhaltensweisen sind derart relevant, dass das »National Institute for Clinical Excellence« hierzu eine separate Guideline entwickelte (NICE 2004).

Zur Evaluation der Häufigkeit von selbstschädigenden Verhaltensweisen bei Jugendlichen wurde aktuell eine anonyme Befragung von 30.000 15- und 16-jährigen Jugendlichen in 7 Ländern durchgeführt (Australien, Belgien, England, Ungarn, Irland, Holland und Norwegen). Die Befragung erfolgte an allgemeinbildenden Schulen anhand einer repräsentativen Stichprobe mit anonym erhobenen Fragebögen.

Selbstverletzendes Verhalten insgesamt zeigte eine Jahresprävalenz von 9 % aller Mädchen und 2,6 % aller Jungen und eine Lebenszeitprävalenz von 13,5 % und 4,3 %. Selbstschädigendes Verhalten trat in der überwiegenden Mehrzahl der

Länder mehr als doppelt so häufig bei Mädchen auf als bei Jungen. Zusätzlich gaben mehr als 20 % der Mädchen und 10 % der Jungen an, über selbstschädigendes Verhalten nachgedacht zu haben, ohne es jedoch umzusetzen.

Insgesamt zeigte mehr als die Hälfte der Jugendlichen (55,9 %) mit selbstschädigendem Verhalten im vorausgehenden Jahr ein selbstverletzendes Verhalten, das nur Schneiden und Ritzen beinhaltete. Mehr als 20 % der Jugendlichen zeigten als selbstschädigendes Verhalten eine Überdosierung von Medikamenten. Mädchen berichteten signifikant häufiger über Schneiden und Ritzen als selbstschädigende Verhaltensweisen als Jungen (59,5 % versus 44,3 %).

Mehr als die Hälfte der Jugendlichen, die im vorausgehenden Jahr eine selbstschädigende Episode erlebt hatten, zeigten weitere solcher Episoden im Verlauf.

Als Gründe für ein selbstschädigendes Verhalten gaben die Jugendlichen unter 8 gegebenen Möglichkeiten am häufigsten an, dass sie durch die Selbstschädigung Erleichterung aus einem unerträglichen seelischen Zustand gesucht hätten (79,9 %); es gaben aber 59 % auch passive Todeswünsche an und/oder die Intention, sich selbst zu bestrafen (43,6 %). Mädchen gaben signifikant häufiger mehrere Gründe für das selbstschädigende Verhalten an als Jungen. In der Hälfte der Episoden fassten die Jugendlichen den Entschluss zum selbstschädigenden Verhalten innerhalb einer Stunde vor der Selbstschädigung. Die große Mehrheit der selbstschädigenden Verhaltensweisen wurde zu Hause durchgeführt (83,3 %).

Selbstschädigendes Verhalten trat in 20 % der Episoden unter dem Einfluss von Alkohol und in einem von 8 Fällen unter dem Einfluss illegaler Drogen auf.

In der Gesamtgruppe führten nur 16,4 % der selbstschädigenden Episoden zu einer Vorstellung im Krankenhaus. Bei Episoden mit sich selbst schneiden und ritzen kam es sogar nur in 6,9 % zu einer ambulanten Vorstellung. Nur 75 %

der Jugendlichen mit selbstschädigendem Verhalten gingen davon aus, dass anderen das selbstschädigende Verhalten bekannt ist. Hierbei gab es erhebliche Schwankungen zwischen den beteiligten Ländern mit dem niedrigsten Wert in Holland (60 %) und dem höchsten Wert in Ungarn (89 %).

Insgesamt konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden (Madge et al. 2008), dass selbstschädigende Verhaltensweisen einschließlich selbstverletzendem Verhalten ein erhebliches internationales Problem darstellen, welches jedoch schwierig zu identifizieren ist. Dies zeigt sich auch daran, dass nicht-anonymisierte Befragungen sehr viel geringere Prävalenzraten ergeben. Die große Mehrheit der Jugendlichen, die sich selbst schädigen, wird nicht im Gesundheitssystem vorgestellt, sodass dieses Verhalten weitgehend »verborgen« bleibt. Die meisten Jugendlichen werden zum selbstschädigenden Verhalten durch eine Emotionsregulationsstörung motiviert und versuchen dadurch, einen unerträglichen Zustand zu verbessern. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen schädigen sich selbst mehrmals.

Fazit

Selbstschädigende Verhaltensweisen sind deshalb ein erhebliches gesundheitspolitisches Problem. Vor allem Jugendliche mit wiederholten selbstschädigenden und selbstverletzenden Verhaltensweisen benötigen mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung. Hierzu ist es notwendig, im Rahmen der medizinischen Diagnostik immer auch an emotionale und kinderpsychiatrische Störungen zu denken, um selbstschädigende Verhaltensweisen präventiv behandeln können. Als präventive Interventionen erscheinen schul- und gruppenbasierte Interventionsprogramme besonders geeignet, um diese Jugendlichen erreichen und ihnen eine geeignete Hilfestellung zukommen lassen zu können.

5.5 Suizidales und parasuizidales Verhalten

Suizidales und selbstverletzendes (parasuizidales) Verhalten haben gemeinsam, dass sich ein schädigender Impuls gegen den eigenen Körper richtet.

■ Suizidalität

Suizidalität ist gekennzeichnet durch den Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens und zeigt in der Adoleszenz eine deutliche Abhängigkeit vom Geschlecht. Vollendete Suizide treten bei männlichen Jugendlichen 3- bis 5,5-mal häufiger als bei den Mädchen auf, während das weibliche Geschlecht bei den Suizidversuchen um den Faktor 1,6 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001) überwiegt.

Suizide bei 15- bis 20-Jährigen sind in Deutschland etwa 10-mal häufiger als Suizide bei 10- bis 15-Jährigen (Braun-Scharm u. Poustka 2003). Bei diesen Zahlen ist allerdings eine hohe Dunkelziffer anzunehmen.

Bei Jugendlichen mit Suizidversuchen zeigen sich häufig Komorbiditäten mit anderen psychiatrischen Störungen. So finden sich in einer randomisierten Studie bei 14- bis 24-jährigen Probanden (n = 3.021) mit Suizidversuch bei über 90 % mindestens eine psychiatrische Diagnose und bei 45 % zwei oder mehr Diagnosen. Am stärksten wird das Suizidrisiko durch zusätzlich bestehende Angststörungen erhöht, gefolgt von posttraumatischen Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch sowie Depressionen (Wunderlich et al. 1998).

In einer Studie mit erwachsenen Patienten wurde bei 46 % der 111 untersuchten Patienten mit Suizidversuch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, wobei 11 % der Patienten die DSM-IV-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten (Hawton et al. 2003).

■ Selbstverletzendes/Parasuizidales Verhalten

Das zentrale Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens ist im Gegensatz zum suizidalen Verhalten nicht der Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens, sondern die Beschädigung des eigenen Körpers. Typisch für das selbstverletzende Verhalten ist eine ausgeprägte Wiederholungstendenz, daher wird es als habituelle Verhaltensweise angesehen.

Die selbstverletzenden Verhaltensweisen zeichnen sich häufig dadurch aus, dass sie demonstrativen und appellativen Charakter besitzen und dem Stressabbau und der Emotionsregulation dienen (► Kap. 5.4).

Nach Favazza und Rosenthal kann das selbstverletzende Verhalten in 3 verschiedene Formen unterteilt werden (Favazza u. Rosenthal 1993):

- **Major Self-Mutilation:** seltene Form mit seltenen Handlungen und sehr schwerer Selbstbeschädigung (z. B. Eukleation, Amputation oder Kastration), in der Regel assoziiert mit Psychosen und akuten Intoxikationen
- **Stereotypic Self-Mutilation:** ritualisiertes stereotypes Verhaltensmuster ohne erkennbare Funktion, tritt häufig im Rahmen einer geistigen Behinderung auf
- **Superficial oder Moderate Self-Mutilation:** häufigste Form, die oft bei Störung des Sozialverhaltens, instabilen Persönlichkeiten (meist vom Borderline-Typus), neurotischen Störungen und Essstörungen auftritt. Diese Form ist gekennzeichnet durch oberflächliches Sich-Schneiden, Sich-Ritzen oder Sich-Verbrennen und hat häufig demonstrativen Charakter

rungsbild tritt gehäuft in Kombination mit einer Vielzahl von zum Teil ganz unterschiedlichen psychiatrischen Störungen auf.

In der Allgemeinbevölkerung liegt die Auftretenswahrscheinlichkeit bei unter 1 %. Bei geistig Behinderten werden Raten bis zu 40 %, bei Essstörungen wie Anorexia und Bulimia nervosa zwischen 35 % und 40 %, bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen von 34 % und bei Gefängnisinsassen von 24 % gefunden. Annähernd 40 % der Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens, aggressivem Verhalten oder Delinquenz zeigen selbstverletzendes Verhalten. Von allen weiblichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen, berichten 42–66 % von sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte. Stationär psychiatrisch behandelte Jugendliche zeigen in bis zu 61 % der Fälle wiederholtes selbstverletzendes Verhalten.

Durch die Forschung der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass vor allem Störungen der Impulskontrolle und der Affektregulation wichtige Faktoren beim Entstehen von parasuizidalem Verhalten sind. Dies gilt vor allem bei Patienten mit Borderline- und Essstörungen oder Substanzmissbrauch (Schulz 2000).

Depressive Gefühle zu bewältigen und sich von unerträglichen Spannungszuständen zu befreien, scheinen die beiden primären Gründe für Selbstverletzungen bei hospitalisierten Jugendlichen zu sein (Fritsch et al. 2000; Nixon et al. 2002).

5.6 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Suizidalität

Vollendete Suizide kommen bei 5–10 % der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor (Frances et al. 1986), während 69–80 % der Patienten selbstverletzendes Verhalten zeigen (Clarkin et al. 1983; Gunderson 1984; Clarkin et al. 1983). Die Hälfte aller Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und vollen-

Die Ätiologie des parasuizidalen Verhaltens muss als multikausal angesehen werden. Dieses Stö-

detem Suizid hatten zuvor bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen (Gunderson 1984).

Als Risikofaktoren für Suizide bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten Substanzmissbrauch, Missbrauch durch die Eltern, finanzielle Probleme, richterliche Verurteilung, Verlust einer Bezugsperson oder Brutalität der Eltern (Links et al. 2003). Bei Patientinnen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die als Kind sexuell missbraucht wurden, ist das Auftreten von Suizidversuchen 10-mal häufiger als bei Patientinnen, die keinen sexuellen Missbrauch erfuhren. Ebenso wird das Risiko für Suizidversuche bei diesen Patienten durch eine komorbide depressive Erkrankung und durch antisoziale Persönlichkeitszüge er-

höht (Soloff et al. 2002). Welch et al. formulierten die Hypothese, dass Borderline-Patienten in schwierigen Situationen oft Drogen konsumieren oder parasuizidales Verhalten zeigen. Bei dieser Studie zeigte sich bei insgesamt 122 Frauen, dass parasuizidales Verhalten vor allem dann auftrat, wenn die untersuchten Patientinnen interpersonelle Probleme zu lösen hatten (Welch u. Linehan 2002).

Bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung korreliert die Häufigkeit des suizidalen Verhaltens mit einer ausgeprägten Impulsivität und Aggressivität (Horeish et al. 2003). Bei diesen Patienten sind die Gründe für parasuizidales Verhalten häufig Selbstbestrafung, Ablenkung, Spannungsreduktion und der Wunsch, sich von negativen Gefühlen zu befreien (Brown et al. 2002).

Was zu tun ist: Interventionen

- 6.1 Die Transference Focused Therapy (TFP) – 59**
 - 6.1.1 Besonderheiten der TFP für Adoleszente (TFP-A) – 61
- 6.2 Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) – 64**
 - 6.2.1 Fallbeispiel – 65
 - 6.2.2 Die dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – 66
 - 6.2.3 Wirksamkeit der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) – 75
 - 6.2.4 Andere Formen der kognitiv- behavioralen Therapie für suizidale Jugendliche – 78
 - 6.2.5 Häufig auftretende Probleme – 79
- 6.3 Pharmakologische Behandlung von Symptomen – 79**
 - 6.3.1 Empfehlungen zu Substanzgruppen – 80
 - 6.3.2 Empfehlungen zu Symptomgruppen – 84
 - 6.3.3 Klinische Empfehlung zur psychopharmakologischen Behandlung – 86

■ Einleitung zu Therapiekonzepten zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist schwierig, dies gilt sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten. Die therapeutische Arbeit ist häufig dadurch gekennzeichnet, dass eine bestehende Krisenintervention notwendig erscheint. Die betroffenen Jugendlichen suchen jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Behandlung oft zunächst nur auf Betreiben ihrer Eltern/Angehörigen. In vielen Fällen kommt es nur aufgrund von suizidalen Handlungen oder Impulsdurchbrüchen unter Hinzuziehung der Polizei zu einer stationären Einweisung.

Aufgrund der in ► Kap. 2 dargestellten zugrunde liegenden Schwierigkeiten besteht eine chronische Instabilität in verschiedenen Bereichen. Es kommt zu sich ständig wiederholenden Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, selbstschädigenden Verhaltensweisen und in geradezu typischer Weise zu mehrfachem Therapeutenwechsel. Betroffene Jugendliche mit einer schweren Borderline-Persönlichkeitsstörung haben häufig auch im professionellen Umfeld den Ruf, nicht behandelbar zu sein. Zusätzlich ist die Behandlung aufgrund von häufig vorhandenen komorbiden Störungen kompliziert, da deren störungsspezifische Diagnostik und Therapie zusätzlich berücksichtigt werden muss.

Die Entwicklung von Behandlungskonzepten konzentrierte sich daher in den letzten Jahrzehnten zunächst auf eine Behandlung der Kernsymptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mittlerweile sind verschiedene spezialisierte therapeutische Konzepte entwickelt worden, die je nach Erkrankungsphase und aktuellem Zustand einen Behandlungsplan vorgeben. Diese Konzepte wurden zunächst für das Erwachsenenalter etabliert.

Die folgenden spezifischen Therapieverfahren liegen aktuell in manualisierter Form für das Erwachsenenalter vor:

- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1993a)
- Übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie (Transference Focused Therapy – TFP; Clarkin et al. 1999)
- Mentalisierungsgestützte Therapie (MBT; Bateman u. Fonagy 2001)
- Schemafokussierte Therapie (SFT; Young et al. 2005)

Die Therapie sollte generell soweit möglich ambulant erfolgen, denn die Folgen länger dauernder stationärer Behandlungen verschlimmern häufig die sozialen Schwierigkeiten der Jugendlichen und führen zu einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn. Hierbei muss v. a. auch bedacht werden, dass chronisch kranke, nicht arbeits- oder schulfähige Jugendliche und junge Erwachsene als »Behinderte« eingestuft werden und entsprechende soziale Unterstützungen erhalten. Deshalb ist die schulische, berufliche und soziale Rehabilitation im Anschluss an eine längerfristige Hospitalisierung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig ein schwer zu lösendes Problem.

Im Folgenden sollen die beiden derzeit manualisiert vorliegenden Therapiekonzepte zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter vorgestellt werden. Zunächst soll auf die von Pamela Foelsch und Otto Kernberg etablierte Variante der Transference Focused Therapy for Adolescents (TFP-A; Foelsch et al. 2008) eingegangen werden. Im Anschluss hieran wird das Manual für die dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) ausführlich anhand des deutschen Therapiemanuals der Freiburger Arbeitsgruppe DBT-A vorgestellt. Die DBT-A wurde durch un-

sere Arbeitsgruppe in Freiburg erstmalig in Deutschland als ambulant Therapieprogramm für diese Jugendlichen etabliert und evaluiert. Sowohl die TFP als auch die DBT zeigen erfolgreiche Möglichkeiten zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugend- und Erwachsenenalter auf. Beide Therapieprogramme bieten störungsspezifische Therapieansätze in einem strukturierten Behandlungsrahmen dar. Für beide Therapieprogramme konnte für Erwachsene eine deutliche Reduktion des suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens nachgewiesen werden, wobei derzeit für die DBT mehr unabhängige empirische Wirksamkeitsnachweise vorliegen als für die TFP. Für die DBT liegen derzeit 9 kontrollierte Studien zur Wirksamkeit vor, während es für die TFP 2 Studien sind.

6.1 Die Transference Focused Therapy (TFP)

Die Entwicklung von Therapieprogrammen zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter ist unmittelbar mit dem Namen von Otto F. Kernberg assoziiert. Kernberg konnte in den 1960er Jahren eine tiefenpsychologische Theorie zur Erklärung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln.

Kernberg ist bis heute in New York an der Cornell Universität tätig, und er sieht die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine strukturelle Ich-Störung, die das psychische Erleben und Handeln eines Menschen beeinflusst. Im Rahmen der von ihm entwickelten übertragungsfokussierten Therapie (TFP) werden im Rahmen von Übertragungs-Gegenübertragungs-Mechanismen die sog. oszillierenden Übertragungen von abgespaltenen Teilobjektbeziehungen identifiziert; die hierzu gehörenden Verhaltens- und Beziehungsmuster werden in der therapeutischen Sitzung erarbeitet, benannt und gedeutet. Durch diese Therapie gelangt der Pati-

ent dazu, seine Gefühle, Impulse und Handlungen zu verstehen und langsam zu akzeptieren. Als Hauptschwerpunkt bezeichnet Kernberg die Arbeit am Widerstand, da sich hier destruktives Verhalten im Sinne von Abwehr zeige. Als hauptsächliche Techniken verwendet Kernberg Klärung, Konfrontation und Deutung im Hier und Jetzt. Von daher fokussiert Kernberg primär auf die Gegenwart, die aktuellen Beziehungen und weniger auf die Vergangenheit.

➤ **Als primäres Therapieziel steht die Beziehungsfähigkeit des Patienten im Vordergrund. Durch die realisierte therapeutische Beziehung soll dem Patienten gezeigt werden, dass Beziehung möglich ist und trotz aller Ängste, Zweifel und Enttäuschungen, Reibereien und allen aufgetretenen Fehlverhaltens auch hält.**

Durch diese in der therapeutischen Beziehung gemachten Erfahrungen soll der Patient später auch in der Realität in der Lage sein, stabile Beziehungen zu entwickeln.

■ Identitätsdiffusion

Kernberg geht davon aus, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stabilere Ich-Grenzen haben als z. B. psychotische Patienten. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hätten jedoch kein integriertes Selbst. Die Patienten seien in der Lage, Beziehungen differenziert wahrzunehmen, sie seien jedoch nicht in der Lage, Widersprüche in Beziehungen zu integrieren. In Krisensituationen verwenden die Patienten nach Kernberg vor allem den Abwehrmechanismus der Spaltung. Es komme hierbei zu dem Phänomen der Identitätsdiffusion. Hierunter wird ein chronischer und stabiler Mangel in der Integration des Konzeptes von sich selbst mit dem Konzept von bedeutsamen anderen über sich selbst verstanden. Die Fähigkeit der Realitätsprüfung bleibe erhalten. Es könne jedoch dazu kommen, dass der Patient

andere Dinge und seine Umgebung als fremdartig wahrnehme, sich der Realität jedoch noch bewusst sei. Die Identitätsdiffusion manifestiere sich häufig durch intensive Affekte und gestörte interpersonelle Beziehungen. Diese Patienten seien häufig entweder durch ausgesprochen rigide moralische Vorstellungen oder auf der anderen Seite durch das Fehlen von Moral gekennzeichnet.

■ Beziehungsgestaltung im Hier und Jetzt

Vor allem aufgrund der manifesten Identitätsdiffusion ist das unstrukturierte Vorgehen der klassischen tiefenpsychologischen Therapie bei Patienten mit einer Borderline-Störung kontraindiziert. Die TFP ist daher hoch unstrukturiert, wie dies im Manual von Clarkin et al. (2004) festgehalten worden ist. Die TFP geht auf die typischen Verhaltensmuster in der Beziehungsgestaltung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein und versucht diese im Hier und Jetzt zu verändern. Als Grundlage für die beschriebenen Auffälligkeiten sieht Kernberg internalisierte Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit, die im Hier und Jetzt unbewusst wiederholt würden. Diese Szenen und Erfahrungen aus der Vergangenheit würden im Hier und Jetzt immer wieder reinszeniert und als reale Gefühle und Wahrnehmungen wieder erlebt. Hierdurch erklärt es sich, dass inneres Erleben und äußere Realität häufig weit auseinander klaffen und zeitweise zu völligen Verwirrungen der Patienten führen könnten. Abgesehen vom Abwehrmechanismus der Spaltung setzen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oft weitere sog. unreife Abwehrmechanismen ein, wie z. B. die projektive Identifikation.

■ Übertragung im Mittelpunkt

Die Übertragung des Patienten steht in der TFP in der gesamten Therapie im Mittelpunkt. Der Therapeut klärt in der therapeutischen Beziehung Verhaltensweisen und Symptome des Patienten und zeigt deren Bedeutung auf. In einem

Therapievertrag werden in der TFP die genauen Rahmenbedingungen festgelegt, um therapieschädigende Verhaltensweisen zu minimieren. Störendes Verhalten des Patienten wird durch den Therapeuten sofort angesprochen, und er versucht, die zugrunde liegende Bedeutung zu klären, um ein heftigeres Ausagieren außerhalb der Therapie zu vermeiden. Bedeutung heißt in der TFP, das unbewusst erlebte Objektbeziehungen bewusst gemacht werden müssen. In einer Deutung klärt der Therapeut Widersprüche im subjektiven Erleben des Patienten auf, indem er diese bespricht und den Patienten dazu veranlasst, sich in der Konfrontation mit diesen Widersprüchen auseinanderzusetzen. Hierzu sei es notwendig, dass der Therapeut die Position der technischen Neutralität flexibel immer wieder verlasse und erhebliche Aktivitäten zeige, da ansonsten der Patient kaum in der therapeutischen Beziehung zu halten sei. Der Therapeut versucht v. a. in der Anfangsphase häufig energisch zu intervenieren, um destruktive Symptome des Patienten zu vermeiden.

Die strategischen Prinzipien in der TFP sind in den entsprechenden Handbüchern z. B. von Clarkin und Mitarbeitern nachzulesen.

■ Krisenmanagement

Krisenmanagement in der TFP beinhaltet z. B. Kontaktaufnahmen mit Angehörigen oder Anrufe zuhause. Als häufigste Krisen werden selbstschädigendes Verhalten und Suizidalität benannt. Der Patient soll in dieser Situation lernen, dass Suiziddrohungen den Therapeuten nicht dazu bringen, anders als vereinbart zu handeln; sondern dass sie ein therapieschädigendes Verhalten darstellen. Bei auftretender Suizidalität durch eine depressive Erkrankung sei eine pharmakologische Behandlung zu erwägen oder auch eine stationäre Aufnahme erforderlich. In der TFP werden Suizidgedanken in der Therapie-stunde besprochen. Der Therapeut muss konkrete Suizidabsichten oder -pläne evaluieren und bei vorhandener Suizidalität geeignete Maßnah-

men ergreifen wie z. B. eine stationäre psychiatrische Aufnahme. Besteht hingegen keine akute Suizidalität, werden die Gedanken und Äußerungen des Patienten in der Übertragung analysiert.

6.1.1 Besonderheiten der TFP für Adoleszente (TFP-A)

Die TFP für Adoleszente wurde durch die Arbeitsgruppe um Paulina Kernberg und Pamela Foelsch entwickelt (Foelsch et al. 2008).

■ Normale Identitätsentwicklung

Als zentrale Problematik der TFP für Adoleszente wird eine Blockade der normalen Entwicklung des Jugendlichen angenommen. Im Rahmen der normalen Identitätsentwicklung steht die Entwicklung einer gesicherten Identität mit im Vordergrund. Die Identität wird hierbei als fundamentales Organisationsprinzip beschrieben, das es uns ermöglicht, unabhängig von anderen Menschen zu funktionieren. Wir sind dadurch in der Lage, zwischen uns selbst und anderen zu unterscheiden. Eine gesicherte Identität spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Selbstwertes. Ohne eine sichere Identität ist ein Jugendlicher nicht in der Lage, über verschiedene Situationen hinweg und im zeitlichen Verlauf zu einer Kontinuität innerhalb seiner Person zu gelangen. In diesem Kontext beinhaltet Identität ein realistisches Körperbild, ein subjektives »Man-selbst-Sein«, einschließlich konsistenter Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber der Umwelt. Als weiterer wichtiger Aspekt von Identität ist eine zeitliche Kontinuität des Selbsterlebens mit gesicherter Geschlechtsidentität, Echtheit und Authentizität zu nennen. Auch ein internalisiertes Gewissen wird als Voraussetzung für eine normale Identitätsbildung vorausgesetzt. Darüber hinaus ist v. a. in multiethnischen Kontexten eine Verwurzelung im eigenen kulturellen Kontext im Sinne einer Ethnizität vorzusetzen.

■ Identitätskrisen

In der normalen Entwicklung von Adoleszenten kommt es im Rahmen der anstehenden Entwicklungsaufgaben immer wieder zu Herausforderungen bei der Ausbildung einer eigenen Identität des Jugendlichen. Im Rahmen der TFP-A werden diese Herausforderungen als Identitätskrisen bezeichnet. Eine Identitätskrise wird hierbei als Diskrepanz zwischen sich rasch verändernden physischen und psychischen Erfahrungen, aber auch zwischen der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung durch andere beschrieben. Typischerweise treten Identitätskrisen u. a. in folgenden Kontexten auf:

- Bei der Berufswahl,
- bei aktiven Konkurrenzsituationen in verschiedenen Kontexten und
- bei ersten körperlichen Intimitäten.

In der TFP wird Identitätsdiffusion im Gegensatz zur Identitätskrise abgegrenzt. In einer Identitätskrise bleibe eine Kontinuität des Selbst über die Zeit und Situationen hinweg erhalten, obwohl die Jugendlichen mit verschiedenen Rollen experimentierten. Die Konsolidierung dieser verschiedenen Rollen in einer einheitlichen neuen Rolle führe zu einer guten integrierten Identität.

