

 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			
AWMF-Register Nr.	038/015	Klasse:	S3

Borderline-Persönlichkeitsstörung

S3-Leitlinie der



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

und

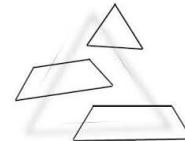
Borderline-Trialog



**Psychologie
bewusst vertreten.**



BERUFSVERBAND
der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.



BPTK
Bundes
Psychotherapeuten
Kammer



bvvp BUNDESVERBAND DER
VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.

Deutsche Ärztliche Gesellschaft
für Verhaltenstherapie e.V.



**Dachverband
Dialektisch Behaviorale
Therapie e.V.**



DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie



Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege



Deutsche Gesellschaft
für Gesundheitsökonomie e.V.



Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.



MBT



Vereinigung Analytischer Kinder- und
Jugendlichen-Psychotherapeuten
in Deutschland e.V. gegr. 1953

Stand:
Version:

01.03.2022
1.1

Herausgebende

Die vorliegende S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) federführend initiiert und koordiniert. Die Leitlinie wird in Zusammenarbeit mit den beteiligten Organisationen herausgegeben.

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.

Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
Tel. 030-240 477 20
Fax: 030-240 477 229
www.dgppn.de

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren am Konsensusprozess beteiligt. In Kapitel 9.2 werden zusätzlich die Mandatstragenden der einzelnen beteiligten Verbände und Organisationen genannt.

BDP	BDP Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	www.bdp-verband.de
BKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.	www.bkj-ev.de
	Borderline-Trialog	www.borderlinetrialog.de
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	www.bptk.de
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten	www.bvvp.de
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	www.daevt.de
DDBT	Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie e.V.	www.dachverband-dbt.de
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	www.degpt.de
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	www.dfpp.de
DGGÖ	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.	www.dggoe.de
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	www.dgkjp.de
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	www.dgpm.de

DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie	www.dgps.de
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V.	www.dgppn.de
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	www.dgpt.de
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.	www.dgsf.de
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	www.dgvt.de
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	www.dkpm.de
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung	www.dpv-psa.de
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	www.verhaltenstherapie.de
GePs	Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.	www.geps.info
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland e.V.	www.vakjp.de

sowie als Vertreterinnen der **Mentalisierungsbasierten Therapie nach Bateman & Fonagy (MBT)**: Prof. Dr. phil. Svenja Taubner, Universität Heidelberg und Dr. phil. Jana Volkert, Universität Heidelberg

Steuergruppe

Die DGPPN-Steuergruppe übernahm die Leitung, Koordination und Organisation des gesamten Leitlinienprozesses, einschließlich der Vorbereitung von Sitzungen, Telefonkonferenzen und schriftlichen Abstimmungen, methodischen Vorbereitungen, Durchführung der Evidenzrecherchen, Bewertung der Literatur, Erstellung von Evidenztabelle sowie das Verfassen von Leitlinientexten.

Prof. Dr. Martin Bohus, Institut für Psychiatrische und Psychosomatische Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Prof. Dr. Stephan Doering, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Prof. Dr. Michael Kaess, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern

Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Babette Renneberg, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Svenja Taubner, Institut für Psychosoziale Prävention, Universitätsklinikum Heidelberg

Erweiterte Steuergruppe

Prof. Dr. Christian Schmahl, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Projektleitung

Prof. Dr. Klaus Lieb, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Methodische Begleitung und Moderation

Die Leitlinienentwicklung und der Revisionsprozess wurden durch die AWMF in allen Phasen unterstützt. Die Moderation aller Konsensuskonferenzen sowie die methodische Beratung und Begleitung während des gesamten Leitlinienaktualisierungsprozesses erfolgte durch Frau Dr. Monika Nothacker und Frau Dr. Susanne Blödt.

Methodische Aufbereitung und Redaktion

Jutta Stoffers-Winterling, Dipl.-Psych., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Leitlinienreport

Die vollständige Methodik der Leitlinienaktualisierung kann dem zeitgleich publizierten Leitlinienreport entnommen werden.

Bitte wie folgt zitieren:

DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. @Version X.X vom @XX.XX.XXXX verfügbar unter: @<https://www.awmf.org/leitlinien/XXXX>.

Inhalt

Herausgebende	3
Federführende Fachgesellschaft	3
Steuergruppe.....	4
Erweiterte Steuergruppe.....	5
Projektleitung.....	5
Methodische Begleitung und Moderation	5
Methodische Aufbereitung und Redaktion.....	5
Leitlinienreport.....	5
Die Empfehlungen auf einen Blick	9
1. Geltungsbereich und Zweck	17
1.1 Zielsetzung und Fragestellung.....	17
1.2 Versorgungsbereich	17
1.3 Betroffenenzielgruppe	17
1.4 Anwenderzielgruppe/Adressaten	17
1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie.....	18
2. Epidemiologie, Ätiologie und Verlauf	19
2.1 Epidemiologie	19
2.2 Biopsychosoziales Ätiologiemodell und Risikofaktoren.....	20
2.3 Prävention.....	21
2.4 Verlauf und Prognose.....	22
3. Diagnostik	24
3.1 Anzeichen einer BPS bei Erwachsenen und Kommunikation der Diagnose.....	24
3.2 Anzeichen einer BPS bei Kindern und Jugendlichen und Zeitpunkt der Diagnosestellung.....	26
3.3 Diagnosekriterien.....	27
3.3.1 Diagnosekriterien bei Erwachsenen	27
3.3.2 Diagnosekriterien bei Kindern und Jugendlichen (MK)	33
3.4 Screening- und Diagnoseinstrumente	33
3.4.1 Screeninginstrumente.....	33
3.4.2 Kategoriale Diagnostik	34
3.4.3 Dimensionale Diagnostik	36
3.4.4 Diagnoseinstrumente bei Kindern und Jugendlichen.....	36
3.5 Komorbiditäten	37
3.5.1 Psychische Komorbiditäten.....	37
3.5.2 Somatische Komorbiditäten.....	37
3.5.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung.....	38
4. Behandlung	40
4.1 Psychotherapie und psychosoziale Interventionen	40
4.1.1 Strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapien und Supervision	51
4.1.2 Spezifische Psychotherapien, Therapiefrequenz und Therapiedauer	52
4.1.3 Therapeutische Wohngruppen	53