■ Identitätsdiffusion

Die Identitätsdiffusion hingegen wird als chronischer und stabiler Mangel der Integration des Konzeptes von sich selbst und des Konzeptes von wichtigen anderen über sich selbst definiert. Eine Identitätsdiffusion manifestiere sich in verschiedenen Bereichen wie situationsinadäquaten intensiven und heftigen Affekten und gestörten interpersonellen Beziehungen (z. B. Schwierigkeiten, zu altersangemessenen sexuellen Verhaltensweisen zu gelangen). Im Rahmen einer Identitätsdiffusion werden moralische Werte entweder sehr rigide vertreten oder auch vollständig fehlen. Die Jugendlichen haben darüber hinaus enorme Schwierigkeiten, sich auf die Schule oder

auch auf Liebesbeziehungen einzulassen und im familiären Rahmen kommt es gehäuft zu ausgeprägten Konflikten.

Vor diesem Hintergrund besteht eine erhebliche Gefahr für die Jugendlichen, Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, in der Familie oder in Beziehungen zur Peergroup zu entwickeln. Die Identitätsdiffusion wird von Kernberg als Kernkriterium der Borderline-Persönlichkeitsorganisation angesehen.

➤ **Im Rahmen der TFP-A wird davon ausgegangen, dass es bei frühzeitiger Erkennung und gezielter Behandlung möglich sein müsste, die Zahl der Jugendlichen zu reduzieren, die vor dem Hintergrund der Identitätsdiffusion eine manifeste Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln.**

■ Allgemeine Behandlungsziele

In der TFP für Adoleszente wird primär eine Beseitigung von Blockaden in der normalen Entwicklung von Jugendlichen angestrebt. Hierzu sei es notwendig, die Entwicklung einer normalen Identität wieder zu ermöglichen. Dazu ist es erforderlich, dass die Jugendlichen zu einer adäquaten Impulskontrolle und einer Modifikation von Affekten in der Lage sind. Darüber hinaus ist es ein allgemeines Therapieziel, Jugendlichen eine tiefgehende Beziehung zu anderen zu ermöglichen, und die Jugendlichen sollen sich wieder altersadäquat und situationsübergreifend auf Arbeit und Kreativität in ihrem jeweiligen Kontext einlassen können.

■ Behandlungsziele zur Auflösung von Blockaden

Aus diesen allgemeinen Behandlungszielen werden folgende Behandlungsziele zur Auflösung von Blockaden der altersentsprechenden Entwicklung abgeleitet:

- Integration des Selbstkonzeptes und des Konzeptes von anderen über sich selbst,

- Integration von früher dissoziierten oder abgespaltenen affektiven Zuständen, mit dem Ziel, die affektiven Erfahrungen und Ausdrucksmöglichkeiten altersentsprechend zu modellieren sowie die Entwicklung einer verstärkten Fähigkeit zur Empathie zu sich selbst und zu anderen, wodurch die Entwicklung tiefergehender Beziehungen möglich werde.

■ Vorvertrag/Individueller Vertrag

In der TFP-A wird im Rahmen der Eingangsdiagnostik mit den Familien und dem Jugendlichen zunächst ein Vorvertrag geschlossen. Für diesen Vorvertrag werden die Erwartungen der Familie des Jugendlichen an die Behandlung geklärt und die Grenzen der Behandlung abgesteckt. Der Therapeut antizipiert unter Einbeziehung der Vorerfahrungen mit dem Jugendlichen und der Familie mögliche Faktoren, die zur vorzeitigen Beendigung der Behandlung führen könnten. Darüber hinaus bespricht der Therapeut konkret mit allen Beteiligten, auf welche Art sich die Familie des Jugendlichen durch das Ergebnis der Behandlung ändern wird. Im Vorvertrag wird klar definiert, welche Arten der Unterstützung von Seiten der Familie notwendig sind, damit eine optimale Behandlung erfolgen kann.

Parallel zum Vorvertrag werden der Familie und dem Jugendlichen Informationen zur normalen Entwicklung von Jugendlichen und Erziehungsstrategien im Sinne einer Psychoedukation vermittelt.

Im anschließend entwickelten individuellen Vertrag werden die Ziele der Behandlung definiert. Nach Abschluss der Diagnostik wird zunächst ein Erkrankungskonzept mit dem Jugendlichen diskutiert und anschließend mit den Eltern und dem Jugendlichen abgeglichen.

■ Behandlungsstruktur und -ziele

Die Behandlungsstruktur der TFP-A besteht aus 1–2 Einzeltherapiesitzungen zu 45 min pro Wo-

che. Die Länge der Behandlung dauert i. d. R. zwischen 6 und 12 Monaten. Periodisch werden Familiensitzungen durchgeführt, die zusätzlich zu einem regelmäßigen Elternkontakt erfolgen. Als direkte Interventionen werden Kontakte zu Lehrern und Betreuern durchgeführt und es erfolgt eine standardisierte psychologische Testung.

Die TFP-A strebt nicht die volle Integration und Konsolidierung der Identität wie bei Erwachsenen an, sondern es ist das Ziel der Behandlung, Blockaden der normalen Identitätsentwicklung zu lösen. Im Gegensatz zur TFP für Erwachsene müssen zur Identifizierung der dominanten Objektbeziehungen die Eltern miteinbezogen werden. Hierbei ist es oft notwendig, dass die Tatsache akzeptiert wird, dass die Jugendlichen i. d. R. mit denjenigen zusammenleben, die zur Entwicklung ihrer inneren Welt beigetragen haben.

■ Techniken

An Techniken verwendet die TFP-A ebenso wie die TFP Klärung, Konfrontierung und Deutung. In der Arbeit mit Jugendlichen liegt jedoch ein größerer Schwerpunkt auf der Klärung, bevor eine Konfrontation und Deutung erfolgen können. Die Analyse der Übertragung erfolgt zunächst als systematische Analyse von Verzerrungen in Beziehungen außerhalb der Übertragung, bevor an der Übertragung direkt gearbeitet werden kann. Auch bei der Arbeit mit Jugendlichen beinhaltet die in der TFP geforderte technische Neutralität, dass sich der Therapeut nicht in die Probleme der Patienten hineinziehen lässt. Der Therapeut ist jedoch dann nicht neutral, wenn ein Schlichter für die elterlichen/familiären Normen erforderlich ist. Weiterhin ist es notwendig, dass der Therapeut immer wieder für den Jugendlichen Grenzen auf der Handlungsebene etabliert, die im Einklang mit den familiären Normen stehen. Dies setzt immer wieder eine sehr differenzierte Sicht des Therapeuten voraus.

■ Behandlungsplan für zuhause

Im Rahmen des Behandlungsvertrages wird gemeinsam mit dem Jugendlichen unter Einbeziehung der Familie ein konkreter Behandlungsplan für zuhause etabliert. In diesem Plan für den häuslichen Rahmen des Jugendlichen wird konkret darauf eingegangen, wie z. B. mit verschiedenen selbstschädigenden und anderen Therapie störenden Verhaltensweisen umgegangen wird und welche Konsequenzen unmittelbar bei Auftreten dieser Verhaltensweisen zu erfolgen haben – unter Einbeziehung von positiven und negativen Verstärkern. Dieser Plan beinhaltet ebenfalls konkrete Erwartungen an den Jugendlichen auf der Verhaltensebene im häuslichen und schulischen Rahmen.

Die im Plan für zuhause aufgestellten Regeln werden gemeinsam mit dem Jugendlichen und seiner Familie ausgearbeitet. In einem mit der Familie vereinbarten Familienvertrag werden die primären Ziele für den familiären Rahmen definiert. Dies beinhaltet konkrete Anforderungen und deren Unterstützung der Behandlung, aber auch das Einverständnis der Eltern, eigene pathologische Verhaltensweisen und Störungen konsequent anzugehen. Hierzu kommt sowohl eine bei vorhandener Indikation parallel zu beginnende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung eines Elternteils – oder bei relevanten Paarkonflikten auch eine Paartherapie – in Frage.

Die konsequente Bearbeitung dieser verschiedenen Bestandteile des Therapievertrages macht häufig eine verlängerte Phase der Vertragserstellung erforderlich.

In einem separaten Vertrag werden – ebenfalls mit dem Jugendlichen – die Verantwortlichkeiten des Patienten und auch die des Therapeuten, im Detail definiert. Es werden explizit Vorhersagen zur Gefährdung der Behandlung thematisiert und Vorgehensweisen vereinbart, wie diese rechtzeitig angesprochen werden können.

Im Rahmen einer erfolgreichen Behandlung muss nach Beseitigung der Blockaden der nor-

malen Entwicklung rechtzeitig das Therapieende angekündigt und vorbereitet werden.

6.2 Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

Für die Problemgruppe suizidaler und sich selbst-verletzender Jugendlicher mit zusätzlichen Symptomen einer instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ wurde seit Mitte der 1990er Jahre ein im Erwachsenenbereich gut etabliertes psychotherapeutisches Verfahren für diese Jugendlichen adaptiert und evaluiert (Miller 1999). Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha Linehan (Linehan 1993a, b) für chronisch parasuizidale Frauen entwickelt, bei denen zusätzlich die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt worden war. Parasuizidal ist hierbei definiert als jegliches akute, intendierte Verhalten, durch das eine physische Schädigung erfolgt, mit oder ohne der Intention zu sterben. DBT ist derzeit das am besten empirisch begründete Therapieverfahren für suizidale Multiproblempatienten, dessen Wirksamkeit in 9 randomisierten Untersuchungen von 4 verschiedenen Arbeitsgruppen nachgewiesen werden konnte (Bohus et al. 2000a; Evans et al. 1999; Lieb et al. 2004; Linehan et al. 1991, 1994; Rathus u. Miller 2002; Vrhovac u. Vrhovac 1995).

DBT für Adoleszente (DBT-A) wurde speziell für suizidale Jugendliche mit den Persönlichkeitszügen einer instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ entwickelt, sodass DBT-A spezifisch sowohl an der Reduktion von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen arbeitet als auch Strategien beinhaltet, wie die Patienten engagiert im Therapieprogramm gehalten und zur Mitarbeit bewegt werden können.

■ Biopsychosoziale Theorie

DBT basiert auf der biopsychosozialen Theorie von Linehan, die davon ausgeht, dass die Borderline-Symptomatik durch eine pervasive emotio-

nale Dysregulation verursacht wird. Dazu gehört die fehlende Passung zwischen einem Individuum, das aufgrund einer biologischen Verletzbarkeit Schwierigkeiten hat, seine Emotionen zu regulieren, und einer Umwelt, die diese Verletzlichkeit durch Unverständnis intensiviert. Hinsichtlich des theoretischen Konstrukts wird angenommen, dass die Verhaltensweisen einer Borderline-Störung entstehen, wenn ein Kind mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation in einem invalidierenden Umfeld aufwächst. Invalidierend bedeutet in diesem Fall u. a., dass dem Kind chronisch und pervasiv mitgeteilt wird, dass seine Verhaltensweisen unsinnig, dumm und falsch sind (Koerner et al. 1998). Die DBT betrachtet parasuizidale Verhaltensweisen daher als im unterschiedlichen Sinne funktional. Parasuizidales Verhalten ist hierbei häufig die einzige Möglichkeit der Patienten, ihre Emotionen zu regulieren und Hilfe in einem ansonsten invalidierenden Umfeld zu erhalten. Aus Sicht der DBT sind parasuizidale Verhaltensweisen maladaptive Problemlösungen auf für die Patienten überwältigende, extrem intensive, schmerzhaft Emotionen.

Definition

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) ist eine manualisierte ambulante Psychotherapie, die von Marsha M. Linehan für Frauen mit chronischer Suizidalität und/oder selbst-verletzendem Verhalten entwickelt wurde, welche zusätzlich eine nach DSM-IV-Kriterien gestellte Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) aufweisen. Diese Therapie kombiniert Elemente der behavioralen, der kognitiven und der supportiven Psychotherapie.

■ Maladaptive Verhaltensmuster

Linehan beschreibt als Charakteristikum für diese Patienten 6 maladaptive Verhaltensmuster, von denen jedes eine Perspektive der Beziehung zwischen einer emotional verletzlichen Person

und ihrer invalidierenden Umgebung repräsentiert. Mit der Zeit lernen die Patienten, zwischen einem Verhaltensmuster, das den Affekt extrem reduziert und einem Muster, das den Affekt extrem steigert, hin und her zu wechseln. Die Schwankung zwischen diesen beiden Polen kommt wahrscheinlich dadurch zustande, dass die Spannung und das Unbehagen des einen Extrems das gegenteilige extreme Verhaltensmuster triggert. Die Herausforderung an den Therapeuten und den Patienten besteht nun darin, eine Balance zwischen diesen beiden Polen zu finden.

■ Dialektische Dilemmata

Daher definiert die DBT 3 dialektische Dilemmata mit jeweils 2 sich gegenseitig triggernden maladaptiven Verhaltensmustern und definiert für jedes Dilemma und jedes Verhaltensmuster entsprechende Lernvorgaben (■ Tab. 6.1).

■ Therapieablauf

Die DBT basiert auf einem strukturierten Manual, das für jedes Problem eine Auswahl an therapeutischen Optionen bietet.

Die Therapie wird in einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie (Fertigkeiten-Trainingsgruppe) durchgeführt. Beide Thera-

pieformen werden wöchentlich angeboten. Dabei sind die Hauptziele der DBT Motivationsförderung und Ressourcenaktivierung sowie vor allem die Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten zum Lösen der oben beschriebenen Dilemmata.

In der Einzeltherapie werden verhaltenstherapeutische Elemente wie das Arbeiten mit Verhaltensanalysen und Verstärkerplänen eingesetzt. Der Schwerpunkt der Einzeltherapie liegt zum einen im Erstellen der Behandlungsplanung, zum anderen in der Förderung und Stärkung der Motivation zur Veränderung sowie in der Unterstützung, neu erlernte Verhaltensfertigkeiten in den Alltag und das natürliche Umfeld zu übertragen.

Die Fertigkeiten-Trainingsgruppe vermittelt vor allem neue Verhaltensfertigkeiten zu innerer Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschlichen Konfliktbereichen (Bohus u. Berger 1996; Linehan 1993a).

6.2.1 Fallbeispiel

Im Folgenden wird zunächst ein Fallbeispiel vorgestellt, um die Problematik zu verdeutlichen und das therapeutische Vorgehen vorzustellen.

■ Tab. 6.1. Überblick über die dialektischen Dilemmata und die entsprechenden Lernvorgaben

Dilemma	Lernvorgabe
Emotionale Verletzlichkeit vs.	■ Verbesserung der emotionalen Modulation ■ Vermindern der emotionalen Reaktivität
Selbstentwertung	■ Verbessern der Selbstvalidierung ■ Vermindern der Selbstinvalidierung
Aktive Passivität vs.	■ Verstärken aktiver Problembewältigung ■ Vermindern der aktiven Passivität
Scheinbare Kompetenz	■ Verbesserung des adäquaten Ausdrucks ■ Vermindern der Abhängigkeit von Stimmungen
Unerbittliche Krise vs.	■ Verbesserung der realistischen Bewertung ■ Vermindern von Krisen generierendem Verhalten
Blockierte Trauer	■ Verbessern des emotionalen Erlebens ■ Vermindern der Blockierung von Trauer

Vorstellungsanlass:

Die 13-jährige Melanie wurde in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt, da sie im Sommer 2003 begonnen hatte, sich 1- bis 2-mal pro Tag oberflächlich zu ritzen, um laut eigener Angaben schlechte Gefühle besser ertragen zu können. Ein halbes Jahr vor Erstvorstellung sei es zu einem Suizidversuch gekommen. Melanie habe damals Tabletten genommen, es ihren Eltern erst 2 Tage danach erzählt. Ein Arztbesuch sei diesbezüglich nicht erfolgt. Die Eltern und Melanie berichteten über heftige Gefühlsschwankungen von Melanie.

An weiteren Schwierigkeiten beschrieben die Eltern, dass sich Melanie extrem sexy kleide und an Klassenfahrten teilnehmen wolle, was die Eltern aufgrund ihres Glaubens nur schwer tolerieren konnten. Durch das Ritzen erreiche Melanie viel Aufmerksamkeit von den Eltern und ihren Klassenkameraden, wo sie das Ritzen publik gemacht habe.

Suizidgedanken oder Suizidabsichten bestanden zu Beginn der Behandlung nicht mehr. Bei Aufnahme in das DBT-A-Projekt erfüllte Melanie 4 von 9 Kriterien einer Border-

line-Persönlichkeitsstörung entsprechend DSM-IV.

Psychopathologischer**Befund:**

Freundliches, altersentsprechend wirkendes Mädchen, voll orientiert, bewusstseinsklar, kein Anhalt für Ängste, Zwänge oder psychotisches Erleben. Kein Anhalt für Störung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung. Formaler und inhaltlicher Gedankengang regelrecht. Melanie berichtet über extreme Stimmungsschwankungen, derzeit jedoch Stimmung in Mittellage. Affektiv schwingungsfähig, Antrieb und Psychomotorik unauffällig. Keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Selbstverletzendes Verhalten wie oben beschrieben. In der Vorgeschichte wird ein Suizidversuch durch Tabletteneinnahme berichtet, von dem die Eltern erst nach 2 Tagen erfahren hätten. Eine ärztliche Vorstellung aufgrund des Suizidversuchs sei nicht erfolgt.

Behandlungsverlauf:

Melanie nahm ab Januar 2004 im Rahmen unseres ambulanten DBT-A-Programms an einer Einzeltherapie

und zusammen mit ihrer Mutter an der Fertigkeiten-Gruppe teil. Die Teilnahme an den Therapiesitzungen erfolgte sowohl von der Mutter als auch von der Tochter regelmäßig. Beide begannen, die erlernten Fertigkeiten im Alltag anzuwenden. Zu Beginn der Therapie bestand selbstverletzendes Verhalten in unveränderter Form und Ausprägung fort. Melanie nutzte mehrmals die Möglichkeit von Telefonkontakten mit der zuständigen Therapeuten. Wir besprachen in den Elterngesprächen krankheitsauslösende und -erhaltende Faktoren, wie z. B. das Erregen von Aufmerksamkeit und die Lockerung der Erziehungshaltung der Eltern durch das Ritzen und erarbeiteten einen Vertrag, der Melanie mehr Freiheiten ermöglichte. Nach ca. 5 Wochen sistierte selbstverletzendes Verhalten vollständig. Melanie beendete die Behandlung regulär in deutlich stabilisiertem Zustand. Auch die familiäre Dynamik hatte sich erheblich entspannt.

Die vereinbarten Termine zur Verlaufskontrolle bestätigen die positive Entwicklung.

6.2.2 Die dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

Einführung in die DBT-A

Die von Linehan entwickelte Standard-DBT für erwachsene chronisch suizidale oder parasuizidale Patienten mit einer Borderline-Störung wurde für die Arbeit mit Jugendlichen entsprechend adaptiert. Diese Adaptation wurde von Miller und Rathus (Koerner et al. 1998; Miller 1999; Miller et al. 1998, 2002; Rathus u. Miller 2000, 2002; Woodberry et al. 2002) vorgenommen.

Die Freiburger Arbeitsgruppe der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes-

und Jugendalter (Böhme et al. 2002; Fleischhaker et al. 2005) hat diese Veränderungen ins Deutsche übertragen und an die hiesigen Verhältnisse angepasst.

Dabei wurden folgende Adaptionen vorgenommen:

- Die Behandlungsdauer wurde von 1 Jahr auf 16–20 Wochen reduziert.
- Die Eltern nehmen an der wöchentlichen Fertigkeiten-Trainingsgruppe teil:
 1. soll dadurch der Lerneffekt verstärkt werden,
 2. sollen die Eltern als potenzielle »Co-Therapeuten« zu Hause die erlernten Fertigkeiten aufrechterhalten und

3. erhofft man sich dadurch einen positiven Effekt auf die oft dysfunktionalen und invalidierenden Aufenthaltsfamilien.
- Die Eltern oder andere Bezugspersonen werden immer wieder in die Einzeltherapie mit einbezogen, insbesondere, wenn familiäre Schwierigkeiten eine Hauptursache der Probleme der Jugendlichen sind.
 - Die Anzahl der vermittelten Fertigkeiten wurde reduziert, um das Lernen der Inhalte während der verkürzten Therapiedauer zu vereinfachen.
 - Die Formulierungen im Manual für die Fertigkeiten-Trainingsgruppe wurden vereinfacht. Außerdem wurde das Layout des Manuals so verändert, dass es für die Zielgruppe ansprechender wirkt.
 - Das Programm der Fertigkeiten-Trainingsgruppe wurde um das Modul »Walking the Middle Path« ergänzt. Dieses Modul bezieht sich auf zusätzlich eingeführte jugend- und familienspezifische Dilemmata (■ Tab. 6.2).

Bei der Arbeit mit Jugendlichen besteht ein besonderer Schwerpunkt darin, die Balance zwi-

schen der notwendigen Veränderung und der Akzeptanz und Sinngebung von dysfunktionalen Verhaltensweisen zu finden und zu erhalten. Diese schwierige und sensible Balance wird von Linehan als dialektische Strategie bezeichnet (■ Tab. 6.2).

Die Behandlung von suizidalen Jugendlichen mit vielfältigen Problemen erfordert eine umfassende Therapie.

Fünf zu erfüllende Funktionen bei der Behandlung von suizidalen Jugendlichen

1. Förderung der Fertigkeiten des Patienten
2. Steigerung der Motivation zur Veränderung
3. Sicherstellung der Übertragung neu erlernter Fertigkeiten in den Alltag
4. Erhöhung der Fähigkeiten und der Motivation des Therapeuten
5. Anregung des Patientenumfelds, die Fertigkeiten des Patienten auszubauen und zu verfestigen

■ Tab. 6.2. Überblick über die jugend- und familienspezifischen dialektischen Dilemmata mit Lernvorgaben der DBT-A	
Dilemma	Lernvorgabe
Exzessive Nachsicht vs.	■ Verbessern der Disziplin ■ Verminderung der exzessiven Nachsicht
Autoritäre Kontrolle	■ Steigern der eigenen Entschlusskraft ■ Vermindern der autoritären Kontrolle
Normalisieren pathologischer Verhaltensweisen vs.	■ Besseres Erkennen pathologischer Verhaltensweisen ■ Vermindern des Normalisierens pathologischer Verhaltensmuster
Pathologisierung von normalem Verhalten	■ Besseres Erkennen normaler Verhaltensmuster ■ Vermindern der Pathologisierung von normalem Verhalten
Autonomieentwicklung vs.	■ Stärkung des Vertrauens in andere ■ Vermindern exzessiver Autonomie
Abhängigkeit	■ Steigerung der Selbständigkeit ■ Abnahme der extremen Abhängigkeit

Diese Funktionen werden in der dialektisch-behavioralen Therapie für Jugendliche durch folgende Maßnahmen erreicht:

Funktion 1: Das Lernen neuer Fertigkeiten findet in der wöchentlichen Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe statt. Fünf Fertigkeiten, die bei spezifischen Problemen helfen können, werden in dieser Gruppe vermittelt:

- Achtsamkeit (Problem: Identitätsstörung),
- Stresstoleranz (Problem: Impulsivität),
- Emotionsregulation (Problem: unkontrollierte Stimmungswechsel),
- zwischenmenschliche Fertigkeiten (Problem: zwischenmenschliche Probleme),
- »Walking the Middle Path« (Problem: jugendlichen- und familienspezifische Dilemmata).

Funktion 2: Die Motivation des Patienten zur Veränderung wird vor allem in der Einzeltherapie durch eine empathische Atmosphäre und spezielle therapeutische Interventionen gefördert.

Funktion 3: Die Übertragung der neu erlernten Fertigkeiten in das natürliche Umfeld wird durch telefonische Kontakte während des Alltags unterstützt und in vivo eingeübt.

Funktion 4: Der Therapeut nimmt an einer wöchentlichen Therapeuten-Teamsitzung teil, um technische Hilfe und emotionale Unterstützung für die Fortführung der Therapie zu erhalten und einem »Burn-out« vorzubeugen.

Funktion 5: Es wird Hilfe und Beratung für das Umfeld des Patienten angeboten. Dies beinhaltet zusätzliche Kontakte mit Familienmitgliedern, Lehrern oder Freunden, sodass der Patient auch im Alltag jemanden erreicht, der ihn unterstützen kann.

Ablauf und Dauer der DBT-A

Vor dem Beginn der Behandlung mit der DBT-A steht nach einer ausführlichen Diagnostik-Phase eine unterschiedlich intensive Commitment-Phase, während der eine umfassende Zustimmung des Patienten zur DBT-A-Behandlung erfolgen muss. Ist es dem Patienten trotz aller Bemühungen des Therapeuten nicht möglich, ein eindeutiges Commitment zu geben, dann ist es besser, dem Patienten eine Bedenkzeit zu geben, als die Behandlung mit einer nur ambivalenten Motivation zu beginnen. Alternativ bitten wir ambivalente Patienten auch, sich nach einer vereinbarten Zeitspanne erneut um einen Therapieplatz zu bewerben. Um einen Patienten mit stabilem Commitment zur Therapie zu unterstützen, stehen dem Therapeuten folgende erprobte Strategien zur Verfügung:

Pro und Contra. Die Idee, die hinter der Diskussion der Vor- und Nachteile einer Zustimmung steht, ist eine doppelte:

1. Die Vorteile einer geprüften und getroffenen Entscheidung wiederholen,
2. frühzeitig Argumente gegen Zweifel zu entwickeln, die fast sicher später auftauchen werden.

Advocatus diaboli. Wenn nur eine schwache Zustimmung des Patienten zur Therapie vorhanden ist, entwickelt der Therapeut Argumente, die gegen eine Zustimmung sprechen, um die Entscheidung des Patienten zu stärken. Diese müssen etwas schwächer sein als die Argumente des Patienten für eine Therapie.

Betonen der freien Wahlmöglichkeit. Zustimmung und Zusammenarbeit werden verstärkt, wenn Menschen eine Entscheidung aus freien Stücken getroffen haben. Der Therapeut sollte die Entscheidungsfreiheit des Patienten betonen und gleichzeitig klar realistische Konsequenzen der jeweiligen Entscheidungen aufzeigen.

»Fuß-in-der-Tür«/»Tür-im-Gesicht«:

- »Fuß-in-der-Tür«: einer einfacheren Anforderung wird durch eine schwierigere gefolgt,
- »Tür-im-Gesicht«: Der Therapeut verlangt zunächst mehr, als sie oder er erwartet, um dann etwas Leichteres zu vereinbaren.