4.2	Psychoedukation und Gruppentherapien	54
4.2.1	Störungsspezifische Gruppentherapien.....	55
4.3	Psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen	55
4.3.1	Strukturierte BPS-spezifische Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen	57
4.4	Medikamente	60
4.4.1	Allgemeine Empfehlungen und medikamentöse off-label Behandlung	64
4.4.2	Behandlungskoordination	67
4.4.3	Medikamente bei Kriseninterventionen	68
4.4.4	Nicht zu verwendende Medikamente.....	68
4.5	Multimodale Therapien	69
4.6	Behandlung beim Vorliegen komorbider Störungsbilder	71
4.6.1	Behandlungsplanung und Durchführung der Therapien	74
4.6.2	Vorgehen bei komorbiden somatischen Erkrankungen.....	75
5.	Versorgung.....	76
5.1	Therapiesettings.....	76
5.2	Bevorzugung ambulanter Behandlung	77
5.3	Nicht-psychiatrische/-psychotherapeutische Fachpersonen des Gesundheitssystems .	79
5.4	Unterstützung für Behandelnde und therapeutische Teams.....	79
5.5	Transition	81
6.	Angehörige	82
6.1	Die Rolle der Angehörigen	82
6.2	Hilfsangebote für Angehörige	85
6.2.1	Allgemeine Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige.....	85
6.2.2	Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche, deren Eltern von BPS betroffen sind	87
7.	Besondere Personengruppen	88
7.1	Betroffene, die Eltern sind	88
7.2	Angehörige ethnisch diverser Gruppen	90
7.3	Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen	90
7.4	Geschlechtsinkongruenz	92
7.5	Höheres Lebensalter	93
8.	Wichtige Forschungsfragen.....	95
9.	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	97
9.1	Leitlinienkoordinator*in/Ansprechpartner*in.....	97
9.2	Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	97
9.3	Betroffenenbeteiligung	99
9.4	Methodische Begleitung	99
10.	Informationen zu dieser Leitlinie	100
10.1	Methodische Grundlagen	100
10.2	Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz	100
10.3	Kritische Bewertung der Evidenz	101
10.4	Strukturierte Konsensfindung.....	101
10.5	Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke.....	102

11. Redaktionelle Unabhängigkeit.....	104
11.1 Finanzierung der Leitlinie.....	104
11.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	104
12. Externe Begutachtung und Verabschiedung	107
13. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	107
14. Literatur.....	108
15. Anhänge	125
15.1 Anhang 1: Übersicht der Fragestellungen und Empfehlungen.....	125
15.2 Anhang 2: Evidenzgraduierung (<i>Levels of Evidence</i>) ³⁴³	128
15.3 Anhang 3: Bewertung der Evidenz: adaptiertes <i>Evidence-Statement</i> -Formular	129
15.4 Anhang 4: Strukturierter Kommentierungsbogen.....	131
15.5 Interessenkonflikte der Mandatstragenden	132
15.6 Anhang 5: Evidenztabellen.....	136
15.6.1 Evidenztabellen Fragestellung 1	136
15.6.2 Evidenztabellen Fragestellung 2	141
15.6.3 Evidenztabellen Fragestellung 5	148
15.6.4 Evidenztabellen Fragestellung 6, 7 und 8	161
15.6.5 Evidenztabellen Fragestellung 9	222
15.6.6 Evidenztabellen Fragestellung 10	237
15.6.7 Evidenztabellen Fragestellungen 11 and 13	243
15.6.8 Evidenztabellen Fragestellungen 15 und 16.....	247
15.6.9 Evidenztabellen zu Fragestellung 20.....	253
15.6.10 Evidenztabellen zu Fragestellungen 21 und ADD.3.....	254
15.6.11 Evidenztabellen zu Fragestellung 22	255
15.6.12 Evidenztabellen zu Fragestellungen 23 and 24	256
15.6.13 Evidenztabellen Fragestellungen 25 and 26	262
15.6.14 Evidenztabellen zur Fragestellung ADD5	266
15.6.15 Evidenztabellen zur Fragestellung ADD6	267
15.6.16 Evidenztabellen zur Fragestellung ADD7	268
15.6.17 Evidenztabellen zur Fragestellung ADD8	269
15.6.18 Evidenztabellen zur Fragestellung ADD9	270
16. Abkürzungen.....	271

Die Empfehlungen auf einen Blick

Tabelle 1 listet alle Empfehlungen auf. Die Empfehlungen sind in Abhängigkeit von der Stärke der Empfehlung wie folgt gekennzeichnet:

- Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)
- Weniger starke, „sollte“/„sollte nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad B)
- Schwache „kann“-Empfehlung (Empfehlungsgrad 0)

Zu Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke vgl. Tabelle 25.

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
Diagnostik				
E1	Die fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose soll erwogen und ggf. veranlasst werden bei Patienten mit mindestens einem der folgenden Charakteristika: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten ▪ Erhebliche emotionale Instabilität ▪ Gleichzeitiges Vorliegen mehrere psychischer Störungsbilder ▪ Kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien ▪ Sehr beeinträchtigtes psychosoziales Funktionsniveau 	●●●	KKP	3.1
E2	Sobald die Diagnose einer BPS feststeht, soll sie der oder dem Betroffenen mitgeteilt und erklärt werden. Dabei soll betont werden, dass es wirksame Behandlungsmöglichkeiten gibt.	●●●	KKP	3.1
E3	Sofern die oder der Betroffene zustimmt, soll die Diagnose der Familie, Partner/Partnerin oder weiteren Angehörigen oder Bezugspersonen erläutert werden.	●●●	KKP	3.1
E4	Auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren soll die fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose erwogen und ggf. veranlasst werden bei mindestens einem der folgenden Charakteristika: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten ▪ Erhebliche emotionale Instabilität ▪ Gleichzeitiges Vorliegen mehrerer psychischer Störungsbilder 	●●●	KKP	3.2