Am effektivsten ist manchmal eine Kombination beider Techniken – zunächst etwas sehr Schwieriges zu verlangen, dann zu etwas Einfachem zurückzugehen und letztendlich wieder zu etwas Schwierigerem zu gelangen.

Erinnern an frühere Zustimmungen. Der Patient sollte immer dann an seine früheren Zustimmungen erinnert werden, wenn die Stärke seiner Zustimmung abzunehmen scheint oder sein Verhalten nicht mit getroffenen Vereinbarungen kongruent ist. Nützlich ist diese Technik vor allem in Krisensituationen, da das Entwickeln neuer Zustimmungen in Krisensituationen extrem schwierig sein kann.

Cheerleading. Da eine der Schwierigkeiten von Patienten darin bestehen kann, keine Hoffnung darauf zu haben, entwickelte Lösungsmöglichkeiten in die Praxis umsetzen zu können, muss der Therapeut den Patienten ermutigen; das beinhaltet, kleinste Fortschritte zu verstärken und zu betonen, dass der Patient alles in sich trägt, um letztendlich seine Schwierigkeiten bewältigen zu können.

Nach dem erfolgten Commitment findet die DBT-A im ambulanten Setting über 16–20 Wochen statt. Dabei sind pro Woche eine 1-stündige Einzeltherapie sowie eine 2-stündige Familienfertigkeiten-Trainingsgruppe obligat. Im Anschluss an das Therapieprogramm wird für die Jugendlichen eine wöchentliche 75-minütige Follow-up-Gruppe angeboten, bei der aktuelle fertigkeitenorientierte Problemlösungen erarbeitet werden. Zusätzlich findet jede Woche eine Therapeuten-Team-Besprechung statt.

Einzeltherapie bei der DBT-A

Die DBT für Jugendliche (DBT-A) besteht aus 16–20 wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapie-sitzungen. Der primäre Behandlungsfokus liegt auf der Reduktion von suizidalen und selbstschädigenden Verhaltensweisen mit einem beständig wechselnden therapeutischen Fokus zwischen den Polen der Akzeptanz und der Veränderung. Der Therapeut oszilliert hierbei quasi zwischen problemorientierten Veränderungsstrategien (z. B. Verhaltensanalyse, Kontingenzmanagement zur Reaktionsverhinderung bei heftigen Gefühlen, kognitive Veränderungen von dysfunktionalen Gedanken und von dysfunktionalen Kommunikationsstrategien) und akzeptierenden Strategien (z. B. Validierung des Patienten, direkte Intervention im Umfeld des Patienten).

Die verschiedenen Validierungsstrategien müssen in der Ausbildung immer wieder gezielt geübt werden. In ■ Tab. 6.3 sind die verschiedenen Validierungsstrategien erläutert und dem gegenteiligen Verhalten (Invalidierung) gegenübergestellt.

Jugendliche mit suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen und vielen weiteren Schwierigkeiten benötigen eine effektive und störungsspezifische Behandlung, die dahingehend strukturiert ist, dass die Behandlung stets systematisch auf das Problem mit der höchsten Priorität fokussiert. Dies bedeutet in der Praxis, dass sich der Therapeut an einer dynamisch organisierten Hierarchie pathologischer Verhaltensmuster orientiert (Suizidversuche vor Gefährdung der Therapie vor Probleme der Lebensqualität). Zusammen mit dem Patienten erarbeitet der Therapeut Verhaltensanalysen zum jeweils hochrangigsten Problemverhalten und wählt diejenige Ebene aus (auslösende Faktoren, körperliche Reaktionen, emotionale Ebene, kognitive Ebene oder Ebene der Konsequenzen), die eine Wiederholung des Problemverhaltens am wahrscheinlichsten erscheinen lässt.

■ Tab. 6.3. Beispielhafte Beschreibung der verschiedenen Validierungsstrategien

	Validierung	Invalidierung
V1	Aufmerksamkeit; zuhören; nonverbale Reaktion	Nicht aufpassen; ablenkbar; das Thema wechseln
V2	Die Äußerungen des anderen reflektieren und anerkennen; vermitteln, dass verstanden wurde, was der andere denkt, fühlt, möchte; funktionale Antwort durch Beantworten von Fragen oder Anbieten von Lösungen	Nicht aktiv teilnehmen; notwendige Möglichkeiten zur Validierung im Gesprächsverlauf auslassen; keinen Anhalt dafür geben, der anderen Person zu folgen; keine funktionalen Reaktionen
V3	In empathischer Art und Weise Ideen/Vermutungen darüber anbieten, was der andere möglicherweise möchte, fühlt, denkt usw. (nicht insistieren); dem anderen bei Klärung helfen; Fragen stellen, die bei der Klärung helfen	Der anderen Person sagen, was sie möchte, fühlt, denkt usw. oder darauf bestehen, sogar wenn die Person die Aussage zurückweist; der anderen Person sagen, was sie fühlen, denken usw. sollte
V4	Rekontextualisieren des Verhaltens der anderen Person (einschließlich der Gefühle, Wünsche, Gedanken); die positiven Aspekte des Verhaltens finden; Annahme: jedes Verhalten hat seine Ursache und ist daher nachvollziehbar	Der Selbst-Invalidierung der anderen Person zustimmen, wenn das Verhalten vor dem Hintergrund der Geschichte Sinn macht (fast immer) und etwas anderes hätte gemacht werden können
V5	Das Verhalten der anderen Person normalisieren in Anbetracht der gegebenen Umstände; z. B.: »jeder (oder ich) würde sich in dieser Situation genauso fühlen«	Das Verhalten der anderen Person pathologisieren oder kritisieren, wenn es unter den gegebenen Umständen sinnvoll oder normativ ist (merke: Selbstbeschreibungen werden bis zum Beweis des Gegenteils als stimmend angenommen)
V6	Empathie; grundsätzliche Akzeptanz der Person; von einer Balance der Beziehung aus handeln; den anderen weder als fragil noch als inkompetent behandeln, sondern eher als gleichstehend und kompetent	Patronisierendes, abschätziges Verhalten der anderen Person gegenüber; die andere Person nicht als (= weniger als) ebenbürtig behandeln oder als inkompetent behandeln; Angriffe auf den Charakter, Übergeneralisieren von Negativem
V7	Reziproke (oder passende) Vulnerabilität und Selbstöffnung im Zusammenhang mit der Vulnerabilität des anderen, wobei der Fokus auf der anderen Person bleibt	Die andere Person »am ausgestreckten Arm verhungern lassen«; auf Selbstöffnung von Verletzlichkeit nicht reagieren oder diese nicht validieren; dadurch eine eigene mächtigere Position annehmen

Die gewählte Ebene zieht die entsprechende Behandlungsstrategie nach sich. Probleme in der Ebene der Anfälligkeitsfaktoren fordern i. d. R. eine konkrete Problemlösung oder Verbesserung der zwischenmenschlichen Fertigkeiten. Körperliche Reaktionen lassen sich teilweise mit einer psychopharmakologischen Behandlung oder durch spezifische Fertigkeiten zur Affektmodulation und Stresstoleranz verändern. Die kognitive Ebene mit dysfunktionalen Gedankenschemata bedarf Techniken der kognitiven Umstrukturierung. Die Emotionsebene kann mit

Expositionsübungen in Kombination mit einem geschickten Kontingenzmanagement bearbeitet werden. Die Schwierigkeit, die Compliance der Patienten zu erhalten und die Patienten zu Veränderungsprozessen zu motivieren, bedarf spezifischer Therapietechniken, die sowohl auf einer kontinuierlichen Validierung der Patientensichtweisen beruhen als auch immer aktivierte konträre Schemata berücksichtigen sollten. Diese schwierige Balance von manifesten oder verborgenen Widersprüchen wird von Linehan als **dialektische Strategie** bezeichnet.

Die Verhaltensanalysen erfolgen in der DBT-A nach folgendem Schema:

Verhaltensanalyse

1. Problemverhalten

- Bitte beschreibe Dein Problemverhalten ganz genau.
- Was hast Du gemacht? Wo? Wer außer Dir war dabei? Was geschah mit Gegenständen, die Du verwendet hast?
- Beschreibe Dein Problemverhalten so genau, dass eine Schauspieler:in in einem Theaterstück oder Film es nachspielen könnte.

2. Vorausgehende Bedingungen

- Welches Ereignis ging dem Beginn des Problemverhaltens voraus?
- Was hast Du getan, gedacht, gefühlt oder Dir vorgestellt, bevor das Problemverhalten begann?
- Welche Körperempfindungen hast Du wahrgenommen?
- Wann begann das Problemverhalten?
- Was war Deiner Meinung nach am Wichtigsten?

3. Anfälligkeitsfaktoren

- Was hat Dich anfällig für das Problemverhalten gemacht?
- Berücksichtige folgende Aspekte:

- Gestörtes Essen oder Schlafen,
- Verletzungen, körperliche Erkrankung,
- Gebrauch von Alkohol oder Drogen, Missbrauch von Medikamenten,
- stressreiche Ereignisse in Deiner Umgebung,
- intensive Gefühle,
- eigenes, vorausgehendes Verhalten, das Du belastend fandest.

4. Konsequenzen

- Was folgte alles als Konsequenz aus Deinem Problemverhalten?
- Dazu gehören Deine eigenen Gefühle, Gedanken, Körperwahrnehmungen und Dein Verhalten.
- Wie war dies direkt nach dem Problemverhalten und wie später?
- Wie haben andere Personen reagiert?
- Welche Wirkung hatte Dein Verhalten auf Deine Umgebung?

5. Lösungsanalyse

- Gehe noch einmal Deine Verhaltensanalyse durch. Versuche, die Punkte herauszufinden, wo Du,

falls Du anders gehandelt hättest, das Problemverhalten hättest umgehen können.

- Welche Fertigkeiten oder welches Bewältigungsverhalten hättest Du anwenden können oder könntest Du nächstes Mal brauchen?
- Was hat dieses Mal den Gebrauch der Fertigkeiten verhindert?
- Welche Art von Konsequenzen auf das Problemverhalten würde Dir helfen, das Verhalten in Zukunft unter Kontrolle zu bringen?

6. Präventionsstrategien

- Wie hättest Du Deine Anfälligkeit für das Problemverhalten verringern können?
- Worauf könntest Du in Zukunft achten, um Deine Anfälligkeit zu verringern?

7. Wiedergutmachung/»repair«

- Welche Möglichkeiten der Wiedergutmachung (Dir selbst und anderen gegenüber) hast Du?

■ Hierarchie der Therapieziele

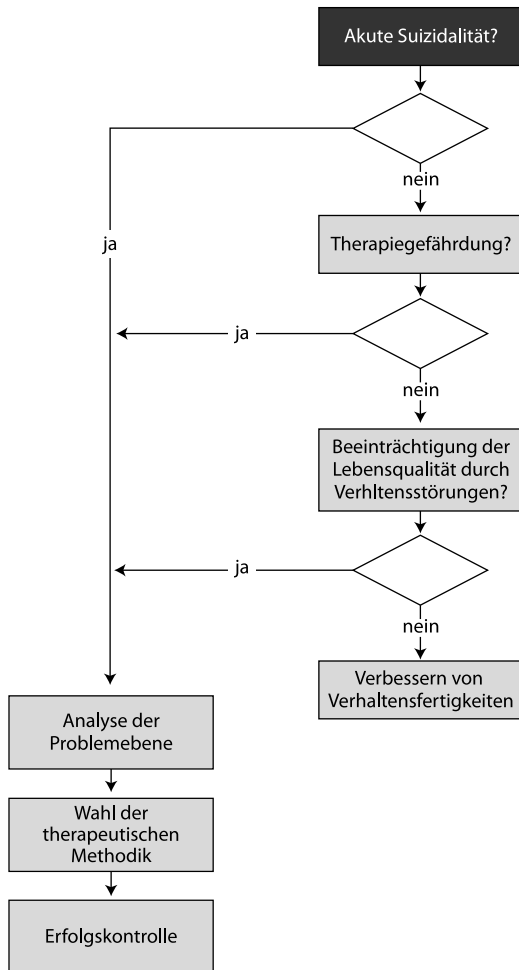
In der Einzeltherapie wird, wie ausgeführt, nach einer definierten Hierarchie der Therapieziele (■ Abb. 6.1) vorgegangen, die bei jeder therapeutischen Intervention beachtet werden muss:

1. Verhindern beziehungsweise Verringern suicidalen und parasuizidalen Verhaltensmuster;
2. Reduktion von Verhaltensmustern, die die Teilnahme an einer effektiven Therapie verhindert oder zu einem Therapieabbruch führen können;
3. Verringern von Verhalten, das die Lebensqualität ernsthaft beeinträchtigt; z. B. Substanzmissbrauch, Schule schwänzen, unge-

schützter Geschlechtsverkehr oder anderes Verhalten, das die Lebensqualität nachhaltig senkt;

4. Verbessern von Verhaltensfertigkeiten.

Plakativ bedeutet dies, das primäre Ziel der Therapie ist, dass der Patient am Leben bleibt und die Therapie fortführt bzw. beendet. Die unter 3. genannten Verhaltensweisen werden in der Hierarchie individuell nach Schwere-, Beeinträchtigungs- und Leidensgrad eingeordnet. Diese Hierarchie ist dynamisch. Das bedeutet, dass parasuizidale Handlungen oder starke Suizidgedanken, die während des Behandlungsverlaufs auftreten, oberste Priorität in der Behandlung haben.



■ **Abb. 6.1.** Übersicht über die Hierarchie der Behandlungsziele bei der Einzeltherapie der DBT-A-Behandlung

Die Einzeltherapie soll die Patienten dabei unterstützen, die in der Gruppentherapie erlernten Fertigkeiten in ihr natürliches Umfeld zu übertragen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Motivationsförderung. Das bedeutet, die Bereitschaft des Patienten, dysfunktionale Verhaltensmuster aufzugeben und durch alternative therapeutisch erwünschte Verhaltensmuster zu ersetzen, wird gefördert.

■ Das Wochenprotokoll

Alle Patienten führen ein Wochenprotokoll (► Anhang A1). Dies ist ein standardisierter Bogen, auf dem täglich der Ausprägungsgrad von Suizidgedanken, das Ausmaß des Drangs, sich selbst zu verletzen, eventuelle Selbstverletzungen, die Befindlichkeit, Drogen- oder Alkoholkonsum, andere mögliche Zielsymptome sowie eingesetzte Fertigkeiten und deren Wirksamkeit protokolliert werden. Zum einen dient dieses Protokoll der besseren Selbstbeobachtung des Patienten, zum anderen verschafft es dem Therapeuten einen raschen Überblick über das Befinden und Verhalten des Patienten während der letzten Woche. Das Protokoll wird zu Beginn jeder Einzeltherapiestunde durchgesehen und dient als Grundlage der Erstellung der Agenda für die jeweilige Stunde. Gemeinsam mit dem Patienten kann der Therapeut so das aktuell hochrangigste Problemverhalten erkennen und richtet den Fokus auf diejenige Ebene aus, die eine Wiederholung dieses Problemverhaltens am wahrscheinlichsten macht. Die so gewählte Ebene zieht die entsprechende therapeutische Methode nach sich. Wenn das Problemverhalten durch bestimmte auslösende Faktoren verursacht wird, erfordert dies eine konkrete Lösung oder einen verbesserten Umgang mit diesen Situationen. Die Technik der kognitiven Umstrukturierung wird gewählt, wenn das Problemverhalten auf der kognitiven Ebene durch dysfunktionale Gedankenschemata bedingt ist. Probleme der Emotionsebene können durch Expositionsübungen mit geschicktem Kontingenzmanagement gelöst werden.

Falls das Wochenprotokoll nur unvollständig ausgefüllt ist, wird es zu Beginn der Sitzung gemeinsam vervollständigt.

■ Einsatz des Telefons

Den Patienten wird die Möglichkeit gegeben, telefonischen Kontakt zum Therapeuten aufzunehmen. Dies soll vor allem als Hilfe während Krisensituationen dienen. Dabei erhalten die Patien-

ten telefonisch eine kurze, fertigkeitenorientierte Unterstützung, die beim Lösen der aktuellen schwierigen Situation hilft. Bei bereits stattgefundenen Selbstverletzung gilt eine 24-stündige Kontaktsperre zum Therapeuten als Verstärkerentzug. Ausgenommen von dieser Kontaktsperre ist selbstverständlich akute Suizidalität. Die Patienten können auch Kontakt aufnehmen, um die therapeutische Beziehung zu fördern oder um Erfolge und Nachrichten mitzuteilen. Die Erreichbarkeit des Therapeuten wird individuell mit dem Patienten geregelt. Ist der Therapeut nicht erreichbar, kann sich der Patient jederzeit beim Dienstarzt der Abteilung melden oder vorstellen.

■ Miteinbeziehen der Familie

Ziel ist es, die Familie regelmäßig in die Therapie mit einzubeziehen. Nach den bisherigen Erfahrungen der Arbeitsgruppe in Freiburg ist es sinnvoll, die Teilnahme der Familienmitglieder flexibel zu gestalten, wobei eine halbe Therapiestunde pro Monat mit mindestens einem Familienmitglied das Minimum ist. Die Inhalte dieser Stunden werden entsprechend der individuellen Situation gewählt. Dabei ist es besonders sinnvoll, wenn die Jugendlichen gelernte Fertigkeiten direkt umsetzen. Daher bietet sich eine Zweiteilung der Stunde an, wobei in der ersten Hälfte der Einzeltherapiestunde eine Fertigkeit vermittelt wird und diese in der zweiten Hälfte z. B. als Rollenspiel mit dem Familienmitglied unter Beobachtung des Therapeuten umgesetzt wird. Auch Validierungsstrategien können in diesem Kontext sehr erfolgreich eingesetzt werden.

Gruppentherapie bei der DBT-A:

Die Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe

DBT für Jugendliche (DBT-A) bezieht in diese sensible Balance zwischen Akzeptanz bzw. Sinngebung von dysfunktionalen Verhaltensweisen einerseits und der Verdeutlichung der Notwendigkeit einer Veränderung andererseits eine In-

tegration der Familie in das Behandlungskonzept mit ein. Dies geschieht sowohl im Fertigkeiten-training durch die Teilnahme eines Elternteiles, der die Fertigkeiten gleichberechtigt erlernt, als auch durch regelmäßige Integration der Eltern in die Einzeltherapie mit dem Ziel, hierbei jugendtümliche Dilemmata (z. B. Autonomieentwicklung vs. Abhängigkeit) im jeweiligen familiären Kontext zu fokussieren und dysfunktionale Familieninteraktionen zu bearbeiten. DBT-A kombiniert also Methoden wie Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung, Problemlösetechniken, Vermittlung von Fertigkeiten und familientherapeutische Aspekte. Gerade das Vermitteln von neuen Fertigkeiten und Fertigkeitenketten beansprucht in der Einzeltherapie sehr viel Zeit und kollidiert damit häufig mit anderen therapeutischen Prozessen der Einzeltherapie, sodass eine gute Abstimmung und Prioritätensetzung in der Supervisionsgruppe unabdingbar ist. Aus diesem Grunde und aus zeitökonomischen und motivationalen Aspekten heraus erfolgt das Erlernen von spezifischen Fertigkeiten wie Stressregulation, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Achtsamkeit und »Walking the Middle Path« im Rahmen einer wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie.

■ Ablauf der Sitzungen

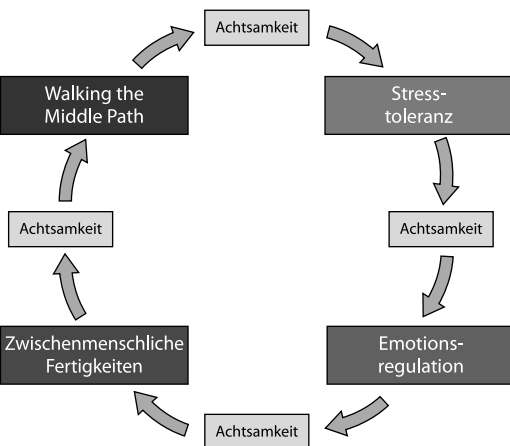
Die Familien-Fertigkeiten-Gruppe wird von 2 Therapeuten geleitet. Idealerweise nehmen 5 Patienten mit je einer engen Bezugsperson, meist der Mutter, teil. Das Ziel der Gruppentherapie ist die Psychoedukation und Verhaltensmodifikation aller Familienmitglieder. Konkrete Verhaltensfertigkeiten werden allen Familienmitgliedern vermittelt und von allen geübt.

Die Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe gliedert sich in die 5 Module Achtsamkeit, Stress-toleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten und »Walking the Middle Path« (■ Tab. 6.4). Das Modul Achtsamkeit wird in 4 Sitzungen vermittelt, die anderen Module in jeweils 3 Sitzungen (■ Abb. 6.2).

■ **Tab. 6.4.** Überblick über Probleme und Fertigkeiten, die in der Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe behandelt werden

Probleme (zu reduzierendes Verhalten)	Fertigkeiten/Modul (zu verstärkendes Verhalten)
Konfusion über sich selbst (nicht wissen, was man erlebt)	Achtsamkeit
Impulsivität (Handeln, ohne lange darüber nachgedacht zu haben)	Stresstoleranz
Emotionale Instabilität (Schnelle intensive Stimmungswechsel mit geringer Kontrolle)	Emotionsregulation
Interpersonelle Probleme (Probleme, das zu bekommen, was man möchte)	Soziales Kompetenztraining
Jugendlichen- und Familiendilemmata	»Walking the Middle Path«

Alle 4 Wochen können neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen werden. Beim Einstieg in die Therapie wird in den ersten 4 Wochen immer das Modul Achtsamkeit vermittelt, danach für jeweils 3 Wochen eines der anderen Module (Stresstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten und »Walking the Middle Path«). Die individuell durchlaufene Reihenfolge hängt dabei vom Zeitpunkt des Einstiegs in die Gruppe ab.



■ **Abb. 6.2.** Schema über den Ablauf der Fertigkeitengruppe während der DBT-A-Behandlung

In der ersten Hälfte der Sitzung werden die Hausaufgaben der vorherigen Woche besprochen, die anhand eines Fertigkeiten-Wochenprotokolls dokumentiert werden. In der zweiten Hälfte werden neue Fertigkeiten durch den Therapeuten modellhaft vorgestellt und danach von den Teilnehmern besprochen und eingeübt. Dies kann z. B. im Rollenspiel geschehen. Als Hausaufgabe wird das Üben der neu erlernten Fertigkeiten aufgegeben. Dabei sollte das Prinzip des Shaping eingehalten werden. Das bedeutet, dass neu erlernte Fertigkeiten zuerst ausschließlich in einfachen, unkomplizierten Situationen angewandt werden. Wenn der Patient diese Situationen sicher beherrscht, kann die Fertigkeit auch in schwierigeren und kritischeren Situationen angewandt werden. Das Einsetzen von erlernten Verhaltensfertigkeiten sollte direkt verstärkt und durch positive Rückmeldungen unterstützt werden.

■ **Aspekte der Gruppentherapie, die auf die Familie abzielen**

Viele Aspekte der Gruppentherapie zielen auf die Familie als Ganzes ab:

- Ein wertfreies Störungsmodell von emotionaler Instabilität und selbstverletzendem Verhalten wird vermittelt.

- Dysfunktionale Verhaltensmuster im Alltag werden durch die Vermittlung von lerntheoretischen Grundlagen abgeschwächt.
- Die Verhaltensfertigkeiten werden sowohl dem Jugendlichen als auch einem Familienmitglied vermittelt. Nach der biosozialen Theorie von Linehan wird damit der vulnerable Jugendliche gestärkt sowie die Invalidierung durch das Umfeld reduziert.
- Die Eltern unterstützen ihre Kinder aktiv beim Erlernen der neuen Fertigkeiten und können diese Fertigkeiten so besser und bewusster verstärken.
- Das Bearbeiten jugendtypischer Dilemmata unterstützt die Familien im Prozess der Ablösung und Individualisierung des Jugendlichen.
- Oft hilft es den Familien, intrafamiliäre Konflikte und Lösungsmöglichkeiten anderer Familien zu sehen, um diese dann auf die eigene Familie zu übertragen.

■ Abschluss der Behandlung

Nach dem erfolgreichen Abschluss des 16-Wochen-Programms erhalten Patienten und Eltern ein Diplom für ihre erfolgreiche Teilnahme am Therapieprogramm (► Anhang A4). Auch die Einzeltherapie wird mit dem Ende des Gruppentherapieprogramms meist beendet. Der Jugendliche erhält die Möglichkeit an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, in der die Jugendlichen sich wöchentlich treffen, um darüber zu diskutieren, wie sie die neu erlernten Fertigkeiten effektiv einsetzen können, um ihre aktuellen Schwierigkeiten zu bewältigen. Diese Gruppe hilft den Jugendlichen, die erlernten Fertigkeiten kontinuierlich einzusetzen und zu generalisieren und unterstützt die Jugendlichen gleichzeitig dabei, sich vom Therapeuten zu lösen. Bei weitergehendem Therapiebedarf kann an die reguläre DBT-A-Standardbehandlung entweder eine Verhaltenstherapie angeschlossen werden oder es kann die DBT-A-Einzeltherapie fortgesetzt werden. Nach unserer Erfahrung legen viele der von

uns behandelten Jugendliche jedoch zunächst eine Therapiepause ein, um sich dann später erneut zu melden, wenn weiterer Therapiebedarf besteht.

6.2.3 Wirksamkeit der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT)

Ambulante dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) bei Erwachsenen

Linehan et al. (Linehan et al. 1991, 1994) verglichen in einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie bei erwachsenen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) und selbstverletzendem Verhalten die Wirksamkeit der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) im Vergleich zu einer herkömmlichen unspezifischen Psychotherapie (TAU = Treatment as Usual). In jede Therapiegruppe wurden 22 Patienten eingeschlossen. Dabei zeigte sich die DBT der TAU nach 1 Jahr Therapie signifikant überlegen anhand der Therapieabbruchrate sowie der Reduktion der stationären psychiatrischen Behandlungstage und der selbstverletzenden Verhaltensweisen. Außerdem war festzustellen, dass die Patienten der DBT-Gruppe in den Dimensionen Ärger, soziale Anpassung und Leistungsfähigkeit bessere Fortschritte aufwiesen. Durch eine Follow-up-Untersuchung (Linehan et al. 1993) wurde gezeigt, dass die Überlegenheit der DBT auch 1 Jahr nach Ende der Therapie anhielt. Dies zeigte sich vor allem in den Variablen Frequenz der Selbstverletzungen, Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungstage, Ärger, soziale Anpassung (Selbst- und Fremdbeurteilung), globale Leistungsfähigkeit, Ängstlichkeit und berufliche Leistungsfähigkeit.