¹ EBR – evidenzbasierte Empfehlung; KKP – klinischer Konsenpunkt/Expertenkonsens

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien ▪ Stark beeinträchtigtes psychosoziales Funktionsniveau. 			
E5	Nach fachgerechter Diagnostik soll die Diagnose einer BPS auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren gestellt werden, wenn sie die diagnostischen Kriterien erfüllen.	●●●	KKP	3.2
E6	Bei Menschen, die Behandlungsangebote aufsuchen, können validierte BPS-Screeningverfahren eingesetzt werden, um Personen zu identifizieren, die eine weiterführende Diagnostik benötigen.	●	KKP	3.4.1
E7	Zur Diagnosestellung soll eine sorgfältige klinische Diagnostik durchgeführt werden. Diese sollte durch den Einsatz eines validierten, halbstrukturierten Interviews unterstützt werden.	●●●	KKP	3.4.2
Behandlung				
E8	<p>Patientinnen und Patienten mit BPS sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie erhalten.</p> <p>Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode ausgebildet sein.</p> <p>Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode Supervision oder Intervention erhalten.</p>	●●●	EBR	4.1.1
E9	Die Betroffenen sollen über die Bandbreite BPS-spezifischer Psychotherapien informiert werden.	●●●	KKP	4.1.1
E10	Wenn der primäre Focus in der Reduktion schwerwiegenden selbstverletzenden Verhaltens [suizidales Verhalten inkludiert, Erläuterung im Hintergrundtext] besteht, soll bei Patientinnen und Patienten mit BPS DBT oder MBT angeboten werden.	●●●	EBR	4.1.2
E11	Die Therapiefrequenz und Therapiedauer sollten sich an den individuellen Bedürfnissen und Lebensverhältnissen der/des Betroffenen orientieren und nach Möglichkeit eine Sitzung pro Woche nicht unterschreiten.	●●	KKP	4.1.2
E12	<p>Psychoedukation soll Bestandteil der Therapie sein.</p> <p>Interventionen mit Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen sollen erwogen werden.</p>	●●●	EBR	4.2

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
	Falls gruppentherapeutische Angebote integrale Bestandteile der Therapieprogramme sind, so sollen diese angeboten werden.			
E13	Solange eine strukturierte, BPS-spezifische Einzeltherapie nicht zur Verfügung steht, soll mit einer störungsspezifischen Gruppentherapie (z.B. DBT-Skillstraining) begonnen werden.	●●●	EBR	4.2.1
E14	<p>Patientinnen und Patienten im Alter von 14 bis 18 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie angeboten bekommen.</p> <p>Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode ausgebildet sein und Supervision oder Intervention erhalten.</p>	●●●	EBR	4.3.1
E15	<p>Betroffenen unter 14 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen therapeutische Unterstützung und Begleitung angeboten werden, und Angehörige und andere Bezugspersonen einbezogen werden.</p> <p>Auch in dieser Altersgruppe können bereits altersadaptierte, BPS-spezifische Verfahren zum Einsatz kommen.</p>	●●●	KKP	4.3.1
E16	Jugendliche mit BPS sollen eine strukturierte psychotherapeutische Behandlung erhalten, die für diese Altersgruppe ausgerichtet ist.“	●●●	EBR	4.3.1
E17	Bei der Behandlungsplanung für Betroffene unter 18 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen der individuelle Entwicklungsstand und die Lebensumstände berücksichtigt werden. Angehörige und andere Bezugspersonen sollen kontinuierlich in die Behandlung einbezogen werden, sofern dies zweckmäßig ist.	●●●	KKP	4.3.1
E18	Medikamentöse Interventionen sollen nicht die primäre Therapie darstellen.	●●●	EBR	4.4.1
E19	<p>Medikamente sollen nicht anstelle anderer, besser geeigneter Interventionen eingesetzt werden.</p> <p>Die Auswirkung der Verschreibung von Medikamenten auf die Selbstwirksamkeit von Patienten, die therapeutische Beziehung und den Gesamtbehandlungsplan sollen berücksichtigt werden.</p>	●●●	KKP	4.4.1

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
E20	Es sollen so wenige Präparate wie möglich zum Einsatz kommen, Polypharmazie soll nach Möglichkeit vermieden oder reduziert werden.“	●●●	KKP	4.4.1
E21	Die psychopharmakologische Behandlung von komorbiden psychischen Störungen soll nach den aktuellen Leitlinien für die jeweilige Erkrankung erfolgen.	●●●	KKP	4.4.1
E22	Ergänzend zu einer Psychotherapie kann ein zeitlich begrenzter Einsatz von Medikamenten erwogen werden, um umschriebene Symptome zu behandeln.	●	KKP	4.4.1
E23	Die Verschreibung soll in Abstimmung aller involvierten Behandelnden erfolgen. Die Psychopharmakotherapie soll in einer Hand liegen und nach Möglichkeit fachärztlich erfolgen.	●●●	KKP	4.4.2
E24	In akuten Krisensituationen kann der Einsatz von Medikamenten erwogen werden, wenn psychotherapeutische Interventionen nicht ausreichen.	●	KKP	4.4.3
E25	Medikamente, die für Krisensituationen verschrieben wurden, sollen abgesetzt werden, sobald die Krise vorüber ist.	●●●	KKP	4.4.3
E26	Auf Medikamente mit Abhängigkeitspotential sollte verzichtet werden.	●●	KKP	4.4.4
E27	Aufgrund des erhöhten Risikos für suizidales Verhalten sollen Psychopharmaka, die im Falle einer Überdosierung tödlich sein können, nur sehr zurückhaltend verschrieben werden.	●●●	KKP	4.4.4
E28	Psychotherapeutische Interventionen sollen nicht standardmäßig durch eine medikamentöse Behandlung ergänzt werden.“	●●●	EBR	4.5
E29	Liegen weitere psychische Störungen vor, sollen diese gleichermaßen bei der Behandlung berücksichtigt werden. Gefährdet die weitere psychische Störung die Psychotherapie der BPS, so soll deren Behandlung vorgezogen werden (z.B. schwere substanzbezogene Störungen, Essstörungen mit vital bedrohlicher Situation).	●●●	KKP	4.6.1
E30	BPS und gleichzeitig bestehende psychische Erkrankungen sollen nach Möglichkeit Gegenstand eines integrierten Behandlungsplans sein.	●●●	KKP	4.6.1

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
	Die Umsetzung soll durch den/die fallführende/n BPS Behandler/in koordiniert werden.			
E31	<p>Somatische Beschwerden sollen durch eine/n Allgemein-/Hausarzt/-ärztin oder eine/n entsprechende Facharzt/-ärztin untersucht und behandelt werden.</p> <p>Bei Bedarf sollen die psychisch Behandelnden die Patienten motivieren und unterstützen, sich somatisch untersuchen und behandeln zu lassen.</p> <p>Eine Kooperation zwischen den psychisch und somatisch Behandelnden soll angestrebt werden.</p>	●●●	KKP	4.6.2
Versorgung				
E32	<p>Im Allgemeinen soll die Behandlung ambulant durchgeführt werden. Stationäre oder teilstationäre Behandlungen sollten entweder der kurzzeitigen psychiatrischen Krisenintervention (z.B. bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, lebensgefährdenden Selbstverletzungen) dienen oder im Rahmen von länger dauernden, zeitlich definierten störungsspezifischen elektiven Behandlungsprogrammen durchgeführt werden.</p> <p>Hier sollten enge Absprachen zwischen ambulanten und (teil-)stationären BehandlerInnen erfolgen.</p> <p>Bei schwersten therapierefraktären Fällen kann eine vorübergehende Unterbringung in geschlossenen Heimen mit angemessenen, möglichst störungsspezifischen Behandlungs- und Rehabilitationskonzepten erwogen werden.</p>	●●●	KKP	5.2
E33	Längere unspezifische stationäre Aufenthalte ohne strukturierte störungsspezifische Angebote sollen vermieden werden.	●●●	KKP	5.2
E34	<p>Alle Fachpersonen im Gesundheitssystem sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Symptome einer BPS erkennen • ihren Krankheitswert anerkennen • im Verdachtsfall eine fachspezifische angemessene Diagnostik und ggf. Behandlung in die Wege leiten können. 	●●●	KKP	5.3
E35	Alle BehandlerInnen und Teams, die Patienten mit BPS betreuen, sollen eine entsprechende Fort-/Weiterbildung in empirisch validierten Methoden erhalten und regelmäßig supervidiert/intervidiert werden. Auf der Ebene des Versorgungsträgers und der	●●●	KKP	5.4

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
	Führung von Institutionen soll sichergestellt werden, dass hierfür entsprechende Ressourcen und Unterstützung zur Verfügung stehen.			
E36	Behandlungsteams sollen einem definierten, störungsspezifischen, empirisch validierten Konzept folgen, und dafür fortgebildet und möglichst gemeinsam supervidiert werden.	●●●	KKP	5.4
E37	Die intensivste Ausprägung der BPS findet sich regelhaft im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Während dieses Zeitraums soll eine kontinuierliche, konsistente Versorgung sichergestellt werden.	●●●	KKP	5.5
Angehörige				
E38	Familienangehörige, Partner, weitere Angehörige oder weitere Bezugspersonen sollten in die Erstellung von Krisenplänen eingebunden werden, sofern die betroffene Person zustimmt.	●●	KKP	6.1
E39	Familienangehörige, Partner, weitere Angehörige oder weitere Bezugspersonen sollten über einen hilfreichen Umgang mit der oder dem Betroffenen beraten werden, u.a. <ul style="list-style-type: none"> • eine empathische, nicht-wertende Haltung zeigen • die betroffenen Person dazu ermutigen, unabhängig zu sein, ihr eigene Entscheidungen zugestehen und sie dabei unterstützen, jedoch eingreifen, falls dies nötig ist, um ihre Sicherheit zu gewährleisten • den Problemen und Sorgen von Menschen mit BPS Gehör und Aufmerksamkeit schenken. 	●●	KKP	6.1
E40	Wenn Traumata mit den Angehörigen einer betroffenen Person besprochen werden, sollen Schuldzuweisungen und Stigmatisierung möglichst gering gehalten werden. Traumata sollen nur mit Angehörigen besprochen werden, wenn die Person mit BPS damit einverstanden ist (bei Minderjährigen unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Kinderschutzes).	●●●	KKP	6.1
E41	Angehörige von Menschen mit BPS sollten professionelle Hilfsangebote erhalten.	●●	EBR	6.2.1
E42	Angehörigen, Partnern und nicht-professionellen Helfern sollte folgende Unterstützung angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> • Spezifische BPS-Familien-Programme • Selbsthilfeangebote 	●●	KKP	6.2.1

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungsangebote der Familien- und Jugendhilfe • Borderline-Trialog • Erziehungs- und Familienberatung 			
E43	Kinder, die mit erwachsenen Personen mit BPS zusammenleben, sollen bei Bedarf Unterstützungsangebote erhalten.	●●●	KKP	6.2.2
Besondere Personengruppen				
E44	Eltern mit BPS sollten so früh wie möglich Unterstützungsangebote bezüglich ihrer Erziehungskompetenzen und ihres Bindungsverhaltens erhalten und mit entsprechenden Interventionen unterstützt werden.	●●	KKP	7.1
E45	Die Interventionen zur Förderung der Erziehungskompetenzen und des Bindungsverhaltens sollten störungsspezifisch ausgerichtet sein und die Probleme der Emotionsregulation der BPS berücksichtigen.	●●	KKP	7.1
E46	Eine BPS-Erkrankung alleine stellt keinen hinreichenden Grund dar, ein Kind der Sorge des betroffenen Elternteils zu entziehen.	●●●	KKP	7.1
E47	<p>PatientInnen mit BPS sollen nach Kindern befragt werden.</p> <p>Bei Eltern mit BPS sollen die Bedürfnisse ihrer Kinder beachtet werden und ggf. die Überprüfung deren psychischer Gesundheit und Versorgungssituation veranlasst werden, insbesondere in Krisensituationen.</p>	●●●	KKP	7.1
E48	<p>Im Falle einer stationären Behandlung soll eine Mutter mit BPS nach Möglichkeit nicht von ihrem Säugling oder Kleinkind getrennt werden und idealerweise auf einer Mutter-Kind-Einheit behandelt werden. Zur Wahrung des Kindeswohls kann sowohl eine Trennung von der Mutter als auch eine gemeinsame Behandlung indiziert sein.</p> <p>Bei schweren Interaktionsstörungen mit dem Kind sollten familienbezogene Interventionen erwogen werden.</p>	●●●	KKP	7.1
E49	Menschen mit BPS, die ethnisch diversen Gruppen angehören, sollen Zugang zu kultursensitiven Versorgungsmöglichkeiten haben.	●●●	KKP	7.2
E50	Bei Menschen mit einer leichten intellektuellen Entwicklungsstörung und Verdacht auf eine BPS soll die	●●●	KKP	7.3