Ähnliche Ergebnisse fanden sich bei einer Studie von Koons et al. (Koons et al. 2001) mit weiblichen Kriegsveteranen mit Borderline-Störung. Von 20 Patientinnen wurden 10 mit der DBT und 10 mit einer 1-stündigen wöchentlichen Psychotherapie plus fakultativen Grup-

pentherapien für jeweils 6 Monate behandelt. Diese Patientinnen profitierten von der DBT vor allem in den Dimensionen »Häufigkeit der Suizidgedanken und Selbstverletzungen«, »Hoffnungslosigkeit« und »Depression«.

In einer randomisierten klinischen Studie von Verheul et al. (Verheul et al. 2003) in den Niederlanden wurde die DBT mit einer unspezifischen Psychotherapie mit weniger als 2 Terminen pro Monat verglichen. Dabei zeigte sich vor allem bei Patienten mit häufigem selbstverletzendem Verhalten eine signifikante Überlegenheit der DBT, was die Anzahl der Selbstverletzungen betrifft.

Bei Patienten mit »Binge eating disorder« bewirkte die DBT eine signifikante Verbesserung des pathologischen Verhaltens im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Insgesamt 89 % der weiblichen Patienten hatten am Ende der Therapie keine »Fressattacken« mehr, allerdings reduzierte sich der Anteil dieser Patienten 6 Monate nach Ende der Therapie auf 56 % (Telch et al. 2001).

In randomisierten Studien, an denen Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit komorbidem Drogenmissbrauch teilnahmen, konnte von Linehan et al. (Linehan et al. 1999, 2002) gezeigt werden, dass die DBT bei diesen Patientinnen wirksam ist. Es wurden 12 Patientinnen, die mit einer für diese Problematik leicht modifizierten DBT behandelt wurden, mit 15 Patientinnen verglichen, die eine »normale« Psychotherapie (TAU) erhielten. Dabei waren in der DBT-Gruppe weniger Therapieabbrüche zu verzeichnen und es gab pro Patientin mehr Tage, an denen sie abstinenter war. Zudem nahm die Menge der konsumierten Drogen stärker ab. Außerdem verbesserten die mit DBT behandelten Patientinnen stärker ihre soziale und globale Anpassung.

Stationäre Form der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) bei Erwachsenen

Von Bohus et al. wurde die DBT für den stationären Bereich adaptiert. Diese Arbeitsgruppe

führte eine prospektive Studie (Bohus et al. 2000a, b) mit 24 Patientinnen durch, die 3 Monate lang stationär mit der DBT behandelt wurden. Dabei reduzierte sich die Anzahl der Selbstverletzungen signifikant (vor Therapie: Median = 2 pro Monat und Patient, nach Therapie: Median = 0 pro Monat und Patient). Die Patientinnen profitierten davon in allen Dimensionen des SCL 90-R (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst, Aggressivität/Feindseligkeit, paranoides Denken und Psychotizismus) sowie in der Ausprägung der Depressivität, die mit dem Beck-Depressionsinventar gemessen wurde.

In einer weiterführenden Studie verglichen Bohus et al. (2004) 31 mit der stationären Form der DBT behandelten Patientinnen mit 19 Patientinnen, die in dieser Zeit eine ambulante unspezifische Psychotherapie erhielten (TAU). Im Gegensatz zur Kontrollgruppe reduzierte sich die Anzahl der selbstverletzenden Verhaltensweisen in der DBT-Gruppe signifikant. Diese Patientinnen verbesserten sich auch in den Dimensionen Depressivität, Ängstlichkeit, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Anpassung und globale Psychopathologie.

Ambulant durchgeführte dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

Rathus und Miller (2002) stellten in einer experimentellen Untersuchung die von ihnen entwickelte dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) einer unspezifischen psychodynamischen, supportiven Therapie (TAU) mit 2 Einzeltherapiesitzungen und 2 Familientherapiesitzungen pro Woche gegenüber. Dabei wurden der DBT-Gruppe Patienten zugeordnet mit aktuell bestehendem suizidalen oder selbstverletzenden Verhalten sowie der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Patienten der Vergleichsgruppe erfüllten nur eines dieser beiden Kriterien. Die DBT-A-Gruppe be-

stand aus 29 Patienten, die TAU-Gruppe aus 82. Trotz der schwereren Symptomatik der Patienten der DBT-A-Gruppe wiesen diese weniger stationäre Behandlungstage während der Therapie auf. Zwischen den Gruppen zeigte die Anzahl der Suizidversuche keinen statistisch signifikanten Unterschied, war aber in der TAU-Gruppe 2,5-mal so hoch (8,6 % zu 3,4 %). Die Therapieabbruchrate war in der DBT-A-Gruppe signifikant niedriger. Insgesamt 62 % der Patienten beendeten die DBT, während nur 40 % der TAU-Gruppe die Therapie beendeten.

Vergleicht man die Zeit vor und nach der Therapie, so wurde in der DBT-A-Gruppe eine Verminderung der Suizidgedanken festgestellt. In der Symptom-Checkliste SCL 90-R zeigte sich eine signifikante Verbesserung in den Globalwerten GSI und PSDI sowie in den Dimensionen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depression und Ängstlichkeit. Für das Life Problems Inventory (LPI) waren Verbesserungen im Globalwert sowie in allen 4 Einzelskalen (Confusion about Self, Impulsivity, Emotion Dysregulation, Interpersonal Difficulties) nach der Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn zu sehen.

In einer Untersuchung unserer Arbeitsgruppe zur Effektivität der DBT-A wurden in einer Pilotstudie 12 Patientinnen mit aktuell bestehendem suizidalen oder selbstverletzenden Verhalten und mindestens 3 Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (entsprechend DSM-IV) behandelt (Fleischhaker et al. 2005). Die Wirksamkeit der Behandlung wurde mit einem Prä-/Post-Vergleich und einer katamnestischen Nachuntersuchung 12 Monate nach Behandlungsende evaluiert. Von den Patientinnen schlossen 75 % die Behandlung ab. Unter der Behandlung und im Katamnesezeitraum traten bei den Patientinnen keine Suizidversuche auf und die Häufigkeit der selbstverletzenden Verhaltensweisen reduzierte sich signifikant. Die Symptomatik einschließlich der Depressivität reduzierte sich ebenfalls stabil und hochsignifikant parallel zum

Behandlungsverlauf. Die Stabilität des positiven Therapieeffektes mit Effektstärken zwischen 1,1 und 2,9 konnte in einer Nachuntersuchung 12 Monate nach Therapieende nachgewiesen werden. Darüber hinaus zeigten sich auch signifikante Verbesserungen bezüglich der psychosozialen Anpassung und der Lebensqualität der Jugendlichen (Fleischhaker et al. 2009).

Die DBT wurde von Trupin et al. (2002) bei weiblichen straffälligen Jugendlichen angewandt. Dabei zeigte sich eine signifikante Verminderung der ernsthaften Verhaltensprobleme wie beispielsweise Aggressivität und Substanzmissbrauch. Die Suizidversuche und das aggressive Verhalten reduzierten sich ebenfalls unter der Therapie, dies allerdings ohne statistische Signifikanz.

Stationäre Form der dialektisch-behavioralen Therapie für Jugendliche (DBT-A)

Katz et al. (2004) wandten die DBT-A im stationären Bereich bei Jugendlichen nach Suizidversuchen oder mit Suizidgedanken an. Diese Form der DBT beinhaltet die täglich stattfindende Fertigkeitentrainingsgruppe mit 10 Terminen und die Einzeltherapie, welche 2-mal in der Woche stattfindet.

Katz et al. verglichen 26 Patienten, die über 2 Wochen die für den stationären Bereich modifizierte DBT-A erhielten, mit 27 Patienten, die über 2 Wochen nach einem psychodynamischen Konzept stationär behandelt wurden. Während des stationären Aufenthalts, der in beiden Gruppen durchschnittlich 18 Tage dauerte, traten in der DBT-A-Gruppe weniger relevante Zwischenfälle – wie z. B. Gewalt gegen sich oder andere – auf. Zum Zeitpunkt der Entlassung hatten sich die Patienten beider Gruppen bei der Selbstbeurteilung depressiver Symptome im Beck-Depressions-Inventar sowie der Suizidalität im Suicidal Ideation Questionnaire verbessert. Eine Follow-up-Untersuchung 1 Jahr nach der Therapie zeigte in keiner Gruppe einen vollendeten Suizid. Die Anzahl der selbstverletzenden Ver-

haltensweisen sowie die depressive Symptomatik nahmen im Vergleich zu Therapiebeginn und Entlassung weiter ab. Im Jahr nach der Entlassung gab es pro Gruppe 6 Wiederaufnahmen in eine stationäre psychiatrische Behandlung, während die Notaufnahme von 14 Probanden der TAU-Gruppe und von 8 Probanden der DBT-A-Gruppe aufgesucht wurde. Dieser Unterschied zeigte kein signifikantes Niveau. Im deutschsprachigen Raum werden stationäre Behandlungsprogramme zur DBT-A in spezialisierten Therapiestationen in Marsberg (Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) und in Lübeck (Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) angeboten.

6.2.4 Andere Formen der kognitiv-behavioralen Therapie für suizidale Jugendliche

Evans et al. (1999) entwickelten eine alternative manualisierte kognitiv-behaviorale Therapie, MACT (Manual-Assisted Cognitive-Behavior Therapy), zur Behandlung von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten. Diese Therapie wird anhand des Manuals in bis zu 6 Terminen durchgeführt. Am ersten Termin wird eine genaue Verhaltensanalyse bezüglich der Entwicklung des selbstverletzenden Verhaltens erstellt, während in den Folgeterminen spezifische Probleme des Patienten mit Unterstützung des Manuals bearbeitet werden.

Sechs Kapitel des von Evans et al. (1999) entwickelten Manuals

1. Fallberichte, Verhaltensanalyse, Vor- und Nachteile der Selbstverletzung
2. Techniken zur Problemlösung anhand von Fallbeispielen



3. Überwachung der eigenen Gedanken und Gefühle
4. Bewältigung von Stresssituationen
5. Aufklärung über Substanzmissbrauch
6. Entwicklung von Bewältigungsstrategien für die Zukunft und Erkennen von nicht vorhandenen Fertigkeiten

Achtzehn Patienten, die die MACT erhielten, wurden 6 Monate nach Beginn der Therapie in einer randomisierten Studie mit 14 Patienten verglichen, die in der üblichen Art und Weise krankheitsspezifisch (TAU) behandelt wurden. Dabei waren die Anzahl der Selbstverletzungen sowie die Häufigkeit der depressiven Symptome in der Selbstbeurteilung in der MACT-Gruppe niedriger. Suizidversuche kamen in diesen 6 Monaten bei 56 % der mit MACT behandelten Patienten und bei 71 % der mit TAU behandelten Patienten vor.

Eine weitere Form der kognitiv-behavioralen Therapie für suizidale Jugendliche wurde von Rotheram-Borus et al. (1994) entwickelt. Bei dieser Therapie, die SNAP (Successful Negotiation Acting Positively) genannt wird, handelt es sich um eine hochstrukturierte ambulante Therapie, die 6-mal als Familientherapie stattfindet. Primäres Ziel ist es, positive Gefühle zwischen den einzelnen Familienmitgliedern zu schaffen sowie die Fertigkeiten der Familie, mit Situationen umzugehen, in denen der Jugendliche suizidal wird, zu verbessern. Dazu werden spezielle Techniken verwendet. Zum einen bekommt jedes Familienmitglied Wertmarken, mit denen es andere Familienmitglieder für positive Gedanken und Aktionen belohnen kann. Zum anderen wird ein »Gefühlsthermometer« eingesetzt, anhand dessen jedes Familienmitglied den anderen seine Gefühle auf einer Skala von 0 (sehr ruhig) bis 100 (sehr aufgeregt) anschaulich demonstrieren kann. Zusätzlich werden Rollenspiele durchgeführt, um Fertigkeiten zu erlernen und zu verfestigen.

6.2.5 Häufig auftretende Probleme

Sowohl bei der Einzeltherapie als auch beim Fertigkeiten-Training können Schwierigkeiten auftreten, die nachfolgend exemplarisch benannt sind und für die es entsprechende Lösungsmöglichkeiten gibt.

■ Zur Einzeltherapie

- Patientin hat ihr Wochenprotokoll nicht dabei oder nicht ausgefüllt:

Das Wochenprotokoll in der Stunde gemeinsam ausfüllen und dieses Therapie störende Verhalten ansprechen.

- Patientin hat sich geschnitten und ruft danach bei ihrer Einzeltherapeutin an:

Suizidalität abklären; wenn nein, dann auf 24 h-Regel verweisen (für 24 h nach selbstverletzendem Verhalten gibt es keinen Kontakt zum Therapeuten; Termine in diesem Zeitraum fallen aus) und auf durchzuführende Verhaltensanalyse hinweisen.

- Mutter ruft beim Einzeltherapeuten an und erzählt, dass ihre Tochter sich geschnitten habe, nachdem es eine heftige Auseinandersetzung mit ihrem Freund gegeben hatte. Zwei Wochen zuvor hatte diese Patientin (nach 3 Monaten Therapie) eine Überdosis Schmerzmedikamente eingenommen und ihrem Einzeltherapeuten erst in der nächsten Sitzung davon berichtet:

Therapiestörendes Verhalten fokussieren, Commitment klären, eventuell Telefonkontakte in schwierigen Situationen üben.

■ Zum Fertigkeiten-Training

- Patientin erscheint nicht pünktlich beim Fertigkeiten-Training:

Auf schriftliche Therapievereinbarung hinweisen (nicht pünktlich erscheinen bedeutet Fehltermin).

- Patientin möchte im Fertigkeiten-Training ihre Hausaufgabe nicht vorstellen, da ihre Mutter dabei ist:

Folgende allgemeine Regel besprechen: Hausaufgaben im Fertigkeiten-Training müssen immer auch so gewählt werden, dass sie in der Gruppe vorgestellt werden können. Evtl. Pro/Kontra-Liste erarbeiten.

- Patientin hat bereits 3 Fehlstunden im Fertigkeiten-Training:

Patientin darauf hinweisen, dass nach 4 Fehlterminen die Einzel- und Gruppentherapie beendet werden muss. Gemeinsam Unterstützungsangebote überlegen und anbieten (z. B. Telefonkontakt direkt vor der Therapiestunde).

6.3 Pharmakologische Behandlung von Symptomen

Schwerpunkt der Therapie von Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen sowie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen liegt in der störungsspezifischen, multimodalen psychotherapeutischen Behandlung. Bei schweren psychopathologischen Symptomen kann der Einsatz von verschiedenen Psychopharmaka indiziert sein, er sollte jedoch erst nach Ausbleiben des Erfolges einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung erwogen werden. Im Einzelfall kann erst eine zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka eine effektive psychotherapeutische Behandlung ermöglichen. Der Wirksamkeitsnachweis der medikamentösen Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfolgte bisher zu meist anhand offener oder randomisierter Studien über erwachsene Patienten mit kleinen Fallzahlen. Große Vergleichsstudien, wie sie für andere psychiatrische Erkrankungen zumindest im Erwachsenenalter vorliegen, fehlen noch für den Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dennoch lassen sich aus den bisher für das Erwachsenenalter vorliegenden Studien bereits Hinweise für Therapieempfehlungen ableiten, obwohl die Zulassungen im arzneimittelrechtlichen Sinne für diese Indikationen fehlen.

Die Behandlung mit Psychopharmaka bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgt daher generell als Off-Label-Gebrauch. Diese Problematik muss mit den Familien der Patienten und den Patienten selbst ausführlich besprochen werden. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs muss der Verweis auf den Off-Label-Gebrauch schriftlich dokumentiert werden. Zur Dokumentation ist es darüber hinaus notwendig, auf alternative Behandlungsmöglichkeiten zu verweisen und möglicherweise auftretende, häufige oder seltene Nebenwirkungen zu benennen. Nicht zuletzt muss der Patient auch über einen fehlenden Haftungsanspruch gegenüber dem Hersteller beim Off-Label-Gebrauch hingewiesen werden.

Die medikamentöse Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist generell symptomorientiert. Sie richtet sich daher immer nach der Zielsymptomatik.

Typische Symptome bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Depressive und affektive Symptome
- Nur schwer kontrollierbare Impulskontrollstörungen und Aggressivität
- Verschiedene dissoziative Symptome
- Psychotische Symptome

Im Erwachsenenalter erhalten viele Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kontinuierlich eine medikamentöse Behandlung. Diese beinhaltet häufig sogar eine Polypsychopharmakotherapie, die jedoch aus unserer Sicht auf jeden Fall vermieden werden sollte. Eine Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Psychopharmaka sollte im Jugendalter nur so kurz wie unbedingt notwendig eingesetzt werden. Zur Dauer der Therapie lassen sich derzeit jedoch anhand der Studienlage bei Erwachsenen keine empirisch gesicherten Empfehlungen machen. Sofern längerfristig notwendig, sollte

eine erfolgreiche Psychopharmakotherapie immer mit der niedrigsten effektiven Dosierung unter sorgfältiger, regelmäßiger Überwachung der möglichen Nebenwirkungen fortgeführt werden. Nebenwirkungen werden bei Jugendlichen sehr viel häufiger beobachtet als bei Erwachsenen.

6.3.1 Empfehlungen zu Substanzgruppen

Atypische Neuroleptika

Zur Behandlung der Borderline-Störung werden häufig die wirksamen Psychopharmaka aus der Gruppe der atypischen Neuroleptika eingesetzt, die jedoch regelmäßig mit verschiedenen Nebenwirkungen (z. B. Appetitsteigerung, Gewichtsanstieg, Hyperprolaktinämie, pathologische Veränderungen des Glukose- und Fettstoffwechsels) assoziiert sind. Von daher ist es meist das Ziel einer psychopharmakologischen Behandlung mit atypischen Neuroleptika, diese sobald wie möglich zu beenden, sobald die Patienten gelernt haben, ihre heftigen Emotionen selbstständig zu regulieren.

Im Umfeld der jugendlichen Patienten besteht häufig eine ablehnende Haltung gegenüber einer phasenweisen psychopharmakologischen Behandlung. Diese Thematik muss offen angesprochen und eruiert werden, da die Compliance sonst ausgesprochen schlecht ist und es zu hohen Abbruchraten der medikamentösen Behandlung kommt. Manche Jugendlichen berichten über ein Gefühl des Kontrollverlustes zu Beginn der psychopharmakologischen Behandlung. Diese Problematik muss offen angesprochen werden. Bei der Auswahl der Medikation muss auch bedacht werden, dass die Medikation zum Interaktionsfeld werden kann. Dem sollte entgegen gewirkt werden: durch ein ausführliches Aufklärungsgespräch sowie eine aktive Entscheidung des Patienten und seiner Familie für einen Medikationsversuch. Die Nebenwirkungen von ver-

schiedenen Psychopharmaka werden von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig verstärkt wahrgenommen. Dies überlagert sich zudem noch mit der im Vergleich zu Erwachsenen erhöhten Nebenwirkungsrate bei Jugendlichen.

■ Tab. 6.5 fasst wichtige Studien zu Neuroleptika bei Erwachsenen zusammen.

Benzodiazepine

Benzodiazepine sollten i. d. R. zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter nicht eingesetzt werden. Ihr Einsatz ist nur in Ausnahmefällen in **akuten Krisensituationen** bei vorherrschender Angstsymptomatik denkbar. Besondere Vorsicht ist geboten, weil gerade bei Jugendlichen bei der Behandlung mit Benzodiazepinen ein ausgeprägtes Abhängigkeitsrisiko besteht.

Antidepressiva

Bei im Vordergrund stehenden **affektiven Symptomen** (z. B. depressiven Verstimmungen, heftigen Stimmungsschwankungen, ausgeprägten Ängsten, intensivem Ärger und einem chronischen Gefühl der Leere) werden im Erwachsenenalter selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) empfohlen.

❗ **Trizyklische Antidepressiva haben in älteren Studien bezüglich dieser Symptomatik nur eine moderate Wirksamkeit gezeigt und sollten heute aufgrund ihrer erheblichen Toxizität im Fall von Überdosierungen bei dieser Indikationsstellung nicht mehr eingesetzt werden.**

In einigen plazebokontrollierten Studien in den letzten Jahren konnte die Effektivität von SSRI (hier vor allem Fluoxetin und Fluvoxamin) auf die oben beschriebene Zielsymptomatik nachgewiesen werden (■ Tab. 6.6). Bei mangelnder Wirksamkeit eines ersten SSRI besteht im Erwachsenenalter die Empfehlung, nach etwa 6 Wochen einen Versuch mit einem zweiten SSRI durchzu-

führen. Eine Verordnung von Venlafaxin (SNRI/selektiver Serotoninnoradrenalinwiederaufnahmehemmer) sollte derzeit im Jugendalter nicht erfolgen, da das Intoxikationsrisiko sehr viel höher als bei SSRI einzuschätzen ist und vom Hersteller ein zusätzlicher Warnhinweis (black box warning) zur Behandlung bei Jugendlichen existiert.

Stimmungsstabilisierer

Als weitere Option für die Behandlung der o. g. Zielsymptomatik einer ausgeprägten **emotionalen Instabilität und Aggressivität** wird im Erwachsenenalter der Einsatz von Stimmungsstabilisierern diskutiert.

In den letzten Jahren wurde in 4 plazebokontrollierten Studien über den Einsatz von Carbamazepin und Valproinsäure berichtet. Der Haupteffekt dieser publizierten Studien war nicht durchgehend positiv. Daher kann für diese Substanzen vor allem in Anbetracht der möglichen schweren Nebenwirkungen auch im Erwachsenenalter keine generelle Empfehlung gegeben werden.

Andere Substanzen

Als Alternative wird derzeit auch eine Therapie mit Lamotrigin und Omega-3-Fettsäuren als Behandlungsmöglichkeit von Patienten mit einer Borderline-Störung im Erwachsenenalter diskutiert. In einer vorliegenden plazebokontrollierten Studie zum Einsatz von Omega-3-Fettsäuren zeigte sich bei erwachsenen Patienten mit einer Borderline-Störung eine vergleichbare Wirksamkeit wie bei herkömmlichen Stimmungsstabilisierern. Dies jedoch bei besserer Compliance der Patienten aufgrund der niedrigeren Belastung mit Nebenwirkungen.