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Grad	Art ¹	Kapitel
	Diagnosestellung unter fachlicher Expertise für intellektuelle Entwicklungsstörungen erfolgen.			
E51	Menschen mit einer leichten intellektuellen Entwicklungsstörung und BPS sollen dieselben Versorgungsmöglichkeiten wie BPS-Patienten ohne intellektuelle Entwicklungsstörungen nutzen können.	●●●	KKP	7.3
E52	Die Planung des Umgangs mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen sollte unter fachlicher Expertise für intellektuelle Entwicklungsstörungen und BPS erfolgen. Sind mehrere Fachpersonen involviert, soll eine Person die Koordination übernehmen.	●●	KKP	7.3
E53	Bei einer mittelgradigen oder schweren intellektuellen Entwicklungsstörung soll keine BPS diagnostiziert werden.	●●●	KKP	7.3
E54	BPS kann komorbid mit GD/GIK vorliegen. Beim Vorliegen einer GD/GIK soll darauf geachtet werden, dass Symptombildungen im Rahmen der GIK/GD nicht vorschnell als Anzeichen einer BPS interpretiert werden. Gleichermaßen soll beim Vorliegen einer BPS darauf geachtet werden, dass Symptombildungen im Rahmen der BPS nicht vorschnell als Anzeichen einer GIK/GD interpretiert werden.	●●●	KKP	7.4

Tabelle 1: Alle Empfehlungen auf einen Blick

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Gegenstand der Leitlinie sind Diagnostik und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mit der Zielsetzung, für Betroffene, deren Angehörigen sowie in der Versorgung von Menschen mit einer BPS Tätigen wissenschaftlich fundierte Prinzipien der Diagnostik, Behandlung und Versorgung darzustellen und zu bewerten, um so eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Insbesondere soll die Behandlungsqualität gefördert werden, indem, ausgehend von einer fachgerechten Diagnostik, geeignete Behandlungsmethoden angewandt werden und gleichzeitig wenig wirksame Verfahren, Verfahren ohne belegte Wirksamkeit oder schädliche Interventionen vermieden werden.

1.2 Versorgungsbereich

Die Leitlinie richtet sich an alle ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens, einschließlich fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung sowie der Pflege. Grundsätzlich sind sowohl der Jugendlichen- wie auch der Erwachsenenbereich eingeschlossen, insbesondere auch Einrichtungen der Jugendhilfe.

1.3 Betroffenenzielgruppe

Der Geltungsbereich dieser Leitlinie umfasst Menschen jeden Alters mit Voll- oder Teilbild einer BPS. Eingeschlossen werden ebenfalls alle Arten psychischer und nicht-psychischer Komorbiditäten. Die gängigere Bezeichnung „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ entstammt dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM 301.83^{1,2}), während die im deutschen Sprachraum übliche ICD-10 Klassifikation³ jedoch von der „Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung“ (F60.3) spricht. Die Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung umfasst wiederum die Subtypen „impulsiver Typ“ (F60.30) und „Borderline-Typ“ (F60.31), wobei letztere den DSM-Kriterien mehr ähnelt. Der Versorgungsrealität entsprechend werden ausdrücklich Betroffene mit jeglicher Art psychischer und somatischer Komorbidität eingeschlossen. Die häufigsten Komorbiditäten umfassen affektive Störungen, insbesondere depressive und Angsterkrankungen, substanzbezogene Störungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie anderweitige Persönlichkeitsstörungen⁴⁻⁷.

Neben selbst von BPS betroffenen Menschen sind auch deren Angehörige Zielgruppe dieser Leitlinie, da diese häufig ebenfalls erheblich belastet sind⁸⁻¹¹.

1.4 Anwenderzielgruppe/Adressaten

Die Leitlinie richtet sich an alle Agierenden, die an der Behandlung von Menschen mit einer BPS beteiligt sind oder sie begleiten und unterstützen. Hierzu gehören etwa Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten im Erwachsenen- und Kinder- und Jugendbereich, Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und andere Fachärztinnen und -ärzte, die in die Behandlung von Betroffenen mit BPS einbezogen sind, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Krankenpflegepersonal und Fachpflegepersonal. Weiterhin richtet sich die Leitlinie an selbst betroffene Personen sowie deren Angehörige, d.h. Bezugs-, Vertrauens- oder Betreuungspersonen. Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen sind ebenfalls Adressaten der Leitlinie.

1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Die vollständige Methodik der Leitlinienentwicklung ist im Leitlinienreport dargelegt (@link zur AWMF-Seite/Leitliniendetailansicht). Dort findet sich entsprechend den Vorgaben des AWMF-Regelwerks (Version 1.0)¹² ebenfalls eine standardisierte Zusammenfassung der Angaben zu Interessen bzw. Interessenkonflikten der beteiligten Leitlinienautoren sowie zur Bewertung und dem Umgang mit Interessenkonflikten. Letzteres ist auch in Kapitel 11.2 ausführlich dargestellt.

2. Epidemiologie, Ätiologie und Verlauf

Im folgenden Kapitel werden die aktuellen Grundlagen des wissenschaftlichen Verständnisses der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) dargestellt. Insbesondere wird die Epidemiologie, also das Wissen über Entstehung, Verbreitung, Folgen und Verlauf zusammengefasst. Zudem werden die Fragen behandelt, welche Risikofaktoren für die Entstehung einer BPS bekannt sind (Fragestellung 3) und welche präventiven, d.h. vorbeugenden Maßnahmen zur Reduktion des Neuauftretens einer BPS geeignet sind (Fragestellung 4; Anhang 1: Übersicht der Fragestellungen und Empfehlungen)

2.1 Epidemiologie

Internationale epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung der westlichen Welt zeigen eine durchschnittliche Prävalenz von etwa 12%¹³. Hierzu wurden 10 Studien zusammengefasst, die die Diagnosen standardisiert in Interviews erfassten und aus den folgenden Ländern kamen: USA, Schweden, Deutschland, Australien, Niederlande, Großbritannien und Türkei. Eine Meta-analytische Regression dieser Daten von insgesamt 113.998 Personen weist der BPS eine durchschnittliche Prävalenz von 1,9% in der Allgemeinbevölkerung zu¹³. Die einzige in Deutschland durchgeführte epidemiologische Studie mit standardisierten Interviews zur Diagnostik an 2.488 Personen aus der Allgemeinbevölkerung weist auf eine Prävalenz von 0,8% von BPS Betroffenen hin¹⁴. Aufgrund eines Mangels an epidemiologischen Studien außerhalb der westlichen Welt können keine globalen Prävalenzwerte angegeben werden. Nicht-epidemiologische multinationale Studien weisen jedoch daraufhin, dass die BPS ein globales Phänomen ist und keine erhöhte Prävalenz in den westlichen Ländern vorliegt¹⁵. Für Adoleszente gelten vergleichbare Zahlen wie für Erwachsene von 1 bis 3% BPS-Anteil in bevölkerungsrepräsentativen Studien¹⁶. Im höheren Lebensalter ab 55 Jahren sinkt die Prävalenz von BPS auf 0,4%¹⁷, wobei hier ein deutlicher Mangel an Studien zu verzeichnen ist. Altersbezogene Unterschiede in der Symptomausprägung der BPS wurden auch in der deutschen epidemiologischen Studie zwischen vier Altersgruppen untersucht: in der Adoleszenz zeigten sich auch hier die höchsten Raten voller und subsyndromaler BPS sowie die höchsten Raten von Impulsivität, während die höchsten Raten von Depressivität bei den älteren Erwachsenen gemessen wurden¹⁴. International und auch in Deutschland liegt die Prävalenz von BPS bei den Patientinnen und Patienten in klinischen Behandlungskontexten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Studien berichten von einem Anteil an BPS von ca. 10% bei den ambulanten und von ca. 20% bei den stationären Patientinnen und Patienten^{18,19}. Zusammengefasst liegt die Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung zwischen ca. 0,7 und 2,7%^{20,21} und in Behandlungssettings mit 11,8% bis 22,4%^{21,22} deutlich höher, bei Jugendlichen bis zu 35,6%^{21,23}.

Im DSM-5 wird eine biologische Geschlechterverteilung der BPS von 3:1 im Verhältnis von Frauen zu Männern angegeben²⁴. Allerdings wird auf einen möglichen Genderbias in der Diagnostik und in der Symptombeschreibung der BPS hingewiesen²⁵. Der Geschlechtsunterschied könnte auch auf Rekrutierungsverzerrungen in klinischen Studien zurückzuführen sein, z.B. durch ein gendergetriebenes Hilfesuchverhalten, da sich ein vergleichbar deutlicher Unterschied in repräsentativen Studien an der Allgemeinbevölkerung nicht zeigte²⁶. In einer älteren deutschen repräsentativen Studie mit Selbstberichtsdaten waren es 1,3% Frauen zu 0,9% Männer mit BPS²⁷, in einer neueren epidemiologischen

Interviewstudie zeigte sich über alle Altersgruppen hinweg kein Geschlechtsunterschied bei der Prävalenz von BPS¹⁴.

2.2 Biopsychosoziales Ätiologiemodell und Risikofaktoren

Analog zu anderen Persönlichkeitsstörungen ist die genaue Ätiopathogenese der BPS unklar. Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht existieren verschiedene Risikofaktoren, die im Sinne einer Multifinalität zu BPS führen können, aber nicht müssen. Denn viele der für BPS genannten Risikofaktoren stehen auch mit anderen Erkrankungen in Verbindung oder werden durch Schutzfaktoren ausbalanciert²⁸. Darüber hinaus gibt es Hinweise eines deutlichen Einflusses sozialer Bedingungen, die den Verlauf zu einer BPS in verschiedene Richtungen verändern kann. Daher sind prospektive Längsschnittstudien besonders erkenntnisreich.

Prospektive Längsschnittstudien fanden Hinweise zu folgenden Prädiktoren einer späteren BPS:

- Eine australische Studie an Kindern, die vor dem Alter von 11 Jahren physisch oder sexuell missbraucht worden sind und im Alter von 40 Jahren auf BPS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Missbrauch untersucht wurden²⁹. Eher physischer Missbrauch und Vernachlässigung als sexueller Missbrauch war prädiktiv in Verbindung mit psychisch kranken Eltern (Major Depression und post-traumatische Belastungsstörungen), oder Alkohol- und Drogenabusus der Eltern; kein Zusammenhang bestand zwischen BPS und Armut der Familie oder Scheidung der Eltern.
- Eine US-amerikanische Studie an hyperaktiven Kindern im Vor- und Grundschulalter, die zwischen 19 und 25 Jahren auf BPS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht wurden³⁰: frühe Hyperaktivität zeigte sich als Prädiktor für BPS.
- Die US-amerikanische *Children in the Community study*, die 778 Kindern ab der Geburt bis zum 22. Lebensjahr folgte³¹: prädiktiv für BPS war problematisches Mütterliches Erziehungsverhalten (inkonsistent und überinvolviert).

Alle anderen Erkenntnisse zur Ätiopathogenese sind korrelativ oder retrospektiv und können daher nicht als kausal angesehen werden, da sie auch Ausdruck der Erkrankung, Begleiterscheinung oder eine Folge der Erkrankung sein können. Dies erklärt, dass aktuell verschiedene Erklärungstheorien zur BPS parallel existieren. Das bio-psycho-soziale Störungsmodell geht von genetisch bedingten Vulnerabilitäten aus, die sich über soziale Vermittlungsprozesse neurobiologisch und psychologisch manifestieren und auf biologische Faktoren zurückwirken. Moderne Störungsmodelle gehen also von bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen aus im Rahmen von Feedbackschleifen zwischen Kindern, Eltern, Gleichaltrigen, Partnern, sozialen Institutionen, Gesellschaft und Kultur. Diese Komplexität lässt sich weder in den längsschnittlichen noch in den querschnittlichen Forschungsmethoden abbilden, weshalb aktuell an Störungsmechanismen im Rahmen definierter Domänen geforscht wird. An dieser Stelle kann daher im Rahmen des bio-psycho-sozialen Störungsverständnisses nur eine Zusammenfassung des aktuellen Stands der Forschung auf der Grundlage umschriebener Risikofaktoren für BPS erfolgen. Hierzu wird auf die hierzu veröffentlichten systematischen Reviews verwiesen^{23,32,33}.