■ Tab. 6.5. Studien mit Neuroleptika – Erwachsene (Mod. Nach Libal u. Plener 2008)

Studie	Studien- population	Substanz	Design	Zielsymptome	n	Alter (mittleres) in Jahren
Soloff et al. 1993	■ BPS nach DSM-III-R ■ Stationär	Haloperidol vs. MAO (Phenelzine)	RCT	■ Depression (HRS, BDS) ■ Allgemeine Psychopathologie (SCL-90, GAS) ■ Impulsivität (WS) ■ Borderline (BSI)	108	16–36
Cornelius et al. 1993	■ BPS nach DSM-III-R ■ Stationär für ≥ 2 Wo	Haloperidol vs. MAO vs. Plazebo	RCT	■ Allgemeine Psychopathologie (SCL-90, GAS) ■ Depression (HRS, BDS) ■ Impulsivität (WS)	54	27,6 $\pm$ 8,0
Chengappa et al. 1999	■ BPS und persistierende Psychose ■ Stationär	Clozapin	CT	■ SVV ■ Fremdaggressionen	7	26–47 (36,6)
Zanarini und Frankenburg 2001	■ BPS nach DSM-IV	Olanzapin vs. Plazebo	RCT	■ Allgemeine Psychopathologie (SCL-90) ■ Depression (HRS) ■ Ängste ■ Ärger ■ Paranoia	28	27,6/25,8 (7,7/4,5)
Rocca et al. 2002	■ BPS nach DSM-IV ■ Ambulant	Risperidon	CT	■ Depression (HRS) ■ Allgemeine Psychopathologie (BPRS, GAS) ■ Aggression	15	(31,9 $\pm$ 5,6)
Bellino et al. 2006	■ BPS nach DSM-IV ■ Ambulant	Quetiapin	CT	■ Allgemeine Psychopathologie (CGI, BPRS) ■ Depression (HRS) ■ Impulsivität	14	18–50

BDS Beck Depression Scale; BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung; BSI Borderline-Syndrom-Index; CGI Clinical Global Impression; CT klinische Studie; GAS Global Assessment Scale; HRS Hamilton Rating Scale; M. Monate; RCT randomisierte kontrollierte Studie; SCL-90 Symptom Check List-90; SVV selbstverletzendes Verhalten; Wo. Wochen; WS Ward Scale

Dosis mg/Tag (mittlere)	Dauer (mittlere)	Drop-out	Ergebnisse
Haloperidol: 4 Phenelzine: 60	5 Wo	29,6%	■ Depression signifikant ↓ in allen Gruppen. Keine signifikanten Gruppenunterschiede ■ Allgemeine Symptomatik verbessert in allen Gruppen, keine signifikanten Gruppenunterschiede ■ Impulsivität nur signifikant ↓ für Haloperidol und Plazebo
Haloperidol: ≤6 Phenelzine: ≤90	+ 16 Wo Erhaltungstherapie im Anschluss an vorherige Studien	64% Haloperidol 28% Plazebo	Depression und Irritabilität nur in Phenelzine-Gruppe reduziert
300–550 (421)	4–12 M.	2 von 7 Patienten ■ Ein Patient mit Leukopenie und Abbruch der Medikation ■ Ein Patient wurde ausgeschlossen, da Phlebektomie zu schwierig war	■ Fremdaggressives Verhalten und und SVV signifikant reduziert ■ GAF signifikant verbessert (mittlere: 28 – 54) ■ 3 Patienten mit extremer Gewichtszunahme (9–13,5 kg)
5,3 ± 3,4	6 M.	■ 57,9% Olanzapin ■ Gründe für Abbruch: Sedation, Depression, Gewichtsanstieg ■ 98,9% Plazebo	■ Außer für Depression Olanzapin-Gruppe signifikant besser ■ Signifikante Gewichtszunahme unter Olanzapin
3,3 ± 0,5	8 Wo.	13,3%	■ Aggression signifikant reduziert ■ Allgemeine Psychopathologie signifikant gebessert ■ Depression signifikant gebessert
200–400 (309)	12 Wo.	21,4%	■ Allgemeine Psychopathologie signifikant besser ■ Depression signifikant besser ■ Impulsivität signifikant besser

■ Tab. 6.6. Studien mit Antidepressiva. (Mod. nach Libal u. Plener 2008)

Studie	Studienpopulation	Substanz	Design	Zielsymptome	n
Montgomery et al. 1983	■ Persönlichkeitsstörung nach DSM-III ■ Ambulant	Mianserin vs. Plazebo	RCT	■ Selbstschädigendes Verhalten ■ Depressive Symptome (MADRS)	58
Markovitz et al. 1991	■ Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R ■ Ambulant	Fluoxetin	CT	■ SVV ■ Hopkins Symptom Checklist (HSCL)	22
Verkes et al. 1998	■ Zweiter Suizidversuch ■ Ambulant	Paroxetin vs. Plazebo	RCT	■ Suizidales Verhalten ■ Depression (BDI)	91

BDI Beck Depression Inventory; CT klinische Studie; HSCL Hopkins Symptom Checklist; M. Monate; MADRS Montgomery & Asberg Depression Rating Scale; RCT randomisierte kontrollierte Studie; SD Standardabweichung; SVV selbstverletzendes Verhalten; Wo. Wochen

6.3.2 Empfehlungen zu Symptomgruppen

Zur Behandlung von Impulskontrollstörungen, Ärger und Wut sowie impulsivem und selbstschädigendem Verhalten. Zur Behandlung von Impulskontrollstörungen, Ärger und Wut sowie von impulsivem und selbstschädigendem Verhalten im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im Erwachsenenalter auch der Einsatz von SSRI empfohlen. Die angestrebten Effekte auf Wut, Ärger und selbstschädigende Verhaltensweisen treten entsprechend der klinischen Erfahrung früher und unabhängig von Wirkungen auf Affekt oder Ängste ein. Auch für den Bereich dieser Symptomatik kann im Erwachsenenalter der Einsatz von Valproinsäure und atypischen Neuroleptika (z. B. Aripiprazol, Risperidon, Olanzapin und Quetiapin) erwogen werden. Zudem werden bei erwachsenen Patienten die Stimmungsstabilisierer Carbamazepin und Valproinsäure zur Behandlung von impulsiver Aggressivität häufig eingesetzt. Es liegen jedoch keine kontrollierten Stu-

dien dazu vor. Für das Erwachsenenalter werden diese Psychopharmaka nur als Mittel der zweiten Wahl und nur nach einem Therapieversagen von SSRI empfohlen. Für Lithium liegen für diese Symptomatik ebenfalls positive Fallberichte vor. Im Erwachsenenalter wurde in Einzelfällen bei Vorliegen schwerster Aggressivität mit chronischem, heftig selbstverletzendem Verhalten unter Einhaltung der vorhandenen Kontraindikationen und unter den notwendigen Verlaufskontrollen mit Erfolg Clozapin eingesetzt. Diese zuletzt genannten Substanzen, vor allem Clozapin, können im Kindes- und Jugendalter jedoch nur als Ultima Ratio empfohlen werden.

Psychotische Symptome. Zur Behandlung von klassischen psychotischen Symptomen – aber auch bei phasenweise auftretenden Beziehungs-ideen, illusionären Verkennungen, passageren Halluzinationen, Pseudohalluzinationen und paranoiden Ideen – werden im Rahmen der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter typische hochpotente Neuroleptika (z. B. Haloperidol) in nied-

Alter (mittleres in Jahren)	Dosis mg/Tag	Dauer (mittlere)	Drop-out	Ergebnisse
35,7	30	6 M.	34,5%	■ Zu keinem Zeitpunkt Überlegenheit von Mianserin gegenüber Placebo
Erw.	80	12 Wo.	15,4%	■ SVV bessert sich um eine SD ■ Der Gesamt-HSCL-Score bessert sich um 2,1 SD
35,6	40	1 Jahr	Paroxetin: 76,1% Placebo: 82,2%	■ Für Patienten mit weniger als 5 Suizidversuchen: ■ 17% unter Paroxetin vs. 36% unter Placebo machten einen erneuten Suizidversuch ■ Kein Einfluss der Medikamente auf depressive Symptome, Ärger und Hoffnungslosigkeit

riger Dosierung empfohlen. Aufgrund der nicht unerheblichen Belastung mit Nebenwirkungen unter der Behandlung mit diesen typischen Neuroleptika wird darüber hinaus jedoch trotz fehlender kontrollierter Studien der Einsatz von atypischen Neuroleptika in möglichst niedriger Dosierung als Mittel der ersten Wahl für diese Symptomatik diskutiert. Die vorhandenen Kontraindikationen müssen beachtet und die notwendigen Kontrolluntersuchungen (z. B. Gewichts-, Blutdruck- und Pulskontrollen sowie Kontrolluntersuchungen von Glukose- und Fettstoffwechsel) dabei durchgeführt werden.

Dissoziative Symptome. Zur Behandlung der verschiedenen dissoziativen Symptome bei erwachsenen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird zudem über positive Ergebnisse mit Naltrexon (Dosisbereich zwischen 25 und 100 mg/Tag) im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes berichtet.

Selbstverletzendes Verhalten. Der Einsatz von Naltrexon war auch bei selbstverletzenden Verhal-

tensweisen im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter erfolgreich. Diese Medikation kann jedoch im Kindes- und Jugendalter nicht generell empfohlen werden.

Fazit

Zusammenfassend muss jedoch angemerkt werden, dass die vorliegenden pharmakologischen Strategien zur Behandlung von Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter für verschiedene Bereiche sehr eingeschränkte Aussagekraft besitzen. In den vorliegenden kontrollierten Studien wurden die verschiedenen Psychopharmaka i. d. R. nur bei moderat erkrankten und ambulant behandelten Erwachsenen eingesetzt. Deshalb ist es generell schwierig, die vorliegenden Studienergebnisse auf meist schwer erkrankte und stationär behandelte Patienten zu übertragen. Darüber hinaus sind die vorliegenden Studien in ihrer Aussagekraft oft noch einmal reduziert, da die meisten Studien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durch hohe Drop-Out-Raten gekenn-



zeichnet sind. Zudem wurden in die meisten Untersuchungen nur weibliche Patienten eingeschlossen. Dies macht die Generalisierung der beschriebenen Effekte auf männliche Patienten schwierig. Die mangelnde Stabilität der Zielsymptome der psychopharmakologischen Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hat zur Folge, dass sich in den vorliegenden Studien jeweils erhebliche Responderraten – auch unter Placebo – zeigen. Aus diesem Grund sollten vor allem Ergebnisse aus offenen klinischen Studien mit Vorsicht interpretiert werden.

6.3.3 Klinische Empfehlung zur psychopharmakologischen Behandlung

Wenn wir uns bei den folgenden Empfehlungen für die psychopharmakologische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter an den Evidenzstufen des Oxford Center for Evidence-based Medicine orientieren, so existieren kontrollierte Studien für verschiedene Zielsymptome der Borderline-Störung nur im Erwachsenenalter mit mittleren Evidenzen der Stufe 2 und 3. Für das Kindes- und Jugendalter lassen sich sogar zur psychopharmakologischen Behandlung mit diesen Indikationen – bis auf die offene klinische Studie von Kutcher et al. (1995) – nur Fallberichte (Stufe 4) und Expertenmeinungen (Stufe 5) finden. In der offenen klinischen Studie von Kutcher mit Flupenthixol findet sich für eine Gruppe von 13 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 22 Jahren mit einer Dosis von 3 mg/Tag und einer Behandlungsdauer von 6 Wochen eine signifikante Reduktion der Impulsivität im Rahmen einer zugrunde liegenden Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Die immer wieder diskutierte Behandlung mit SSRI von Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung muss seit den Warnungen von den US-amerikanischen und europäischen

Zulassungsbehörden FDA und EMA wegen des möglicherweise erhöhten Risikos für das Entstehen von Suizidgedanken und Suizidhandlungen besonders kritisch diskutiert werden. Dies umso mehr, da Kinder und Jugendliche mit der Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als Hochrisikogruppe für die Entwicklung von Suizidalität angesehen werden müssen. Von daher sollten im Kindes- und Jugendalter SSRI bei dieser Symptomatik nicht als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden.

➤ **Die psychopharmakologische Behandlung dieser Patienten sollte darüber hinaus immer durch einen mit dieser Problematik vertrauten Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen. Alle im Erwachsenenalter diskutierten Psychopharmaka sind für die beschriebene Symptomatik bis auf wenige Ausnahmen zum Gebrauch vor dem 18. Lebensjahr nicht zugelassen. Die Anwendung dieser Psychopharmaka kann daher nur als Off-Label-Gebrauch im Rahmen eines sog. »individuellen Heilversuchs« wie oben beschrieben erfolgen.**

Wie schon ausgeführt, ergibt sich hieraus die Verpflichtung zu einer besonders ausführlichen Aufklärung des Kindes und seiner Eltern (bzw. der Sorgeberechtigten) über die angestrebten Wirkungen, Art, Zeitpunkt und die Dauer der Einnahme, über notwendige Kontrolluntersuchungen sowie über möglicherweise auftretende Nebenwirkungen der Medikamente. Der Inhalt dieses Aufklärungsgesprächs muss unbedingt schriftlich anhand einer genauen Dokumentation niedergelegt werden.

Behandlungsalgorithmus

■ Erster Behandlungsschritt –

Atypisches Neuroleptikum

Als Behandlungsalgorithmus in klinischem Behandlungssetting können wir vor allem bei Vorliegen von **Spannungszuständen**, erhöhter Im-

■ Zweite Wahl – SSRI

Nur bei Therapieversagen und bei Patienten mit ausgeprägter depressiver Symptomatik, heftigen Ängsten und bulimischen Symptomen kann über den Einsatz von SSRI als Mittel der zweiten Wahl diskutiert werden. Wir bevorzugen hierfür meist eine Kombinationsbehandlung mit einem atypischen Neuroleptikum, mit dem die Behandlung begonnen werden sollte. Nur bei fehlenden Suizidgedanken und/oder einer hervorragenden Compliance kann evtl. über eine Monotherapie mit SSRI bei diesen Jugendlichen diskutiert werden. In beiden Fällen ist es jedoch unumgänglich, während der ersten 4–8 Wochen nach Therapiebeginn engmaschig die Suizidgedanken zu kontrollieren und klare Therapieabsprachen zu treffen. Dies bedeutet, dass die Patienten mindestens 1-mal pro Woche zum Auftreten von Suizidgedanken befragt werden müssen. Darüber hinaus muss für die Jugendlichen zu jeder Tageszeit ein Zugang zu einem kinderpsychiatrischen Notdienst etabliert sein.

■ Bedarfsmedikation – niederpotente Neuroleptika

Niedrig dosierte, niederpotente Neuroleptika sollten nur als Bedarfsmedikation bei heftigen Anspannungszuständen verordnet werden.

■ Opiatantagonist Naltrexon

Sollten diese Therapieschritte nicht ausreichend sein, ergibt sich als nächster Behandlungsschritt

primär für Patienten mit einem suchartigen Charakter ihrer Symptomatik und mit häufigem und heftigem selbstverletzenden Verhalten ein Therapieversuch mit dem Opiatantagonisten Naltrexon (■ Tb. 6.8). Die Behandlung kann sowohl als Monotherapie als auch in Kombination mit einem atypischen Neuroleptikum oder einem SSRI erfolgen.

■ Weitere Optionen

Nur bei einer weiter vorliegenden Therapieresistenz mit einer schweren Emotionsregulationsstörung und ausgeprägtem selbstverletzenden Verhalten kann zudem der Einsatz von Stimmungsstabilisierern, häufig in Kombination mit einem atypischen Neuroleptikum überdacht werden. Eine im Erwachsenenalter empfohlene Behandlung mit Lithium sollte aufgrund der geringen therapeutischen Breite und der hohen Toxizität bei Jugendlichen in diesem Indikationsbereich nicht versucht werden.

Insgesamt muss jedoch abschließend betont werden, dass das primäre Ziel des Einsatzes von Psychopharmaka in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter in einer Reduktion der Symptomatik besteht, um so Fortschritte oder den Beginn einer kombinierten Psychotherapie und Soziotherapie zu ermöglichen. Für die Dauer der Behandlung gilt generell das Prinzip »so kurz wie möglich und so lange wie nötig«.

In den nachfolgenden Boxen werden aktuelle klinische Leitlinien zur Pharmakotherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter und prinzipielle Modelle zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

Klinische Leitlinien über die Pharmakotherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Eine Pharmakotherapie ist nur auf der Basis einer tragfähigen, kontinuierlichen therapeutischen Beziehung zu Patient und Familie sinnvoll.

Die Dosierung der verschiedenen Psychopharmaka muss immer an den Zielsymptomen orientiert individuell angepasst werden. Häufig sind schon relativ niedrige Dosierungen ausreichend, wobei jedoch auch bereits bei diesen ausgeprägten Nebenwirkungen, vor

allem im Kindes- und Jugendalter, auftreten können.

Der Patient und seine Familie sollten intensiv über die Ziele und möglichen Nebenwirkungen einer psychopharmakologischen Behandlung aufgeklärt werden. Bei deren Auswahl und Dosierung sind Patient und Familie intensiv zu beteiligen.

Die Erwartungshaltung auf Seiten des Patienten und seiner Familie sollte eher niedrig angesetzt werden. Die psychopharmakologische Behandlung sollte als »Krückstock« angesehen werden, um eine bessere psychotherapeutische Behandelbarkeit zu erreichen.

Mit Patient und Familie sollten die notwendigen Kontrolluntersu-

chungen zur Evaluation der Zielsymptomatik und der potenziellen Nebenwirkungen vor Beginn der Behandlung abgesprochen werden.

Bei Auftreten von schweren Nebenwirkungen wie vermehrten selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidalität muss eine unmittelbare Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Hierfür sind eindeutig formulierte »Verträge« mit klaren Maßnahmen hilfreich.

Es sollte generell zur Erhöhung der Sicherheit der verabreichten Medikation bei dieser Symptomatik eine möglichst kleine Packungsgröße verordnet werden.

Drei prinzipielle Modelle für eine psychopharmakologische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich derzeit ab (s. auch Kapfhammer 2003)

1. Psychopharmaka behandeln eine Persönlichkeitsstörung direkt. Bei diesem Konstrukt wird die im Vordergrund stehende Persönlichkeitsstörung als eine v. a. biologisch vermittelte Konstitution oder als eine von Grundtemperamenten abgeleitete intrapsychische und intrapersonale Manifestation dieser Störung verstanden.

2. Psychopharmaka beeinflussen bestimmte Kernmerkmale, bzw. Symptomcluster der Persönlichkeitsstörung. Die genannten Symptomcluster sind Ausdruck verschiedener abgegrenzter, psychopathologischer Dimensionen (z. B. Impulsivität/Aggressivität, affektive Instabilität, Ängstlichkeit/Hemmung). Diese grundlegenden Dimensionen sind mit verschiedenen biologischen Neurotransmittersystemen assoziiert, die durch die medikamentöse Behandlung beeinflusst werden können.
3. Psychopharmaka behandeln die mit einer Persönlichkeitsstörung assoziierten komorbiden Achse-

I-Störungen. Eine im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgetretene komorbide depressive Störung kann hierbei konsequent durch eine antidepressive Medikation behandelt werden. Dieses Modell favorisiert die Grundüberzeugung, dass nach erfolgreicher Behandlung der komorbiden Achse-I-Störung wieder die Grundzüge der jeweiligen Persönlichkeitsstörung hervortreten, die dann wiederum primär eine nichtmedikamentöse Maßnahme (z. B. psycho- oder soziotherapeutische Behandlung) erforderlich machen.

Der Blick voraus: Verlauf und Prognose

**7.1 Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung
im Kindes- und Jugendalter – 92**

7.1 Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

Über den Krankheitsverlauf bei Jugendlichen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (entsprechend den Kriterien der ICD-10) zeigen die wenigen vorliegenden Studien (Bernstein et al. 1999; Garnet et al. 1994; Mattanah et al. 1995; Meijer et al. 1998), dass erste Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 10–14 Jahren auftreten. Erwachsene Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung berichten ebenfalls über erste Verhaltensauffälligkeiten im Alter zwischen 10 und 14 Jahren. Weiterhin wird bei ca. 91 % der Fälle über einen Missbrauch in der Kindheit oder Jugend berichtet (Zanarini et al. 1997). Die vorliegenden Untersuchungen lassen eine Vielzahl von wichtigen Fragestellungen unbeantwortet. Hervorzuheben ist dabei insbesondere, dass es sich mit Ausnahme der Studie von Bernstein et al. (1993) um klinische Studien handelt. Durch selektive klinische Stichproben und die Einbeziehung von behandelten Patienten werden verschiedene Probleme hinsichtlich der Generalisierbarkeit und der Interpretation der Ergebnisse aufgeworfen:

- Es wurden nur kleine Patientenzahlen untersucht und nachverfolgt.
- Es wurden mit Ausnahme der Studie von Bernstein et al. (1993) nur initial stationär behandelte Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Verlauf nachuntersucht.
- In allen Studien wurde nur eine einmalige zweite Untersuchung nach 2–3 Jahren durchgeführt. Dies führt zu einer nur sehr unscharfen Abbildung des Krankheitsverlaufs.
- In allen vorliegenden Untersuchungen wurden nur kategoriale, aber keine dimensionalen Diagnostikinstrumente eingesetzt.
- Die diagnostischen Kriterien des Erwachsenenalters wurden ohne Berücksichtigung der entwicklungsbedingten Besonderheiten des

Kindes- und Jugendalters oder Anpassung auf die Kinder und Jugendlichen übertragen.

Aus diesem Grunde können wir derzeit keine valide Aussage zum Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter machen. Aufgrund der Ergebnisse der Freiburger Pilotstudie zur DBT-A lässt sich jedoch vermuten, dass sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter in 75 % der Fälle sehr gut behandeln lässt.

Schwierig wird die Prognose nur für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die die Therapie abbrechen. Bei diesen Patienten lag in der Freiburger Pilotstudie auch noch nach 1 Jahr eine ähnlich schwer ausgeprägte Symptomatik vor.

Per definitionem sollten sich Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter durch einen relativ stabilen zeitlichen Verlauf auszeichnen. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass eine ausgeprägte negative Korrelation zwischen Alter und Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen besteht. Dies bedeutet, dass die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen mit zunehmendem Alter sinkt. Die aktuellen amerikanischen Langzeitstudien weisen für Persönlichkeitsstörungen eine 2-Jahres-Stabilität von etwa 40 % nach.

In der Verlaufstudie von Zanarini et al. (2004) zur Prognose der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten etwa 70 % der Patienten nach 2 Jahren nicht mehr die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nach einem 6-jährigen Verlauf wiesen fast 75 % der ursprünglichen Patienten laut Studie nicht mehr die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Insofern ist den aktuellen Untersuchungsergebnissen auch im Erwachsenenalter zu entnehmen, dass Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen – und die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Speziellen – sehr viel bessere Prognosen aufweisen, als bisher allgemein angenommen wurde.

Was wir nicht wissen: Offene Fragen der Borderline- Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

Wie häufig liegt bei sich selbstschädigenden Jugendlichen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vor?

Was sind die Risikofaktoren und Ursachen von selbstschädigendem Verhalten bei Jugendlichen?

Welche prognostischen Faktoren können die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorhersagen?

Wie lässt sich die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeits-

störung von vorübergehenden krisenbedingten oder adolescententypischen Problemen abgrenzen?

Wie reliabel sind die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Längsschnitt?

Gibt es Faktoren, die voraussagen, ob eine vorliegende Borderline-Persönlichkeitsstörung im natürlichen Verlauf stabil bleibt oder remittiert?

Gibt es diagnostische Instrumente, die eine höhere Vorhersagevalidität haben als die DSM-IV-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Welchen Einfluss haben traumatische Erfahrungen und suizidale Krisen sowie posttraumatische Belastungssymptome und -störungen und deren Bewältigung für einen stabilen Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter?

Aktuelle Fragen zur Forschung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter sind grundlegend verknüpft mit Fragen nach der Interaktion zwischen Veranlagung und Lern- und Beziehungserfahrungen.

Die aktuell sichtbaren Fortschritte in den Bereichen der funktionellen Bildgebung und Neuropsychologie ermöglichen es erstmals, Korrelate zwischen der Funktion von neuronalen Netzen und Hirnbereichen mit wichtigen psychopathologischen Symptomen wie emotionaler Instabilität und anderen Symptomen nachzuweisen. Diese Nachweise zeichnen sich derzeit sowohl für erkrankte Patienten als auch für Gesunde ab. Überlagert und kompliziert werden diese Forschungsstrategien im Kindes- und Jugendalter mit komplexen entwicklungspsychiatrischen und entwicklungsbiologischen Reifungsprozessen, die die Übertragung von Ergebnissen aus dem Erwachsenenbereich nur bedingt erfolgsversprechend erscheinen lassen.

Darüber hinaus muss die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Konzepte zur primären und sekundären Prävention von Persönlichkeitsstörungen vorantreiben, z. B., indem sie entsprechende Konzepte für Kinder und Jugendliche mit ausgeprägten selbstverletzenden Verhaltensweisen etabliert und evaluiert. Nur so kann sich eine Chance ergeben, dass sich aus den noch nicht im Sinne einer Persönlichkeitsstörung ausgeprägten psychischen Symptomen im Jugendal-

ter eine Persönlichkeitsstörung des Erwachsenenalters entwickelt. Die Prognose im Rahmen dieser präventiven Ansätze erscheint noch einmal deutlich besser als die Prognose für die Behandlung einer voll ausgeprägten Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter. Hierbei fehlen uns jedoch weiterhin valide Kriterien, um die Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von vorübergehenden, krisenbedingten oder adolescententypischen Problemen abgrenzen zu können. Darüber hinaus fehlen uns derzeit valide Prognosefaktoren, die voraussagen, ob eine vorliegende Borderline-Persönlichkeitsstörung im Verlauf stabil ist oder ohne Behandlung remittieren würde. Hier stellt sich aus kinderpsychiatrischer Sicht die essenzielle Frage, ob diagnostische Instrumente entwickelt werden können, die eine höhere Vorhersagevalidität haben als die DSM-IV-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

➤ **Es ist eine der wichtigsten Aufgaben der aktuellen Forschung im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz, reliable und valide Kriterien zur Erfassung der Symptomatik zu entwickeln.**

Im besonderen Forschungsfokus der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz, aber auch schon von Störungen in der

Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter, müssen Maßnahmen der **Sekundärprävention** liegen. Hier bedarf es der Etablierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Netzwerken, wie im Rahmen der durch das BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) geförderten klinischen Studien, um eine bessere Evaluation alters- und entwicklungsspezifisch modifizierter Behandlungskonzepte zu ermöglichen. Diese liegen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter derzeit in Form von manual geleiteten Therapieprogrammen vor. Erste Evaluati-

onen zeigen, dass die therapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen auch im Kindes- und Jugendalter deutlich besser sind als zuvor angenommen. Das erfolgversprechendste manualgeleitete Therapieprogramm im Bereich der Borderline-Störung im Kindes- und Jugendalter ist derzeit die dialektisch behaviorale Therapie für Jugendliche (Fleischhaker et al. 2009).

Auch die Transference Focused Psychotherapy (TFP) liegt inzwischen in einer manualisierten Form für das Jugendalter vor, und es werden erste positive Behandlungsergebnisse berichtet.

Anhang

- A1 Wochenprotokoll – 99
- A2 Notfallkarte – 101
- A3 Vordruck Verhaltensanalyse – 103
- A4 Abschlusszertifikat zum DBT-A-Programm – 105
- A5 Leitfaden für Lehrer – Selbstschädigendes Verhalten
im Kindes- und Jugendalter – 107
- A6 Ratgeber für Eltern/Sorgeberechtigte von Kindern
mit selbstschädigendem Verhalten – 115
- A7 Beratung und Ansprechpartner – 117
- A8 Auszüge aus dem Manual »Dialektisch-behaviorale Therapie
für Jugendliche« (DBT-A) – 119

A1 Wochenprotokoll

DBT-Wochenprotokoll für Jugendliche				Deine Initialen		In der Sitzung ausgefüllt? ☐ ja ☐ nein		Wie oft hast Du diese Liste ausgefüllt? ☐ täglich ☐ 2 bis 3 mal ☐ 1 mal		Beginn am:										
Zeitpunkt	Substanzgebrauch				Selbstverletzung		Suizidalität	Schule	Sex	Anderes		Gefühle				Fertigkeiten				
	Drang etwas zu nehmen 0 - 5	Alkohol	Drogen	Medikamente	Gedanken 0 - 5	Handlung 0 - 5	Gedanken 0 - 5	Handlung 0 - 5	Risikantes Sex	Was genau?	Gedanken 0 - 5	Handlung 0 - 5	Ärger 0 - 5	Angst 0 - 5	Freude 0 - 5		Liebe 0 - 5	Motivation 0 - 5	Schuld 0 - 5	Traurigkeit 0 - 5
Datum	Was genau?	Wieviel?	Was genau?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?	Wieviel?
Montag																				
Dienstag																				
Mittwoch																				
Donnerstag																				
Freitag																				
Samstag																				
Sonntag																				

Datum der Sitzung:

Vor der Sitzung 0 - 5	Nach der Sitzung 0 - 5
--------------------------	---------------------------

Drang, sich selbst zu verletzen

Drang, die Therapie zu beenden

Mot / Elend

Legende 0 - 5:

0 = überhaupt nicht
1 = ein bisschen
2 = irgendwie schon
3 = ziemlich
4 = stark
5 = extrem stark

Legende 0 - 7:

0 = nicht dran gedacht - nicht gemacht
1 = dran gedacht - wollte es nicht machen
2 = dran gedacht - wollte es machen
3 = hab es versucht - konnte es nicht machen
4 = hab es versucht - hat nicht gehalten
5 = hab es versucht - hat gehalten
6 = automatisch gemacht - hat nicht gehalten
7 = automatisch gemacht - hat gehalten

7.2.2 © Deutsche Übersetzung Böllers, Fischbacher, Meyer-Braun, Schütz (Nutzung für Psychiatrie und Psychotherapie in forensischer und Jugendlicher des Universitätsklinikums der Universität Freiburg), 2001.
© Original des Originals (Meyer-Braun, Schütz, 1999).