Biologische Risiken:

- Einschränkungen in exekutiven Funktionen und eine genetische Vulnerabilität³⁴

- Mittlere bis hohe Erbllichkeit (Zwillingsstudien), Veränderungen in fronto-limbischen Regionen (graue Substanz), Einschränkungen in neuropsychologischen Bereichen (Emotionsregulation, exekutive Funktionen und soziale Kognitionen)³⁵

Soziale Risiken:

- Dysfunktionale Eltern-Kind-Beziehungen im Sinne negativer Beziehungen, niedriger Fürsorge bei gleichzeitiger Überprotektion und inkonsistentem Erziehungsverhalten³⁶
 1. Kindesmisshandlung und dysfunktionales Elternverhalten³⁴
 2. Maladaptives Elternverhalten besonders beim Vorliegen einer BPS der Eltern vermittelt über reduzierte Sensitivität und niedrige elterliche Mentalisierung sowie Kindesmisshandlung³⁷
 3. Missbrauch (sexuell, physisch, verbal), Vernachlässigung und mütterliche Feindseligkeit³⁸

Psychische Risiken:

Die umschriebenen biologischen und sozialen Risiken werden in Verbindung gebracht mit psychischen Einschränkungen im Persönlichkeitsfunktionsniveau, d.h. BPS-Betroffene können unter den bio-sozialen Rahmenbedingungen spezifische Fertigkeiten wie z. B. Selbststeuerung, Affektregulation, soziale Kognitionen, Mentalisierung und/ oder ihre Identität nur eingeschränkt entwickeln. Sie entwickeln maladaptive Schemata über sich und andere bzw. unsichere/desorganisierte Bindungsrepräsentationen, die sie in sozialen Beziehungen einschränken.

2.3 Prävention

Bisher gibt es keine relevante Evidenz zur Wirksamkeit universeller präventiver Maßnahmen auf die Entwicklung einer BPS. Jedoch wurde inzwischen eine Vielzahl von Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS identifiziert, aus denen man mögliche Strategien zur selektiven Prävention einer BPS ableiten kann. Inzwischen gut belegte und potenziell beeinflussbare Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS sind die Exposition eines Individuums gegenüber negativen Kindheitserlebnissen, wie z.B. Missbrauch oder Vernachlässigung³⁹, aber auch maladaptivem Elternverhalten⁴⁰ sowie Mobbing Erfahrungen in der Kindheit⁴¹. Risikofaktoren für die BPS scheinen bereits sehr früh im Leben aufzutreten. So wurde z. B. das Vorhandensein einer BPS bei einem Elternteil⁴² oder auch eine postpartale Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Bindung⁴³ als Risikofaktor für die Entwicklung einer BPS identifiziert.

Von zunehmender Bedeutung wurde in den vergangenen Jahren die sogenannte indizierte Prävention der BPS⁴⁴. Unter indizierter Prävention der BPS versteht man das therapeutische Intervenieren bei Personen, welche noch nicht das Vollbild einer BPS zeigen, jedoch bestimmte „Vorläuferstufen“ (z.B. subsyndromale BPS, wobei drei oder vier der fünf für eine BPS-Diagnose erforderlichen Kriterien erfüllt sind) oder Vorläufersymptome (z.B. schwere Selbstverletzung oder chronische Suizidalität) aufweisen und somit ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer BPS haben. Dieses Vorgehen wird bei jungen Menschen im Sinne einer Erweiterung der Frühintervention der BPS zunehmend eingesetzt.

2.4 Verlauf und Prognose

Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich per definitionem durch einen relativ stabilen zeitlichen Verlauf aus. Besonders die BPS galt lange als schwer beeinträchtigende, chronische Erkrankung mit einer schlechten Prognose, die erst im Erwachsenenalter gesichert diagnostiziert werden kann. Dies hat zu einer starken Stigmatisierung von Betroffenen mit BPS beigetragen⁴⁵. Verlaufsstudien zeigen hingegen, dass BPS-Symptome und auch die BPS-Diagnose sich entgegen dieser Auffassung bereits im Jugendalter stabil zeigen und sich dann mit dem Alter verändern und teilweise abnehmen⁴⁶. Viele Studien weisen darauf hin, dass Menschen in helfenden Berufen zumeist dann Kontakt mit BPS-Betroffenen haben, wenn sich diese in akuten Krisen befinden, und sich auch deshalb ein fälschlich negatives Bild über den Verlauf und die Prognose von BPS hält.

So haben Zanarini und Kolleginnen 300 Patientinnen und Patienten im Längsschnitt verfolgt, die ursprünglich wegen einer BPS stationär behandelt worden waren. 10 Jahre nach der Behandlung erfüllten 7 von 8 Untersuchten die BPS Diagnose nicht mehr, nach 16 Jahren betrafft dies 99% der Stichprobe⁴⁷. Trotzdem waren über die Hälfte der Interviewten psychosozial schwer belastet durch Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich. Nach aktueller Studienlage wird von einer Rate von 40% Patienten ausgegangen, die sich nicht vollständig von einer BPS erholen (*Recovery*)⁴⁸. Diese Befunde für einen Verlauf von 10 Jahren wurden von einer kollaborativen Studie an 688 Betroffenen mit Persönlichkeitsstörungen bestätigt⁴⁹. Hier zeigte sich darüber hinaus, dass BPS-Betroffene schneller remittieren als Betroffene mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Je länger eine Remission jeweils andauerte, desto unwahrscheinlicher wird der Rückfall.