■ Abb. A.1.1. DBT-A-Wochenprotokoll Vorderseite

DBT-Wochenprotokoll: Fertigkeiten									
Bereich	Fertigkeit	Wochentag, an dem Du an diesen Fertigkeiten gearbeitet hast:							
1	Intuitives Wissen und Verstehen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
2	Wahrnehmen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
3	Beschreiben	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
4	Teilnehmen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
5	Nicht bewerten	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
6	Konzentriert bleiben	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
7	Machen, was funktioniert	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
8	Sich ablenken	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
9	Sich beruhigen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
10	Den Augenblick verbessern	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
11	Vor- und Nachteile abwägen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
12	Radikales Akzeptieren der Realität	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
13	Gefühle wahrnehmen und beschreiben	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
14	Anfälligkeit für heftige Gefühle verringern	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
15	Positive Erfahrungen schaffen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
16	Angenehmen Aktivitäten nachgehen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
17	Dem Gefühl entgegengesetzt handeln	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
18	Langfristige Ziele verfolgen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
19	Orientierung auf das Ziel	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
20	Orientierung auf die Beziehung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
21	Orientierung auf die Selbstachtung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
22	Hilfreiche Aussagen bei störenden Gedanken	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
23	Positiv verstärken	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
24	Sich-selbst-Validieren	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
25	Andere validieren	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
26	Dialektisch denken	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
27	Dialektisch handeln	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Legende: X = gemacht, hat nicht gehalten O = gemacht, hat gehalten

Abb. A.1.2. DBT-A-Wochenprotokoll Rückseite

1.2.2 © Deutsche Übersetzung Böhm, Henschel, Meyer-Burns, Schulz (Übersetzung für Psychiatrie und Psychotherapie in Kindes- und Jugendalter des Manuals der Universität Freiburg), 2002.
© Englisches Original: Miller, Neuhoff & Landon (1999).

A2 Notfallkarte

Ich bin ganz im Hier und Jetzt		► Achtsamkeit
Ich vertraue auf mein intuitives Wissen und Verstehen		
Was: Wahrnehmen – Beschreiben – Teilnehmen		
Wie: wertfrei – konzentriert – machen, was funktioniert		
Ich halte Streß aus		► Stresstoleranz
Ich lenke mich ab , z. B. mit Aktivitäten		
Ich beruhige mich mit Hilfe der 5 Sinne		
Ich setze Fantasie ein, begeben mich an meinen Inneren Sicherer Ort		
Ich wäge Pro und Contra ab		
Ich akzeptiere die Realität radikal		
Ich pflege Beziehungen und bekomme, was ich möchte		► Zwischenmenschliche Fertigkeiten
Ich orientiere mich auf das Ziel		
Ich orientiere mich auf die Beziehung		
Ich orientiere mich auf die Selbstachtung		

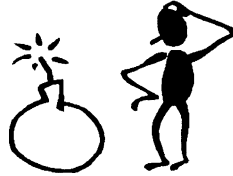
Ich komme mit meinen Gefühlen klar		► Emotionsregulation
Ich nehme meine Gefühle wahr und beschreibe sie		
Ich verringere meine Anfälligkeit für heftige Gefühle		
Ich schaffe positive Erfahrungen		
Ich gehe angenehmen Aktivitäten nach		
Ich handele dem Gefühl entgegengesetzt		
Ich verfolge langfristige Ziele		
Ich halte die Balance		► Walking the Middle Path
Ich verstärke mich und andere positiv		
Ich validiere mich und andere		
Ich handele und denke dialektisch		

© Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Freiburg
 Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. E. Schulz

■ Abb. A2.1. DBT-A-Notfallkarte

A3 Vordruck Verhaltensanalyse

Verhaltensanalyse



1. Problemverhalten

Bitte beschreibe Dein Problemverhalten ganz genau.

Was hast Du gemacht? Wo? Wer außer Dir war dabei? Was geschah mit Gegenständen, die Du verwendet hast?

Beschreibe Dein Problemverhalten so genau, dass eine Schauspieler:in in einem Theaterstück oder Film es nachspielen könnte.

2. Vorausgehende Bedingungen

Welches Ereignis ging dem Beginn des Problemverhaltens voraus?

Was hast Du getan, gedacht, gefühlt oder Dir vorgestellt, bevor das Problemverhalten begann?

Welche Körperempfindungen hast Du wahrgenommen?

Wann begann das Problemverhalten?

Was war Deiner Meinung nach am wichtigsten?

3. Anfälligkeitsfaktoren

Was hat Dich anfällig für das Problemverhalten gemacht?

Berücksichtige folgende Aspekte:

Gestörtes Essen oder Schlafen,

Verletzungen, körperliche Erkrankung,

Gebrauch von Alkohol oder Drogen, Missbrauch von Medikamenten,

stressreiche Ereignisse in Deiner Umgebung,

intensive Gefühle,

eigenes, vorausgehendes Verhalten, das Du belastend fandest.

4. Konsequenzen

Was folgte alles als Konsequenz aus Deinem Problemverhalten?

Dazu gehören Deine eigenen Gefühle, Gedanken, Körperwahrnehmungen und Dein Verhalten.

Wie war dies direkt nach dem Problemverhalten und wie später?

Wie haben andere Personen reagiert?

Welche Wirkung hatte Dein Verhalten auf Deine Umgebung?

5. Lösungsanalyse

Gehe noch einmal Deine Verhaltensanalyse durch. Versuche, die Punkte herauszufinden, wo Du, falls Du anders gehandelt hättest, das Problemverhalten hättest umgehen können.

Welche Fertigkeiten oder welches Bewältigungsverhalten hättest Du anwenden können oder könntest Du nächstes Mal brauchen?

Was hat dieses Mal den Gebrauch der Fertigkeiten verhindert?

Welche Art von Konsequenzen auf das Problemverhalten würde Dir helfen, das Verhalten in Zukunft unter Kontrolle zu bringen?

6. Präventionsstrategien

Wie hättest Du Deine Anfälligkeit für das Problemverhalten verringern können?

Worauf könntest Du in Zukunft achten, um Deine Anfälligkeit zu verringern?

7. Wiedergutmachung / „repair“

Welche Möglichkeiten der Wiedergutmachung (Dir selbst und anderen gegenüber) hast Du?

A4 Abschlusszertifikat zum DBT-A-Programm

■ Abb. 4.1. Abschlusszertifikat zum DBT-A-Programm

A5 Leitfaden für Lehrer – Selbstschädigendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter

Der folgende Leitfaden ist in erster Linie für den Einsatz an weiterführenden Schulen ab der 5. Klasse gedacht und sollte von Interessierten in Verbindung mit den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJPP) zum selbstverletzenden Verhalten aus dem Jahre 2007 gelesen werden. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind im Deutschen Ärzteverlag in der 3. überarbeiteten Auflage 2007 publiziert worden.

■ Was ist selbstschädigendes Verhalten? Wie verbreitet ist es bei Jugendlichen?

Definition

Unter selbstschädigendem Verhalten verstehen wir Verhaltensweisen, wie Sich-Schneiden, Sich-Schlagen, Verschlucken von Objekten, die Einnahme einer Überdosis, Sich-Erhängen, Vor-ein-Fahrzeug-Laufen oder Nach-links-Abbiegen-ohne-zu-Schauen. Insgesamt also sind jegliche Verhaltensweisen gemeint, die mit der Absicht verbunden sind, sich vorsätzlich selbst Schaden zuzufügen, oder die auch nur die Möglichkeit einer Selbstschädigung beinhalten.

Manche Jugendliche, die sich selbst schädigen, haben den ausgeprägten Wunsch, sich das Leben zu nehmen. Jedoch besteht bei vielen Jugendlichen keine Verbindung zwischen selbstschädigendem Verhalten und Suizidgedanken.

Es gibt jedoch auch verschiedene andere Faktoren, die dazu beitragen können, sich selbst zu schädigen.

Am häufigsten sind hierbei:

- der Wunsch, einer unerträglichen Situation oder unerträglichen emotionalen Schmerzen zu entfliehen,
- ein Gefühl der Anspannung zu vermindern,
- Feindseligkeiten gegen sich selbst auszudrücken oder auch
- von anderen mehr Zuwendung zu erhalten.

Wenn beim Jugendlichen die Absicht zu sterben im Rahmen eines selbstschädigenden Verhaltens nicht sehr ausgeprägt ist, kann sich im selbstschädigenden Verhalten auch ein Gefühl der Verzweiflung ausdrücken. Es muss daher immer ernst genommen werden.

Darüber hinaus kommt es auch immer wieder vor, dass Jugendliche durch eine selbstschädigende Handlung sterben, obwohl sie dies nicht beabsichtigt hatten.

Dies geschieht einmal, weil die Jugendlichen die Gefährlichkeit des jeweiligen selbstschädigenden Verhaltens nicht richtig eingeschätzt haben oder weil rechtzeitige Hilfe nicht verfügbar war.

Während der letzten Jahrzehnte hat die Zahl der Jugendlichen, die sich absichtlich selbst verletzen oder schädigen, stark zugenommen. In verschiedenen großen Untersuchungen an Jugendlichen in Deutschland und im europäischen Ausland wurde festgestellt, dass sich etwa 7 % der 15- bis 16-Jährigen (3 % der Jungen und 11 % der Mädchen) im vorangegangenen Jahr selbst geschädigt haben (Hawton et al. 2003; Brunner et al. 2007).

■ Wodurch wird selbstschädigendes Verhalten verursacht?

Wir können heute folgende Risikofaktoren benennen, die Jugendliche für selbstschädigendes Verhalten anfällig machen. Dies gilt vor allem, wenn diese Faktoren in Kombination auftreten:

a) Individuelle Faktoren:

- Depressive Störungen und Angststörungen;
- geringe Fertigkeiten zur Kommunikation und Interaktion;

- niedriges Selbstwertgefühl der Jugendlichen;
- Dissozialität, Impulsivität, Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen.

b) Familiäre Faktoren:

- Unrealistische Erwartungen von Eltern und/oder Jugendlichen, Vernachlässigung oder Misshandlung/Missbrauch (körperlich, sexuell oder emotional);
- Konflikte zwischen den Eltern oder zwischen Eltern und Jugendlichen, psychische Erkrankungen, Selbstschädigungen oder Suizide in der Familie.

c) Allgemeine Faktoren:

- Schwierigkeiten des Jugendlichen, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten, Ablehnung durch Gleichaltrige oder Erfahrung von Mobbing in der Schule (»Bullying«).
- Verfügbarkeit von Drogen, Medikamenten oder anderen Mitteln (»Waffen«) zur Selbstschädigung.

Selbstschädigende Handlungen können durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden:

- Probleme in der Beziehung zur Herkunftsfamilie;
- das Gefühl, vonseiten der Familie, der Schule und/oder der Gleichaltrigen unter Druck gesetzt zu werden, sich anpassen oder mehr Leistung erbringen zu müssen;
- Probleme in Beziehungen zu Gleichaltrigen, z. B. Abbruch von Beziehungen zu anderen der Peergroup;
- Schwierigkeiten in der Schule oder mit der Polizei, besonders belastende äußere Anlässe;
- Berichte über selbstschädigendes Verhalten in den Medien (z. B. Jugendzeitschriften, Darstellung in Fernsehsendungen);
- selbstschädigendes Verhalten der anderen Schüler oder Jugendlichen (Ansteckungseffekt);
- erhebliche traumatische Erlebnisse, z. B. Verlust eines Elternteils, Missbrauch;

- Bullying;
- Belastungen durch anstehende Prüfungen.

■ Signale für selbstschädigendes Verhalten

Im Folgenden sind Veränderungen aufgeführt, die im Verhalten eines Jugendlichen auftreten können und die mit Selbstschädigungen oder anderen psychischen Schwierigkeiten einhergehen können, aber nicht müssen:

- Änderungen der Ess- und Schlafgewohnheiten;
- Rückzug und Isolation von der Peergroup und in der Familie, Veränderungen in der Stimmung und in den gewöhnlichen Aktivitäten;
- Leistungsknick in der Schule;
- Äußerungen oder Andeutungen für selbstverletzende Verhaltensweisen oder Suizid;
- Veränderungen im Gebrauch von Drogen und Alkohol;
- Veränderungen im verbalen oder schriftlichen Ausdruck;
- ein Gefühl des Versagens, der Nutzlosigkeit und der Hoffnungslosigkeit.

■ Beispiele für selbstverletzendes Verhalten

Folgende Beispiele sind häufiger bei Jugendlichen zu finden:

- Sich-Schneiden und -Ritzen;
- Überdosierung von Tabletten oder Drogen;
- Einnahme von gefährlichen Gegenständen oder Substanzen;
- Sich-Verätzen (z. B. Domestos) oder verbrennen;
- Über- oder Underdosierung von notwendigen Medikamenten (z. B. Insulin);
- mit den Händen gegen Gegenstände oder Wände schlagen, sich Quetschen, zum Teil auch nach einem vorherigen Unterkühlen der Extremitäten, den Kopf anschlagen, Haut zupfen, Haare ausreißen;
- erheblicher Alkoholmissbrauch oder Überdosierung;
- Verzicht auf adäquate Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Selbstschädigende Verhaltensweisen können bei Jugendlichen ein vorübergehendes Phänomen sein, das durch vorangegangene Belastung ausgelöst wurde und relativ rasch wieder aufgegeben wird. Es kann sich jedoch auch zu einem länger andauernden Verhaltensmuster stabilisieren, das mit weiteren schweren emotionalen Störungen verbunden ist. Je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto größer ist das Risiko, dass sich die selbstschädigenden Verhaltensweisen protrahieren.

Manchmal sieht man leichtere Formen wiederholter selbstschädigender Verhaltensweisen (z. B. Sich-Kratzen und -Kneifen) – häufiger sogar in einer Gruppe von Gleichaltrigen. In solchen Fällen kann es durchaus hilfreich sein, nicht übertrieben zu reagieren und eine Eskalation zu vermeiden. Zugleich sollte man zu eruieren versuchen, ob sich Anzeichen ernsthafterer Selbstschädigungen ergeben.

■ **Wie selbstständig sich selbstschädigendes Verhalten?**

Wenn sich selbstverletzendes Verhalten und – im Speziellen – Sich-selbst-Schneiden und -Ritzen, einmal als dysfunktionale Verhaltensweise beim Jugendlichen etabliert hat, kann es insgesamt schwierig werden, es zu unterbinden. Die verschiedenen eingesetzten selbstverletzenden Verhaltensweisen können für den Jugendlichen verschiedene Funktionen haben und somit für ihn eine Bewältigungsstrategie darstellen.

Hierbei ist insbesondere an folgende Funktionen zu denken:

- Verminderung von Anspannung und Stress;
- Ventilfunktionen für Ärger und Wut;
- Möglichkeit, von einem Zustand der Gefühlslosigkeit in einen Zustand des Fühlens zu kommen;
- Selbstverletzung als Mittel, sich selbst zu bestrafen;
- Selbstverletzung als Mittel, die Kontrolle über einen unerträglichen Gefühlszustand zurückzubekommen;

- Verhaltensweise, die Zuwendung von verschiedenen Bezugspersonen hervorruft;
- Selbstverletzung quasi als Stammeszeichen, um zu einer Peergroup dazuzugehören;
- Selbstverletzung als Form der Flucht, oder Ablenken von Problemen;
- Selbstverletzung als Alternative zu suizidalen Handlungen.

Wenn Jugendliche sich selbst verletzen, fügen sie sich bewusst oder unbewusst selbst Schmerzen zu. Der Körper der Jugendlichen reagiert darauf, indem er endogene Schmerzmittel (sog. Endorphine) produziert, was vorübergehend neben der schmerzstillenden Wirkung ein Gefühl der Erleichterung und/oder der Beruhigung bewirkt. Es führt bei 10–20 % der Jugendlichen sogar dazu, dass sie sich von diesem endogenen Endorphinschub abhängig fühlen. Diese Jugendlichen, die sich selbst verletzen, empfinden aufgrund der Selbstverletzung durchaus Schmerzen, sie sagen jedoch häufig, diesen körperlichen Schmerz besser ertragen zu können, als den emotionalen Schmerz (■ Abb. A5.1).

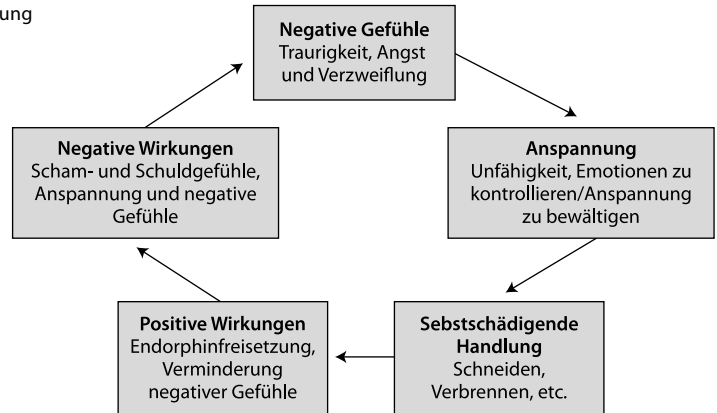
■ **Alternative Bewältigungsstrategien für selbstverletzende Verhaltensweisen**

Um Stress und Anspannung auf eine günstigere/funktionalere Art und Weise bewältigen zu können, kann versucht werden, das selbstverletzende Verhalten (z. B. Schneiden oder Ritzen) durch sichere Handlungen zu ersetzen. Was im Einzelfall beim jeweiligen Jugendlichen funktioniert, hängt von den jeweiligen Ursachen des selbstverletzenden Verhaltens, dessen Funktionen und Folgen ab. Alternative Aktivitäten, bei denen Emotionen und Empfindungen intensiv mit einbezogen werden, können vielen Jugendlichen helfen.

Einfache Beispiele für Bewältigungsstrategien können sein:

- Laute Musik hören;
- Kissen oder andere weiche Objekte schlagen;
- einen Ort aufsuchen, an dem man laut schreien kann;

■ Abb. A5.1. Kreislauf der Selbstverletzung



- mit Freunden oder einer Beratungsstelle telefonieren;
- in Kontakt treten mit Freunden oder einem Familienmitglied;
- einen Brief schreiben, indem man die eigenen Gefühle und die Situation zum Ausdruck bringt, diesen Brief dann jedoch nicht abschickt;
- ein Gedicht über die heftigen Gefühle schreiben oder diese auf andere Art künstlerisch ausdrücken;
- Spaziergehen, Joggen oder irgendeine andere Sportart treiben;
- die Wohnung/das Haus verlassen, einen öffentlichen Ort aufsuchen, wie z. B. einen Film im Kino ansehen, ins Theater gehen;
- ein Buch lesen;
- Tagebuch schreiben;
- verschiedene weitere Fertigkeiten zur Stressregulation einsetzen (z. B. Entspannungsverfahren);
- ein Bad nehmen oder eine Wechseldusche;
- sich um ein Haustier kümmern.

Mittelfristig ist es jedoch unbedingt notwendig, dass die Jugendlichen lernen, die dem selbstverletzenden Verhalten zugrunde liegenden Frustrationen und Gedanken verstehen zu lernen, um dann besser mit ihnen umgehen zu können.

Eine regelmäßige Beratung und/oder eine Therapie bei einem Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychotherapeuten sind hierbei empfehlenswert, wenn die Fertigkeiten des Jugendlichen zur Selbstregulation überfordert sind. In diesem Prozess ist die Unterstützung durch die Familie eine wichtige Ressource, um den Therapieprozess erfolgreich beginnen und durchlaufen zu können.

Bei vielen Jugendlichen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen wird auch die Aufnahme von Gruppenaktivitäten (z. B. Sportverein, kirchliche Jugendgruppen etc.) als ausgesprochen positiv erlebt. In diesem Kontext erhalten sie wieder die Möglichkeit, Freundschaften zu schließen, ihren eigenen Selbstwert zu stabilisieren und sich selbst besser zu akzeptieren.

■ Reaktion der Mitarbeiter einer Schule

Die Mitarbeiter einer Schule können als Reaktion auf selbstschädigende Verhaltensweisen eine Reihe von Gefühlen erleben: Ärger, Traurigkeit, Ungläubigkeit, Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Abscheu und Verachtung.

Alle betroffenen Mitarbeiter sollten die Möglichkeit haben, über die Auswirkungen, die das selbstschädigende Verhalten auf sie persönlich hat, sprechen zu können. Die Art und der Rahmen, in dem diese Thematik besprochen werden kann, können von Schule zu Schule sehr variieren.

Es kann sein, dass Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten und entsprechenden Verletzungen sich beim Sanitätsdienst oder im Sekretariat der Schule melden. Die dortigen Mitarbeiter müssen wissen, dass verschiedene Wunden die Folge von selbstverletzenden Verhaltensweisen sein können. Zudem sollten sie alle zweifelhaften Fälle melden.

■ Reaktionen der Jugendlichen und der Familie

Selbstverletzende Verhaltensweisen bei Jugendlichen haben häufiger auch die Funktion, dass die Jugendlichen Konflikten zuhause aus dem Weg gehen wollen und am liebsten woanders leben würden. Deshalb können selbstverletzende Verhaltensweisen für die Jugendlichen durch eine temporäre Aufnahme in einem Krankenhaus zu einer vorübergehenden »Auszeit« vom familiären Kontext führen. Eine solche »Auszeit« kann auch durch einen Aufenthalt bei Freunden oder Verwandten realisiert werden. Manche Jugendliche wünschen sich, in einer Pflegefamilie oder Wohngruppe untergebracht zu werden, was die Einschaltung des Jugend-

amtes zur Beratung und Umsetzung unabdingbar macht.

Familie und Eltern zweifeln in einer derartigen Phase häufig an ihren Fähigkeiten, mit einer solchen Situation des wiederholten selbstverletzenden Verhaltens umgehen zu können. Eine Fremdplatzierung des Jugendlichen ist insgesamt jedoch langfristig mit vielen Nachteilen verbunden und führt zu einer nochmals erhöhten Vulnerabilität. Aus diesem Grund muss ein solcher Schritt gut überlegt sein und kann nur als Ultima Ratio unterstützt werden. Wünschenswerter ist es, den Jugendlichen und seine Familie professionell darin zu unterstützen, die bestehenden Probleme zu analysieren, zu verstehen und gemeinsam eine Lösung zu finden.

Dies gilt jedoch nicht, wenn ein professioneller Mitarbeiter, z. B. ein Schulpsychologe, davon überzeugt ist, dass ein Jugendlicher in seinem aktuellen Kontext einem erheblichen Risiko ausgesetzt ist, misshandelt oder missbraucht zu werden. In einem solchen Fall muss sofort das Jugendamt zur Unterstützung und Beratung hinzugezogen und der Jugendliche an einem sicheren Ort untergebracht werden.

■ Tipps für Lehrer

Wie können Sie als Lehrer helfen?

Erkennen Sie die Anzeichen für Belastung und Konflikte und versuchen Sie, mit dem Jugendlichen darüber zu sprechen:

1. Soweit Sie es können und sich zutrauen, versuchen Sie, eine Vorstellung der Lebensumstände des Jugendlichen zu entwickeln, mit dem Sie als Lehrer sprechen. Versuchen Sie herauszufinden, welche individuellen Stärken und Schwächen der Jugendliche hat
2. Vielen Jugendlichen ist es wichtig, einen Menschen zu haben, der aufmerksam zu-

hört und nicht bewertet. Diese Person kann ein Lehrer, Sozialarbeiter, Schulpsychologe oder ein Jugendamtsmitarbeiter sein

3. Es ist wichtig, dass jede selbstverletzende Verhaltensweise und jeder Suizidversuch ernst genommen wird. Man sollte jede Erwähnung von suizidalen Gedanken oder von Gedanken an selbstverletzende Verhaltensweisen beachten und den Jugendlichen sorgfältig zuhören.
4. Wenn Sie einen Jugendlichen finden, der sich selbst geschädigt hat, sollten Sie zu-



nächst selbst ruhig bleiben sowie den Jugendlichen beruhigen und den allgemeinen Richtlinien zu Erste-Hilfe-Maßnahmen Folge leisten. Bei einer Überdosierung mit Medikamenten muss auf jeden Fall eine ärztliche Beratung eingeholt werden (Hausarzt oder Notdienst des nächsten Krankenhauses).

5. Nehmen Sie in dieser Situation immer eine nichtbewertende Haltung gegenüber dem Jugendlichen ein. Versuchen Sie, dem Jugendlichen mitzuteilen, dass Sie verstanden haben, dass die selbstschädigende Handlungsweise für ihn in diesem Augenblick wichtig und vermutlich der einzige Ausweg war, und dass Sie ihm jetzt helfen wollen. Erklären Sie ihm, dass Sie jemanden benachrichtigen müssen. Versuchen Sie, mit dem Jugendlichen gemeinsam festzulegen, wer diese Person sein soll
6. Besprechen Sie mit dem Jugendlichen, wie wichtig es ist, dass seine Eltern verständigt werden müssen. Besprechen Sie mit ihm auch möglicherweise damit zusammenhängende Ängste
7. Benachrichtigen Sie grundsätzlich die Eltern/Sorgeberechtigten des Jugendlichen, außer, wenn besondere Gründe vorliegen,

die dagegen sprechen. Besprechen Sie die vorliegende Problematik mit den Eltern. Händigen Sie ihnen evtl. ein Informationsblatt zu selbstverletzendem Verhalten aus und versuchen Sie, den Eltern zu helfen, selbstverletzendes Verhalten so zu verstehen, dass sie sich gegenüber dem Jugendlichen unterstützend und nichtbewertend verhalten können

8. Schlagen Sie den Eltern eine Überweisung an den Hausarzt oder – bei ausgeprägter Symptomatik – auch an den Kinderpsychiater vor. Bitten Sie die Eltern um eine Rückmeldung, sodass die Schule mit dem Jugendlichen weiter an der Problematik arbeiten kann
9. Sorgen Sie dafür, dass die Telefonnummern telefonischer Krisenberatungsstellen und der regional zuständigen Kinderpsychiatrie an Ihrer Schule verfügbar und für die Jugendlichen leicht zugänglich sind
10. Wenn Sie sich um einen Jugendlichen Sorgen machen, informieren Sie bei entsprechenden Gepflogenheiten an Ihrer Schule auch Ihren Vorgesetzten
11. Dokumentieren Sie den jeweiligen Vorfall schriftlich
12. Suchen Sie auch für sich selbst Unterstützung, wenn es notwendig ist

■ **Langfristige Unterstützungen für Jugendliche mit selbstschädigenden Verhaltensweisen**

Je ausgeprägter selbstverletzende Verhaltensweisen sind, umso mehr ist es notwendig, dass der Jugendliche eine professionelle und langfristige Form der Unterstützung erhält. Es ist notwendig, sich hierbei jedoch auch über die Grenzen der Unterstützungsmöglichkeit im Klaren zu sein, und sich selbst nicht zu überfordern. Wenn eine langfristige Unterstützung durch einen Lehrer erfolgt, sollte dieser sich dazu in der Lage fühlen und durch seine Schulleitung unterstützt werden.

■ **Vertraulichkeit**

Für die Jugendlichen stellt Vertraulichkeit einen zentralen Aspekt der Interaktion mit Erwachsenen dar. Die Jugendlichen müssen wissen, dass ein Mitarbeiter der Schule, der als unterstützender Ansprechpartner dient, keine absolute Vertraulichkeit garantieren kann. Wenn Sie denken, dass bei einem Jugendlichen ein erhebliches Risiko besteht, sich selbst oder andere zu verletzen, kann die Vertraulichkeit nicht eingehalten werden. Es ist daher wichtig, dass Sie in Bezug hierauf kein Versprechen abgeben, das Sie nicht einhalten können, auch wenn der Jugendliche

darauf drängt. Wenn dies zu Beginn thematisiert wird, kann der Jugendliche jeweils eine bewusste

Entscheidung treffen, wie viel Informationen er mitteilen möchte.

Wie können Sie helfen?

Arrangieren Sie ein Treffen zu einem Zeitpunkt und an einem Ort, der für beide Seiten angenehm ist.

1. Legen Sie zu Beginn des Treffens den zeitlichen Rahmen fest
2. Stellen Sie sicher, dass der Jugendliche versteht, warum die Vertraulichkeit eingeschränkt ist
3. Ermutigen Sie den Jugendlichen zu besprechen, wie es zu der jeweiligen selbstschädigenden Handlungsweise gekommen ist
4. Denken Sie daran, dass aktives und nichtbewertendes Zuhören einen wesentlichen Teil des Unterstützungsprozesses ausmacht
5. Unterstützen Sie den Jugendlichen darin, Schritte zu unternehmen, die das selbstschädigende Verhalten reduzieren (z. B. dessen Häufigkeit oder das Ausmaß negativer Konsequenzen)
6. Helfen Sie dem Jugendlichen, Ideen zu entwickeln, wie er seine Gefühle auf andere Weise verstehen und ausdrücken kann (z. B. durch Kommunizieren, Schreiben, Sport oder andere funktionale Alternativen)
7. Unterstützen Sie den Jugendlichen generell darin, ein stärkeres Selbstwertgefühl zu entwickeln
8. Unterstützen Sie den Jugendlichen, eine Lösung für seine Probleme zu finden (z. B., wenn er sich selbst nicht mag, suchen Sie gemeinsam, was er an sich mag)
9. Unterstützen Sie den Jugendlichen darin, sein jeweiliges unterstützendes soziales Netzwerk zu erkennen
10. Bieten Sie dem Jugendlichen Informationen über unterstützende professionelle Einrichtungen an
11. Klären Sie den Jugendlichen ausführlich und ausdrücklich darüber auf, wie häufig und über welchen Zeitraum Sie Hilfen und Gespräche anbieten können; d. h., Sie müssen Ihre eigenen Grenzen eindeutig definieren. Aufgrund der eigenen bewussten oder unbewussten Ängste kann man leicht darin verwickelt werden, zuviel Hilfe anzubieten. Der Jugendliche muss insgesamt lernen, die Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen und nicht an Erwachsene zu delegieren

Wenn Sie bei sich feststellen, dass das selbstschädigende Verhalten Sie ärgert und wütend macht, kann es evtl. hilfreich sein, wenn Sie dies gegenüber dem Jugendlichen ehrlich zum Ausdruck bringen. Machen Sie dem Jugendlichen jedoch deutlich, dass Sie mit Ihren eigenen Gefühlen umgehen können und vermeiden Sie es unbedingt, dass sich der Jugendliche beschämt fühlt. Der Jugendliche fühlt sich i. d. R. ohnehin schon niedergeschlagen und hat ein negatives Selbstbild, so dass Ihr Ärger seine negativen Gefühle

noch weiter verstärken kann. Aber auch Ihre Gefühle sind wichtig und müssen in eine dialektische Balance gebracht werden.

➤ **Sie werden für den professionellen Umgang mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen, die Unterstützung Ihrer Kollegen und Ihrer Vorgesetzten benötigen, wenn Sie mit diesen Problemen effektiv umgehen wollen.**

■ Problem der »Ansteckung«

Wenn ein Jugendlicher sich selbst verletzt, ist es wichtig, aufmerksam dafür zu sein, dass sich enge Freunde und Klassenkameraden dieses Jugendlichen möglicherweise ebenfalls selbst verletzen. An manchen Schulen wird entdeckt, dass sich eine ganze Reihe von Schülern aus derselben Peergroup selbst verletzen. Selbstverletzende Verhaltensweisen können innerhalb einer solchen Peergroup zum akzeptierten Mittel gehören, um Stress abzubauen. Zudem kann Sich-selbst-Verletzen zum Identitätsgefühl einer Gruppe gehören. Dieses Phänomen kann einen erheblichen Sog erzeugen und beträchtliche Angst bei allen anderen Beteiligten auslösen.

Im Allgemeinen ist es nicht ratsam, bei Jugendlichen mit selbstschädigendem Verhalten regelmäßige Unterstützung im Rahmen einer

Gruppe anzubieten, die nicht in ein komplexes Therapieprogramm mit Einzeltherapie eingebunden ist.

■ Aspekte der Prävention selbstschädigender Verhaltensweisen

Als wichtiger Bestandteil der Prävention von selbstschädigenden Verhaltensweisen muss das Selbstwertgefühl der Schüler sowie der Aufbau von gesunden Beziehungen zwischen den Gleichaltrigen gefördert werden. In der Schule muss daher im Ganzen eine unterstützende Umgebung gestaltet werden. Dazu gehören wirksame Regeln gegen Mobbing in der Schule sowie eine Methode, Jugendliche mit emotionalen Schwierigkeiten zu identifizieren und in einem adäquaten psychosozialen Netz aufzufangen.

A6 Ratgeber für Eltern/Sorge-berechtigte von Kindern mit selbstschädigendem Verhalten

Es kann für Sie sehr belastend sein, wenn Sie feststellen, dass sich Ihr Kind selbst verletzt.

Als Elternteil/Sorgeberechtigte fühlen Sie sich evtl. wütend, fassungslos oder leiden unter Schuldgefühlen. Diese Reaktionen sind durchaus normal, aber Ihr/-e Jugendlicher/Jugendliche braucht jetzt Ihre Unterstützung.

Es ist wichtig für Ihr Kind, dass Sie trotz der Belastung für sich ruhig bleiben und Ihrem Kind zuhören können. Jugendliche verletzen sich selbst, um unerträgliche Gefühle bewältigen zu können, für deren Regulation sie keinen anderen Ausweg gefunden haben. Ziel ist es nun, gemeinsam mit den Jugendlichen einen besseren/weniger schädlichen Weg zu finden, mit ihren Gefühlen umzugehen.

■ Was ist selbstschädigendes Verhalten?

Definition

Unter selbstschädigendem Verhalten verstehen wir alle Verhaltensweisen mit der Absicht, sich selbst einen Schaden zuzufügen oder das Leben zu beenden (z. B.: Sich-selbst-Schneiden, das Verschlucken von Objekten, das Einnehmen einer Überdosis, das Erhängen oder das Ohne-zu-schauen-vor-ein-Fahrzeug-Laufen).

■ Wie verbreitet ist selbstschädigendes Verhalten?

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl der Jugendlichen, die sich selbst verletzen, stark zugenommen.

In einer größeren Untersuchung in Allgemeinbevölkerungen in Deutschland und Westeuropa wurde festgestellt, dass sich ungefähr 7–10 % der 15- und 16-Jährigen im letzten Jahr selbst geschädigt hat.

■ Welche Funktion hat das selbstschädigende Verhalten?

Manche Jugendlichen, die sich selbst schädigen, möchten sich durch das selbstschädigende Verhalten oder auch unabhängig davon das Leben nehmen. Es sind jedoch häufig viele andere Faktoren, die zu einem selbstschädigenden Verhalten führen, z. B. der Wunsch, Anspannung oder Stress zu reduzieren, anderen gegenüber Feindseligkeit und Ärger auszudrücken, bei einem anderen Menschen Schuldgefühle zu erzeugen, sich selbst zu bestrafen oder von der Umgebung mehr Zuwendung zu erhalten. Auch wenn der Jugendliche nicht geplant hat, sich das Leben durch das selbstschädigende Verhalten zu nehmen, kann das selbstschädigende Verhalten tödliche Folgen haben.

➤ **Selbstschädigendes Verhalten drückt immer ein tiefes Gefühl der Verzweiflung aus und muss immer ernst genommen werden. Es ist nie nur der Versuch, Aufmerksamkeit zu erhalten.**

■ Warum verletzen sich Jugendliche selbst?

Verschiedene Belastungen und Konflikte können selbstverletzende Verhaltensweisen auslösen, doch Auslöser sind vor allem:

- Konflikte in der Familie,
- Beendigung einer Beziehung unter Jugendlichen,
- Stress/Versagen in Prüfungen und
- Bullying in der Schule.

Besonders kritisch ist es, wenn sich mehrere belastende Ereignisse während eines kurzen Zeitraums gleichzeitig ereignen und quasi das Fass zum Überlaufen bringen.

■ **Warum weisen Jugendliche mit psychischen und/oder Verhaltensproblemen oder einem geringen Selbstwertgefühl ein besonders hohes Risiko auf, selbstverletzendes Verhalten zu beginnen?**

Manchmal versuchen Jugendliche, Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen, indem sie beginnen, Alkohol und andere Drogen zu konsumieren. Dies verschlimmert jedoch zumeist mittelfristig ihre gesamte Lebenssituation mit verschiedenen negativen Konsequenzen. Diese Jugendlichen sind besonders gefährdet, zusätzlich ein selbstschädigendes Verhalten zu entwickeln.

➤ **Was können Sie tun, um Jugendlichen zu helfen?**

Seien Sie offen, nehmen Sie sich Zeit zum Zuhören und helfen Sie dem Jugendlichen, andere Möglichkeiten zur Bewältigung seiner Gefühle zu finden. Suchen Sie gemeinsam mit dem Jugendlichen so schnell wie möglich einen richtigen Ansprechpartner, der Ihnen Hilfe vermitteln kann.

Personen, an die Sie sich wenden können, um Hilfe zu bekommen:

Hier sind insbesondere der Hausarzt und verschiedene telefonische Beratungsstellen zu nennen, z. B.:

■ Elterntelefon Tel: 0800/111-0-550

oder

verschiedene Internetberatungsstellen, z. B.

■ www.das-beratungsnetz.de

oder

■ der nächste Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

A7 Beratung und Ansprechpartner

Ihr Ansprechpartner in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Freiburg (KJPP):

Herr PD Dr. Christian Fleischhaker
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (KJPP)
Hauptstr. 8
79104 Freiburg i. Br.
Tel: 0761/270-6873
Fax: 0761/270-6859
e-Mail: christian.fleischhaker@uniklinik-freiburg.de

Telefonseelsorge:

Telefonische Beratung und Hilfe – kostenlos, anonym und rund um die Uhr erreichbar
Tel. 0800/111-0-111 und 0800/111-0-222
www.telefonseelsorge.de

■ **Online-Beratung**

Information und Beratung per e-Mail für alle, die sich Gedanken über das Thema Suizid machen:

Arbeitskreis Leben Freiburg
www.u25-freiburg.de

■ **Telefonische Beratung in Deutschland**

Kinder- und Jugendtelefon:

Die Nummer gegen Kummer. Telefonische Beratung für Kinder- und Jugendliche.
Tel. 0800/111-0-333 (kostenlos)
Montag–Samstag 14:00–20:00 Uhr
www.nummergegenkummer.de

Weitere:

www.kids-hotline.de
Online-Beratung bis 21 Jahre
www.kummernetz.de/jugend
Online-Beratung für Jugendliche

A8 Auszüge aus dem Manual »Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche« (DBT-A)

Info

Grundlagen • 1



Dialektisch-Behaviorale Therapie

Schwierigkeiten (Zu verringernde Verhaltensmuster)	⇒	Fertigkeiten (Zu erlernende Verhaltensmuster)
Identitätsstörung (Du weißt nicht, wie Du Dich fühlst)	⇒	Achtsamkeit
Impulsivität (Du handelst, ohne vorher darüber nachzudenken)	⇒	Stresstoleranz
Emotionale Instabilität (schnelle, intensive Stimmungswechsel ohne viel Kontrolle)	⇒	Umgang mit Gefühlen
Zwischenmenschliche Probleme (Schwierigkeiten, mit anderen klar zu kommen)	⇒	Zwischenmenschliche Fertigkeiten
Jugendlichen- & Familien-Dilemmata (extremes Denken, Fühlen und Handeln; z.B. „Alles- oder Nichts-Denken“)	⇒	Walking the Middle Path



„Wie“ – Fertigkeiten

Bewerte nicht

- ➔ Nimm wahr, aber beurteile nicht
- ➔ Erkenne das Schmerzhafte und das Hilfreiche, aber bewerte es nicht
*Beispiel: Ersetze „Du bist ein Idiot!“
durch
„Ich fühle mich (z.B. traurig, ärgerlich), wenn Du das machst.“*
- ➔ Laß Deine Bewertungen vorbeiziehen

Bleibe konzentriert

- ➔ Beschäftige Dich immer nur mit einer Sache auf einmal
- ➔ Laß Dich nicht ablenken
- ➔ Konzentriere Dich

Mache, was funktioniert

- ➔ Konzentriere Dich auf das, was möglich ist und funktioniert
- ➔ Halte Dich an die Spielregeln
- ➔ Setze so viele Fertigkeiten ein, wie Du kannst
- ➔ Mache, was notwendig ist, um Deine Ziele zu erreichen
- ➔ Laß Rache, sinnlosen Ärger und andere Gefühle, die Dir weh tun und nichts nützen, vorbeiziehen

Arbeitsblatt

Stresstoleranz • 5



Fertigkeiten zur Stresstoleranz: Den Augenblick verbessern

Den Augenblick verbessern durch:

Phantasie	Stelle Dir etwas angenehmes vor, erinnere Dich an schöne Erlebnisse.
Entspannung	Atme tief durch, mache Entspannungsübungen, höre entspannende Musik, nimm ein heißes Bad, verändere Deinen Gesichtsausdruck.
Wegschieben	Schiebe die schmerzhafteste Situation vorübergehend aus Deinem Bewusstsein, stelle Dir z.B. eine Mauer zwischen Dir und der Situation vor.
Vergleichen	Vergleiche Dich mit anderen, denen es schlechter geht.
Sinn geben	Richte Deine Aufmerksamkeit in einer schmerzhaften Situation auf alle positiven Aspekte, die Du finden kannst.
Urlaub	Gönne Dir einen kurzen Urlaub, ziehe Dich gemütlich zurück, mach eine Pause, wenn Du gearbeitet hast, verbringe einen Nachmittag auf einer Decke im Freien.
Ermutigung	Mache Dir selbst Mut, wiederhole „ich kann es aushalten“, „es wird vorübergehen“, „ich werde es schaffen“.
Innerer sicherer Ort	Begib Dich an Deinen inneren sicheren Ort.





Umgang mit Gefühlen



Deine Gefühle unter Kontrolle behalten zu können, ist aus zwei Gründen wichtig:

- **Intensive Gefühle können zu unkontrollierten Handlungen führen**
- **Unkontrollierte Handlungen können ein kurzfristig erfolgreicher Lösungsversuch sein, langfristig zu Schwierigkeiten führen.**

Hilfreiche Strategien sind:



- **Eigene Gefühle besser kennen lernen**
- **Anfälligkeit für heftige Gefühle verringern**
- **Gefühle verändern**

Praktische Übungen

Umgang mit Gefühlen • 2



Wie kannst Du Deine Anfälligkeit für heftige Gefühle verringern?

Bitte kreuze zwei Fertigkeiten an, die Du während der kommenden Woche üben wirst

- ☐ Behandle körperliche Krankheiten
- ☐ Ernähre Dich ausgewogen
- ☐ Vermeide stimmungsverändernde Substanzen
- ☐ Schlafe ausreichend
- ☐ Bewege Dich ausreichend

Beschreibe, wie die Fertigkeiten geholfen haben bzw. nicht geholfen haben, Deine Stimmung zu beeinflussen (schreibe Datum und Zeit auf)

Bitte schreibe auf, was Du während der Woche getan hast, um **Selbstdisziplin** aufzubauen



Was hält Dich davon ab, Deine Ziele zu erreichen?

Mangel an Fertigkeiten

- ➔ Du weißt im Moment nicht, was Du sagen sollst oder wie Du Dich verhalten sollst

Störende Gedanken

- ➔ Du hast die Fertigkeiten, aber störende Gedanken hindern Dich daran, das zu sagen oder zu tun, was Du willst
- ➔ Sorgen wegen unangenehmer Konsequenzen
- ➔ Sorgen darüber, ob Du verdienst, zu bekommen, was Du möchtest
- ➔ Sorgen, nicht effektiv zu sein; Selbstanklagen

Gefühle

- ➔ Du hast die Fertigkeiten, aber Deine Gefühle (Ärger, Angst, Schuld, Traurigkeit) hindern Dich daran, zu tun oder zu sagen, was Du möchtest Anstelle Deiner Fertigkeiten kontrollieren Deine Gefühle, was Du sagst und tust

Unentschlossenheit

- ➔ Du hast die Fertigkeiten, aber Du kannst Dich nicht entscheiden, was Du tust oder was Du möchtest:

*Besispiele: Entweder Du verlangst zu viel oder gar nichts
Entweder Du lehnst alles ab oder Du läßt alles zu*

Umfeld

- ➔ Du hast die Fertigkeiten, aber Dein Umfeld kommt in die Quere:

*Besispiele: Andere haben zu viel Macht
Andere haben möglicherweise Gründe dafür, Dich nicht zu mögen, wenn Du bekommst, was Du willst
Andere geben Dir nur dann, was Du möchtest, wenn Du Dich demütigst*

6. Walking the Middle Path

Arbeitsblatt

Walking the Middle Path • 1



Verhaltenstheorie • 1



Verhalten wird sowohl von Auslösern als auch von Konsequenzen bestimmt!

1. Verstärker

Konsequenzen (Erfahrungen, Handlungen, Gefühle, Gedanken), die dazu führen, dass ein Verhalten in einer bestimmten Situation häufiger auftritt.

Zwei Arten von Verstärkern

- a) Steigern der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch eine „belohnende“ Konsequenz (z. B. Lob, ein Lächeln, eine gute Schulnote, ein Kompliment)
- b) Steigern der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch Entfernen oder Beenden einer unangenehmen Erfahrung (z.B. wirst Du vielleicht eher Dein Zimmer aufräumen, um das Nörgeln Deiner Eltern zu beenden). Das heißt Erleichterung. Du bist erleichtert, dass das Nörgeln aufgehört hat. Oder es ist wahrscheinlicher, eine Schmerztablette einzunehmen, wenn Kopfschmerzen dadurch aufhören. Oder es ist wahrscheinlicher sich zu verletzen, wenn es negative Gefühle beendet (kurzfristig!).

Denke immer auch an Selbst-Verstärker (Selbstbelohnungen).

2. Löschung

Abnahme der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch Wegnahme eines Verstärkers.

Achtung: Löschen eines Verhaltens kann zu einer vorübergehenden Zunahme des Verhaltens führen, das Du löschen möchtest.



Validierung 1

Was ist Validierung?

- ➔ Validierung teilt jemandem mit, dass seine Reaktionen (Gefühle, Gedanken, Handlungen) Sinn machen und für Dich in einer bestimmten Situation nachvollziehbar sind

Warum solltest Du Dich um Validierung kümmern?

- ➔ Es zeigt, dass Du zuhörst
- ➔ Es zeigt, dass Du verstehst
- ➔ Es teilt Verständnis auf eine wertfreie Art und Weise mit
- ➔ Es ist gut für Beziehungen
- ➔ Es kann die Intensität von Konflikten verringern



Was solltest Du validieren?

- ➔ Dich selbst, andere, Beziehungen
- ➔ Gefühle und Gedanken („in“ einer Person), die valide sind (und für andere in derselben Situation Sinn machen)
- ➔ Verhalten (Handlungen), die valide sind (für andere Sinn machen)



Dialektik 1

Was ist Dialektik? Wofür soll das gut sein?

1. Dialektik ist eine hilfreiche Art, die Welt zu betrachten

- ➔ Dialektik lehrt uns, dass es immer mehr als eine Art gibt, eine Situation zu sehen und dass es immer mehr als eine Art gibt, ein Problem zu lösen
- ➔ Dialektik geht davon aus, dass alle Menschen einzigartige Fähigkeiten und unterschiedliche Einstellungen haben
- ➔ Dialektik betont, wie wichtig es ist, die Welt nicht in absoluten Größen – schwarz oder weiß / alles oder nichts – zu betrachten
- ➔ Dialektik zeigt uns, dass nur Veränderung konstant ist



2. Dialektik hilft Dir, Deinen Goldenen Mittelweg zu finden

- ➔ Zwei Dinge, die wie Gegensätze scheinen, können beide wahr sein

Beispiel: Du machst es so gut, wie Du kannst (Akzeptanz) **und** Du mußt Dich mehr anstrengen und stärker motiviert sein, um Dich zu verändern (Veränderung)

Beispiel: Du bist hart **und** Du bist weich

Eigenes Beispiel: _____ **und** _____

Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 245–515
- Andresen B (2006) Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP): dimensionale Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10, 1. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Angleitner A, Ostendorf F (1994) Temperament and the big-five factors of personality. In: Halverson CF, Kohnstamm GA, Martin RP (eds) *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Erlbaum, Lawrence, Hillsdale, N. J.
- Asendorpf JB (2002) The puzzle of personality types. *Eur J Pers* 16: 1–5
- Bateman A, Fonagy P (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36–42
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS et al. (2000) Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 157: 2011–2016
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS et al. (2001) Applicability of personality disorder criteria in late adolescence: internal consistency and criterion overlap 2 years after psychiatric hospitalization. *J Personal Disord* 15: 255–262
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS et al. (2002) Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry* 159: 2042–2047
- Bellino S, Paradiso E, Bogetto F (2006) Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *J Clin Psychiatry* 67: 1042–1046
- Bernstein DP, Cohen P, Velez CN et al. (1993) Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry* 150: 1237–1243
- Binding K, Hoche A (1920) *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*, 1. Aufl. Meiner, Leipzig
- Bleiberg E (1994) Borderline disorders in children and adolescents: the concept, the diagnosis, and the controversies. *Bull Menninger Clin* 58: 169–196
- Bohus M, Berger M (1996) Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 67: 911–923
- Bohus M, Haaf B, Simms T et al. (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42: 487–499
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C et al. (2000a) Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behav Res Ther* 38: 875–887
- Bohus M, Limberger M, Ebner U et al. (2000b) Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res* 95: 251–260
- Bohus M, Limberger MF, Frank U et al. (2001) Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51: 201–211
- Borkenau P, Ostendorf F (2008) NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Bowlby J (1969) *Attachment and loss*, vol. 1: Attachment. Basic Books, New York
- Böhme R, Fleischhaker C, Mayer-Bruns F et al. (2002) *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – Therapiemanual*. Universitätsklinikum Freiburg; Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Freiburg
- Braun-Scharm H, Poustka F (2003) Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hrsg) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*, 2. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 383–395
- Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM (2002) Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 111: 198–202
- Brunner R, Ceumern-Lindenstjerna IA, Renneberg B et al. (2003) Borderline Persönlichkeitsstörung im Jugendalter: Klinische und Klassifikatorische Probleme der Diagnosesicherung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 24: 365–381
- Brunner R, Parzer P, Haffner J et al. (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161: 641–649
- Brunner R, Henze R, Parzer P et al. (2009) Hirnstrukturelle Untersuchung bei jugendlichen Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mittels Voxel-basierter Morphometrie (VBM). In: Schulte-Markwort M (Hrsg) *Psychosomatik – Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Fach: XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, Hamburg, 4.–7. März 2009, Abstracts. Med. Wiss. Verl.-Ges., Berlin
- Caspi A (2000) The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol* 78: 158–172
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL et al. (1996) Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1033–1039
- Chabrol H, Montovany A, Chouicha K et al. (2001) Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Can J Psychiatry* 46: 847–849
- Chanan AM, Velakoulis D, Carison K et al. (2008) Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatr Res Neuroimaging* 163: 116–125

- Chengappa KN, Ebeling T, Kang JS et al. (1999) Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 60: 477–484
- Cicchetti D, Ganiban J, Barnett D (1991) Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In: Garber J, Dodge KA (eds) *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge University Press, New York, pp 15–48
- Clarkin JF, Widiger TA, Frances A et al. (1983) Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 92: 263–275
- Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF (1999) *Psychotherapy of Borderline-Personality*. Wiley, New York
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al. (2004) The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Personal Disord* 18: 52–72
- Coolidge FL, Thede LL, Jang KL (2001) Heritability of personality disorders in childhood: a preliminary investigation. *J Pers Disord* 15: 33–40
- Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF (1993) Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *Am J Psychiatry* 150: 1843–1848
- Costa PT, McCrea RR (1992) The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Pers Disord* 6: 643–359
- Delmo C, Weiffenbach O, Gabriel M et al. (2000) Diagnostisches Interview - Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), 5. Aufl. der deutschen Forschungsversion. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Frankfurt am Main
- Döpfner M (1998) YSR – Youth Self Report, 2. Aufl. Arbeitsgruppe für Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik, Universität Köln, Köln
- Döpfner M, Plüsch J, Böhle S et al. (1998) Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Arbeitsgruppe für Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD), Universität Köln
- Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al. (2003) Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 54: 1284–1293
- Driessen M, Beblo T, Mertens M et al. (2004) Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 55: 603–611
- Dupre E (1925) *La doctrine des constitutions*. In: *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Payot, Paris
- Eisenberg N, Spinrad TL (2004) Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Dev* 75: 334–339
- Eisenberg N, Spinrad TL, Cumberland AJ (1998) The socialisation of emotion: Reply to commentaries. *Psychological Inquiry* 9: 317–333
- Eisenberg N, Zhou Q, Losoya SH et al. (2003) The relations of parenting, effortful control, and ego control to children's emotional expressivity. *Child Dev* 74: 875–895
- Emminghaus H (1976) *Die psychischen Störungen des Kindesalters*. Nachdruck des Originals von 1887. Arno Press, New York
- Esquirol E (1838) *Die Geisteskrankheiten in Beziehung zu Medizin und Staatsarzneikunde*, 1. Aufl. Vossische Buchhandlung, Berlin
- Etevenon P, Peron-Magnan P, Rioux P et al. (1981) Schizophrenia assessed by computerized EEG. *Adv Biol Psychiat* 6: 29–34
- Evans K, Tyrer P, Catalan J et al. (1999) Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med* 29: 19–25
- Eysenck HJ (1970) *The Structure of human personality*, 3rd edn. Methuen, London
- Eysenck HJ (1987) The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *J Pers Disord* 1: 211–219
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (2001) *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)*, 7. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Favazza AR (1998) The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 186: 259–268
- Favazza AR, Rosenthal RJ (1993) Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 44: 134–140
- Fehon DC, Becker DF, Grilo CM et al. (1997) Diagnostic comorbidity in hospitalized adolescents with conduct disorder. *Compr Psychiatry* 38: 141–145
- Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B et al. (2005) Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung – Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adolescente (DBT-A). *Kindheit & Entwicklung* 14: 112–127
- Fleischhaker C, Munz M, Böhme R et al. (2006) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adolescente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patienten mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 34: 15–27
- Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B et al. (2009) Dialectical behavioural therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal, parasuicidal and self-injurious behaviour and borderline symptoms with a 1-year follow-up. Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University Clinic, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- Foelsch PA, Odom AE, Schmeck K et al. (2008) Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion - Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 12: 153–162

- Fonagy P, Target M (1996) Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal* 77 (Pt 2): 217–233
- Frances A, Fyer M, Clarkin J (1986) Personality and suicide. *Ann NY Acad Sci* 487: 281–293
- Franke GH (2002) Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R): deutsche Version/Gabriele Helga Franke, 2. Aufl. Beltz-Test, Göttingen
- Fritsch S, Donaldson D, Spirito A et al. (2000) Personality characteristics of adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev* 30: 219–235
- Garnet KE, Levy KN, Mattanah JJ et al. (1994) Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *Am J Psychiatry* 151: 1380–1382
- Griengl H, Sendera A, Dantendorfer K (2001) Naltrexone as a treatment of self-injurious behavior – a case report. *Acta Psychiatr Scand* 103: 234–236
- Gunderson JG (1984) Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC
- Gunderson JG (1990) Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom (DIB) – Dt. Bearbeitung von H. Pütterich, 2. Aufl. Beltz, Weinheim
- Hawton K, Houston K, Haw C et al. (2003) Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 160: 1494–1500
- Helander A, Carlsson S (1996) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase levels during disulfiram therapy. *Alcohol Clin Exp Res* 20: 1202–1205
- Herpertz-Dahlmann S (2003) Temperament und Persönlichkeit. In: Schneider F (Hrsg) *Entwicklungen der Psychiatrie – Symposium anlässlich des 60. Geburtstages von Henning Saß*. Springer Berlin Heidelberg New York Tokio, S 231–238
- Herpertz S, Sass H, Favazza A (1997) Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res* 31: 451–465
- Horesh N, Orbach I, Gothelf D et al. (2003) Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *J Nerv Ment Dis* 191: 582–588
- Jerschke S, Meixner K, Richter H et al. (1998) [The treatment history of patients with borderline personality disorder in the Republic of Germany]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 66: 545–552
- Juengling FD, Schmahl C, Hesslinger B et al. (2003) Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 37: 109–115
- Kagan J, Zentner M (1996) Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harv Rev Psychiatry* 3: 341–350
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1987) The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev* 58: 1459–1473
- Kapfhammer HP (2003) Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen*. Thieme, Stuttgart, S 152–164
- Kasen S, Cohen P, Skodol AE et al. (1999) Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry* 156: 1529–1535
- Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S et al. (2004) Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 276–282
- Kernberg OF (1996) A psychoanalytical theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF (eds) *Major theories of personality disorder*. Guilford, New York
- Koerner K, Miller AL, Wagner AW (1998) Dialectical behavior therapy: Part I. Principle-based Intervention for patients with multiple problems. *J Prac Psychiatr Behav Health* 4(1): 28–36
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL et al. (2001) Efficacy of dialectical bTherapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 32: 371–390
- Kraepelin E (1909) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8. Aufl. Barth, Leipzig
- Krischer M, Sevecke K, Dopfner M et al. (2006) Persönlichkeitsstörungsmerkmale im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, methodische Ansätze und empirische Ergebnisse. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 34: 87–99
- Kuhl J, Kazen M (1997) *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)*. Hogrefe, Göttingen
- Kutcher S, Papatheodorou G, Reiter S et al. (1995) The successful pharmacological treatment of adolescents and young adults with borderline personality disorder: a preliminary open trial of flupenthixol. *J Psychiatry Neurosci* 20: 113–118
- Leichsenring F (1997) *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*. Hogrefe, Göttingen
- Levy KN, Becker DF, Grilo CM et al. (1999) Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry* 156: 1522–1528
- Libal G, Plener PL, Ludolph AG et al. (2005) Ziprasidone as a weight-neutral alternative in the treatment of self-injurious behavior in adolescent females. *Child Adolesc Psychopharmacol News* 10: 1–6
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453–461
- Linehan MM (1993a) *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York
- Linehan MM (1993b) *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press, New York
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060–1064
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993) Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 50: 971–974
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL et al. (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 151: 1771–1776
- Linehan MM, Schmidt H, Ill, Dimeff LA et al. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 8: 279–292

- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK et al. (2002) Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 67: 13–26
- Links PS, Gould B, Ratnayake R (2003) Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 48: 301–310
- Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA (1998) Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 55: 941–948
- Lofgren DP, Bemporad J, King J et al. (1991) A prospective follow-up study of so-called borderline children. *Am J Psychiatry* 148: 1541–1547
- Loranger AW (1996) International personality disorder examination (IPDE): ICD-10 Modul [deutschsprachige Ausgabe von Mombour W], 1. Aufl. Huber, Bern
- Ludaesch P, Bohus M, Lieb K et al. (2007) Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 149: 291–296
- Madge N, Hewitt A, Hawton K et al. (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 49: 667–677
- Magnan M, Legrain M (1895) Les dégénérés; état mental et syndromes épisodiques. Rueff, Paris
- Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC et al. (1991) Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry* 148: 1064–1067
- Mattanah JJ, Becker DF, Levy KN et al. (1995) Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *Am J Psychiatry* 152: 889–894
- Maudsley H (1874) Responsibility in mental disease. King, London
- Meijer M, Goedhart AW, Treffers PD (1998) The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *J Personal Disord* 12: 13–22
- Miller AL (1999) Dialectical behavior therapy: a new treatment approach for suicidal adolescents. *Am J Psychother* 53: 413–417
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM (1997) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Prac Psychiat Behav Health* 3(2): 78–86
- Miller AL, Koerner K, Kanter J (1998) Dialectical behavior therapy: Part II. clinical application of DBT for patients with multiple problems. *J Pract Psychiatr Behav Health* 4: 84–101
- Miller AL, Glinski J, Woodberry KA et al. (2002) Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *Am J Psychother* 56: 568–584
- Montgomery SA, Roy D, Montgomery DB (1983) The prevention of recurrent suicidal acts. *Br J Clin Pharmacol* 15 (Suppl 2): 183S–188S
- Morel BA (1857) *Traite des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine et des causes qui produisent ces varietes malades*. Bailliere, Paris
- New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS et al. (2007) Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology* 32: 1629–1640
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical Guideline 16; Juli 2004; Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health; (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG16Full-Guideline.pdf> zuletzt geprüft am 08.01.2010). National Institute for Clinical Excellence (NICE), London
- Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL et al. (2002) Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 59–66
- Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S (2002) Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 1333–1341
- Ostendorf F, Angleitner A (2004) NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae (NEO-PI-R). Hogrefe, Göttingen
- Peters UH (1990) *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*, 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
- Pinel P (1809) *Traite medico-philosophique sur l'alienation mentale*, 2. edn. Brosson, Paris
- Power TG (2005) Stress and coping in childhood: The parent's role. *Parenting: Science and Practice* 4: 271–317
- Prichard JC (1835) *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Gilbert and Piper, London
- Rathus JH, Miller AL (2000) DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognit Behav Pract* 7: 425–434
- Rathus JH, Miller AL (2002) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 32: 146–157
- Remschmidt H (1978) Die Psychopathie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 6: 280–301
- Remschmidt H (1992) Sogenannte Adoleszentenkrisen. In: Remschmidt H (Hrsg) *Psychiatrie der Adoleszenz*. Thieme, Stuttgart, S 278–283
- Resch F (2001) Der Körper als Instrument zur Bewältigung seelischer Krisen: Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. *Dtsch Arztebl* 98: A2266–A2271
- Roberts BW, DelVecchio WF (2000) The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychol Bull* 126: 3–25
- Rocca P, Marchiari L, Cocuzza E et al. (2002) Treatment of borderline personality disorder with risperidone. *J Clin Psychiatry* 63: 241–244
- Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE (1996) Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 57: 233–237
- Rothbart MK, Bates JE (1998) Temperament. In: Damon W, Eisenberg N (eds) *Handbook of child psychology*, vol. 3. Social, emotional and personality development, 5th edn. Wiley, New York, pp 105–176

- Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S et al. (1994) Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 508–517
- Rusch N, Weber M, Il'yasov KA et al. (2007) Inferior frontal white matter microstructure and patterns of psychopathology in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroimage* 35: 738–747
- Rush B (1962) Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind, vol. 15. Hafner, New York
- Saß H (1987) Psychopathie, Soziopathie, Dissozialität. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Schmahl C, Bohus M, Esposito F et al. (2006) Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63: 659–667
- Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM et al. (2004) A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 55: 759–765
- Schneider F (2006) Entwicklungen der Psychiatrie – Symposium anlässlich des 60. Geburtstages von Henning Saß. Springer Berlin Heidelberg New York Tokio
- Schneider K (1923) Die psychopathischen Persönlichkeiten. In: Aschaffenburg G (Hrsg) Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Leipzig
- Schneider S, Margraf J (2006) DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Schulz E (2000) Selbstverletzung und suizidales Verhalten. In: Remschmidt H (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine praktische Einführung, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 307–312
- Seitz W, Rausche A (2004) Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahre (PFK 9-14), 4. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Soloff PH, Cornelius J, George A et al. (1993) Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 50: 377–385
- Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM (2002) Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 16: 201–214
- Soloff PH, Meltzer CC, Becker C et al. (2003) Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 123: 153–163
- Sonne S, Rubey R, Brady K et al. (1996) Naltrexone treatment of self-injurious thoughts and behaviours. *J Ment Dis* 184: 192–195
- Spiel W, Spiel G (1987) Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. In: Spiel W, Spiel G (Hrsg) Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Reinhardt, München, S 261–277
- Stieltjes B, Lutz K, Henze R et al. (2009) Konnektivität frontolimbischer Hirnstrukturen bei jugendlichen Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung: Methodik und Ergebnisse. In: Schulte-Markwort M (Hrsg) Psychosomatik – Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Fach: XXXI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Hamburg, 4.–7. März 2009, Abstracts. Med. Wiss. Verl.-Ges., Berlin
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM (2001) Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 69: 1061–1065
- Thomas A, Chess S (1980) Temperament und Entwicklung: über die Entstehung des Individuellen. Enke, Stuttgart
- Thompson RA (1994) Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev* 59: 25–52
- Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al. (2000) A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41: 416–425
- Trupin EW, Stewart DG, Beach B et al. (2002) Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child Adolesc Ment Health* 7: 121–127
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW et al. (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 182: 135–140
- Verkes RJ, Van der Mast RC, Hengeveld MW et al. (1998) Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *Am J Psychiatry* 155: 543–547
- Vrhovac B, Vrhovac R (1995) Područje Lijekova U 1994. Godini The Drug Field in the year 1994. *Pharmaca* 33: 1–34
- Welch SS, Linehan MM (2002) High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 16: 561–569
- Whittle S, Chanen AM, Fornito A et al. (2009) Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatr Res Neuroimaging* 172: 155–160
- Widiger TA, Costa PT Jr (1994) Personality and personality disorders. *J Abnorm Psychol* 103: 78–91
- Widiger TA, Simonsen E (2005) Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 19: 110–130
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: SKID-I und SKID-II; eine dt.-spr., erw. Bearb. der amerikan. Originalversion des SCID. Hogrefe, Göttingen
- Woodberry KA, Miller AL, Glinski J et al. (2002) Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A theoretical review. *Am J Psychother* 56: 585–602
- Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU (1998) Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 248: 87–95
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005) Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Jungfermann, Paderborn
- Zanarini MC, Frankenburg FR (2001) Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 62: 849–854
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. (1998a) Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155: 1733–1739

- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. (1998b) Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 39: 296–302
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al. (1997) Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154: 1101–1106
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. (2004) Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 65: 28–36

Stichwortverzeichnis

A

abnorme Persönlichkeiten 2, 3
 abnorme psychosoziale Umstände 31
 Achse-I-Störungen 12, 90
 Achtsamkeit 68, 73
 adjektivischer Ansatz 16
 Adoleszentenkrise 31, 40
 Adoptionsstudie 22
 affektive Funktionen 2
 affektive Instabilität 23, 90
 affektive Labilität 87
 affektive Symptome 80
 Affektivität 9
 Affektmodulation 4
 Agenda 72
 Aggressivität 81
 Amygdala 24, 25, 27
 Anfälligkeitsfaktoren 71
 Ängstlichkeit 23
 Anorexia nervosa 55
 Antagonismus 18
 Antidepressiva 81
 antisoziales Verhalten 3
 Arousal 45
 ätiologische Sicht 2
 atypische Neuroleptika 80, 84, 86
 Authentizität 61

B

basale Persönlichkeitsdimension 22
 Bedürfnisbefriedigung 9
 Benzodiazepine 81
 Beziehungsgestaltung 60
 Big Five 16, 33, 36, 37
 Bindungsforschung 19
 Bindungsorganisation 19
 Bindungsstörung 19
 Bindungsunsicherheit 23
 Binge eating disorder 76
 biologische Forschung 22
 biopsychosoziale Theorie 64
 biosoziale Theorie 74
 Borderline-Persönlichkeitsorganisation 18
 Borderline-Persönlichkeitsstörung, DSM-IV-Kriterien 12
 BPI (Borderline-Persönlichkeitsinventar) 34
 BSL (Borderline-Symptom-Liste) 34
 Bulimia nervosa 55
 Bullying 108
 Burn-out 68

C

Carbamazepin 81
 CBCL (Child Behaviour Check List) 31
 Charakter 13, 14, 15
 Commitment 68
 Compliance 18, 70, 80, 81, 88
 Corpus callosum 27

D

DBT 75
 DBT-A 64, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 76
 DBT-A-Notfallkarte 101
 DBT-A-Wochenprotokoll 99
 Degenerationslehre 3
 Denkstörung 4
 Depersonalisationserscheinungen 30, 40, 49
 Derealisation 49
 Déséquilibre mentale 2
 deskriptiver Ansatz 22
 DGKJPP (Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie) 107
 Diagnostikinstrumente 10
 dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) V, 58, 64
 dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) 64, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 76
 dialektische Dilemmata 65
 dialektische Strategie 70
 DIB (Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom) 34
 DIB-R 34
 differenzialdiagnostisch 31, 39
 dimensionale Diagnostik 35
 dimensionaler Faktor 23
 DIPS (Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen) 31
 Dissozialität 3
 dissoziative Symptome 3, 30, 80, 85
 Doctrine des constitutions 2
 Drogenmissbrauch 76
 DSM-III 13
 DSM-IV 8, 9, 12, 66, 77
 DSM-IV-Kriterien 54, 64, 94
 DSM-V 18
 Dunedin-Studie 15

E

Echtheit 61
 Einzeltherapie 69, 71, 79

emotionale Dysregulation 23, 64
 emotionale Instabilität 2, 74, 81, 94
 emotionale Stabilität 14
 Emotionsregulation V, 47, 64, 65, 68, 73, 74
 Emotionsregulationsstörung 22, 30, 50, 88
 Empathie 62
 Entwicklungspsychopathologie 4
 Epidemiologie 11
 Ethnizität 61
 Expositionsübung 70
 Expositionsverfahren 73
 Externalisierung 18
 Extraversion 16, 18, 33
 extroversive Störung 16

F

Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe 73
 Familiendilemmata 68, 74
 Fertigkeitentraining 73
 Fertigkeitentrainingsgruppe 77
 fMRT (funktionelle Magnetresonanztomografie) 24
 FPI-R (Freiburger Persönlichkeits-Inventar Revidierte Fassung) 33
 Freud
 – Es 18
 – Ich 18
 – Über-Ich 18, 19
 frontaler Kortex 27
 funktionelle Bildgebung 94
 funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) 26

G

GAF-Score 52
 Generationslehre 2
 Genetik 22
 Genpolymorphismus 23
 Geschlechtsidentität 61
 Gruppentherapie 73, 74

H

Hippokampus 25, 26
 hyperkinetische Störung 31, 32

I

ICD-10 8, 9, 10, 12
 – multiaxiales Klassifikationssystem (MAS) 30
 Identität 61
 Identitätsdiffusion 20, 59, 61
 Identitätsintegration 20
 Identitätskrisen 30, 40, 61
 Identitätsproblem 23
 Identitätsstörung 68
 IKP (Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen) 34, 36
 IKP-Eg 36
 Impulsdurchbruch 30
 Impulsivität 15, 22, 51, 56, 68, 74, 87, 90, 108
 Impulskontrolle 4, 9, 14, 48
 Impulskontrollstörungen 80
 innere Präferenzen 48
 Intelligenzdiagnostik 31
 Internalisierung 18
 interpersonelle Beziehung 61
 interpersonelle Probleme 74
 Introversion 16, 18
 introversive Störungen 16
 invalidierendes Umfeld 64
 IPDE (International Personality Disorder Examination) 34, 38, 39
 Irritabilität 14

K

kategoriale Diagnose 12
 kategoriale Diagnoseinstrumente 11
 kindliche Emotionsregulation 45
 Klassifikationssystem 4
 Kognitionen 4, 9
 Kognitionsstörung 4
 kognitiv-behaviorale Lerntheorie V
 kognitiv-behaviorales Modell 22
 kognitive Beeinträchtigung 2
 kognitive Dysregulation 23
 kognitive Fähigkeiten 15
 kognitive Umstrukturierung 70, 73
 Komorbidität 32
 Konstitutionstypologischer Entwurf 3
 Kontingenzmanagement 70
 Krankheitsverlauf 92
 Krisenmanagement 60

L

Lamotrigin 81
 Lebensqualität 71
 Lehre von den Degenerationen 2
 Life Problems Inventory (LPI) 77
 Lösungsanalyse 71

M

MACT (Manual-Assisted Cognitive-Behavior Therapy) 78
 Major Self-Mutilation 55
 maladaptative Persönlichkeitsmuster 12
 Mandelkern ► Amygdala
 Manie sans délire 2
 manualisierte kognitiv-behaviorale Therapie ► MACT
 Mental Health Act 3
 mentalisierungsgestützte Therapie (MBT) 58
 MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) 33
 Mobbing 108
 Moderate Self-Mutilation 55
 molekularbiologische Untersuchung 23
 Moral alienation mind 2
 Moral insanity 2
 Motivationsförderung 65, 72

N

Narzismus 20
 negative Emotionalität 14
 NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar) 33, 36, 37
 NEO-PI (NEO Personality Inventory) 36
 Neugierverhalten 23
 neurobehaviorales Modell V
 Neurobiologie 25
 neurobiologische Faktoren V
 neurobiologischer Reifungsprozess 22
 Neuroleptika 81, 84, 87
 Neurophysiologie 25
 Neuropsychologie 94
 Neurose 3
 Neurotizismus 16, 33
 Neurotransmittersystem 27
 NICE (National Institute for Clinical Excellence) 53

O

Objektbeziehung 4, 18, 22, 60, 63
 Off-Label-Gebrauch 80, 86
 Omega-3-Fettsäuren 81

P

Paartherapie 63
 parasuizidal 64
 parasuizidale Verhaltensweisen 55, 56, 64
 Persönlichkeit 13, 15
 Persönlichkeits-System-Interaktionen 35
 Persönlichkeitsakzentuierung 36
 Persönlichkeitsdiagnostik 33
 Persönlichkeitsentwicklungsstörungen 19
 Persönlichkeitsfaktoren, bipolare 16
 Persönlichkeitsfragebogen 33
 Persönlichkeitskonzepte, dimensionale 16, 44
 Persönlichkeitsmerkmale, Stabilität von 15, 44
 Persönlichkeitsstörung
 – abhängige 8
 – anankastische 8
 – ängstlich-vemeidende 8
 – antisoziale 8, 15, 32, 52
 – dependente 32
 – dissoziale 8
 – emotional instabile 8, 10, 48
 – histrionische 8
 – narzistische 8, 52
 – paranoide 5, 8, 32
 – passiv-aggressive 8, 32
 – schizoide 5, 8, 32, 52
 – schizotype 52
 – schizotypische 8
 – selbstunsichere 8
 – vermeidend-unsichere 32, 52
 – zwanghafte 8
 Persönlichkeitsstörung, emotional instabile
 – Borderline-Typus 10
 – impulsiver Typus 10
 Persönlichkeitsstörungen, Konzepte von 16
 PFK 914 (Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren) 34
 Pharmakotherapie 79, 90
 PKF 914 (Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 914 Jahren) 37

Positronenemissionstomografie (PET) 26
 posttraumatische Belastungsstörung 41, 54, 94
 posttraumatische Belastungssymptome 94
 präfrontaler Kortex 25, 26, 27
 Prävalenz 11
 Präventionsstrategie 71
 Problemlösetechniken 73
 projektive Identifikation 60
 PSSI (Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar) 34, 35
 Psychoanalyse 4
 psychoanalytische Charakterkunde 3
 psychoanalytische Sicht 18
 psychoanalytisches Konzept 4
 psychodynamische Konzepte 17, 18
 Psychoedukation 62, 73
 psychologische Diagnostik 33
 Psychoneurose 4
 psychopathic disorder 3
 Psychopathie 3, 11, 14, 15
 Psychopathiekonzeptionen 3
 psychopathische Minderwertigkeiten 3
 Psychopathologie 2, 11
 Psychopharmaka 79, 80, 84, 85, 86, 88
 psychopharmakologische Behandlung 86, 90
 Psychose 3, 31
 psychosoziale Beeinträchtigung 22
 psychosoziale Belastung 22
 psychotisch 59
 psychotisches Erleben 41
 psychotische Störung 32
 psychotische Symptome 80, 84

R

Ressourcenaktivierung 65

S

sensation-seeking 16
 schemafokussierte Therapie (SFT) 58
 Schizophrenia simplex 5
 Schizotyp Störungen (F21) 5
 SCL-90-R 31, 77
 Sekundärprävention 95
 Selbstbeurteilungsfragebögen 33
 Selbstkonzept 15, 62
 selbstschädigendes Verhalten 53, 58, 109
 selbstverletzendes Verhalten 53
 Selbstverletzung 10

Selbstwert 61
 selektiver Serotoninnoradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI) 81
 Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) 81, 84, 86, 88
 sexueller Missbrauch 22
 Shaping 74
 SKID-I (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) 31, 52
 SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) 34, 36, 37, 39, 52
 SNAP (Successful Negotiation Acting Positively) 78
 soziales Kompetenztraining 74
 Sozialisierung 47
 Sozialverhalten, Störung des 31, 32, 55
 Soziopathie 3, 13, 14
 Spaltung 59
 SSRI 81, 84, 86, 88
 stabile Instabilität 19
 Stereotypic Self-Mutilation 55
 Stimmungsstabilisierer 81, 84, 88
 Stimmungswechsel, unkontrolliert 68
 störungsspezifische Diagnostik 58
 Stresstoleranz 68, 73
 Substanzmissbrauch 10, 54, 55
 Suizidalität 54, 55, 60, 64, 77, 90

T

TAU (Treatment as usual) 76
 technische Neutralität 60
 Teilleistungsstörung 31
 Temperament 13, 15
 Temperamentsmerkmale 13, 45
 Test-Retest-Reliabilität 12
 TFP 60, 61, 63
 TFP für Adoleszente (TFP-A) 61, 62
 thalamo-amygdalo-kortikaler Regelkreis 27
 therapeutische Beziehung 60
 Therapiekonzepte 58
 therapieschädigendes Verhalten 60
 Therapieziel 71
 Transference Focused Psychotherapy (TFP) 58, 59, 95
 Trauma 22
 Treatment as Usual (TAU) 75

U

Übertragung 60
 übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie 58
 Ursachen, endogen 2

V

Validierungsstrategie 70
 Valproinsäure 81
 Verhalten, antisoziales 23
 Verhaltensanalyse 71, 103
 Verhaltensmodifikation 73
 Vorvertrag 62

W

Walking the Middle Path 68, 73
 Wiedergutmachung 71
 Wochenprotokoll 72

Y

YSR (Youth Self Report) 31

Z

Zen V
 Zornesparoxysmen 4
 Zwillingstudie 23
 zwischenmenschliche Beziehungen 9
 zwischenmenschliche Fertigkeit 68, 73
 zwischenmenschliches Problem 68