Es lässt sich daher konstatieren, dass die Symptome der BPS über die Zeit besser werden können, die funktionellen Einschränkungen im interpersonellen und beruflichen Bereich sich jedoch nur bedingt positiv verändern. Darüber hinaus wurden distinkte Verlaufshypothesen für unterschiedliche Symptombereiche der BPS entwickelt: Während der impulsive Teil der BPS-Symptome sich über die Zeit deutlich verbessert (impulsive Handlungen, Selbstverletzungen, Suizidversuche) und vermutlich den hohen Anteil an Remissionen erklärt, scheinen sich der affektive Teil der Symptome (Gefühle von Leere und Depressivität) sowie die interpersonellen Ängste vor dem Verlassen-Werden nur langsamer zu verbessern¹⁴. Die akute, eher krisenhafte Symptomatik nimmt also im Verlauf des Erwachsenenalters ab, während die eher Temperaments- oder Persönlichkeitsbezogenen Symptome bestehen bleiben. Auch wenn die generelle Suizidalität mit der Impulsivität sinkt, bleibt trotzdem ein Risiko für Suizid bestehen, wie eine 27-Jahre Follow-Up Studie zeigte: 10% der Stichprobe begangen einen Suizid typischerweise im Alter zwischen 30 und 40 Jahren nach mehreren gescheiterten Behandlungsversuchen⁵⁰. Auch haben nicht vollständig genesene BPS Betroffene ein erhöhtes Risiko eines frühen Todes aufgrund risikohaften Verhaltens oder eines ungesunden Lebensstils. Neuere Studien gehen jedoch von einer niedrigeren Suizidrate von 2-6% aus⁵¹⁻⁵³.

Erste BPS Symptome können bereits in der Kindheit oder im frühen Jugendalter auftreten (z. B. Selbstverletzungen). Allerdings konnte bislang keine Studie anhand kindheitsbezogener subklinischer Auffälligkeiten eine spätere volle BPS Diagnose vorhersagen, so dass zum jetzigen Zeitpunkt die genauen Vorläufer-Symptome in der Kindheit als unklar gelten⁵⁴. Verlaufsstudien an Adoleszenten mit BPS zeigen hingegen eine Stabilität von Symptomatik und Diagnose, die den Ergebnissen der Studien an Erwachsenen gleichen⁵⁵. BPS-Symptome können

daher gesichert von der normalen Adoleszenz unterschieden werden, und Verlaufsstudien weisen darauf hin, dass die Adoleszenz eine sensible Altersphase für den Beginn der BPS darstellen könnte^{56,57}. Im höheren Lebensalter ab 55 Jahren zeigen sich auch bei nicht vorhandener Remission weniger Symptome der BPS im Vergleich zur Adoleszenz und dem jungen bis mittleren Erwachsenenalter⁵⁸.

So lässt sich schlussfolgern, dass die BPS ähnlich stabil in der Adoleszenz wie im Erwachsenenalter verläuft, einen generell positiven Verlauf mit positiver Prognose für die impulsiven Symptome aufweist, eine langsamere Remission für depressive Symptome sowie eine schlechtere Prognose für die mit der Erkrankung verbundenen Persönlichkeitsfunktionseinschränkungen. Das Suizidrisiko ist bis zu einer langjährigen Remission als grundsätzlich erhöht einzuschätzen. Eine lebensspanneninformierte Perspektive erscheint bedeutsam für die diagnostische Einschätzung und Prognose der BPS, besonders aufgrund des möglichen Potenzials von Frühintervention hinsichtlich einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus.

3. Diagnostik

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen 1 („Wie können Behandelnde bei Erwachsenen und jungen Menschen Merkmale der BPS erkennen?“) und 2 („Sollen standardisierte Testverfahren eingesetzt werden? Falls ja, welche?“) behandelt, ebenso die neuen Fragestellungen ADD1 („Nach welchen psychischen und somatischen Komorbiditäten soll gesucht werden?“) und ADD2 („Welche differenzialdiagnostische Abklärung soll erfolgen?“). Für Fragestellung 1 wurde die Literatursuche der NHMRC-Leitlinie⁵⁹ repliziert. Für Fragestellung 2 wurde eine eigene Suche in Psyn dex, der wichtigsten Datenbank für deutschsprachige Testverfahren, durchgeführt. Für Fragestellungen ADD1 und ADD2 wurde auf eine Literatursuche verzichtet, da keine Studien vorliegen, welche Auswirkungen die Diagnostik spezifischer Komorbiditäten im Vergleich zur Nicht-Diagnostik untersuchten. Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurden daher die Ergebnisse der allgemeinen Literatursuche sowie die in der Suche zu Fragestellungen 11 und 13 identifizierte Literatur (Behandlung beim Vorliegen komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen, vgl. Tabelle 20, Evidenztabelle Fragestellungen 11 and 13) berücksichtigt.

3.1 Anzeichen einer BPS bei Erwachsenen und Kommunikation der Diagnose

Die Leitliniengruppe spricht eine starke Empfehlung dafür aus, dass eine fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose erfolgen soll, wenn eines der in Empfehlung 1 genannten fünf Merkmale vorliegt: Wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes bzw. selbstschädigendes Verhalten korreliert hoch mit der Häufigkeit der Nutzung von Einrichtungen für psychische Gesundheit⁶⁰. Zudem stellen sich Suizidenten mit BPS zu fast 90% in den letzten sechs Lebenswochen bei einem Arzt vor, weshalb der Diagnosestellung eine wichtige Bedeutung zukommt⁶¹. Emotionale Instabilität ist eines der Kernsymptome der BPS über DSM-5, ICD-10 und ICD-11 hinweg, ist eng assoziiert mit dem Trait „negative Affektivität“ und zeigt hohe differenzialdiagnostische Potenz^{62,63}. Zudem gibt es konsistente empirische Evidenz dafür, dass gewöhnlich weitere psychische Störungen vorliegen^{64–66}. Da betroffene Personen mit BPS häufig viele Behandlungen mit nur unzureichendem Behandlungserfolg bereits hinter sich haben⁶⁷, stellt auch dieses Merkmal die Indikation für die Abklärung einer BPS. Schließlich zeichnen sich Betroffene meist durch ein schwer beeinträchtigt psychosoziales Funktionsniveau aus, weshalb auch dieses zur Abklärung einer BPS Anlass geben sollte⁶⁸.

Empfehlung 1	Die fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose soll erwogen und ggf. veranlasst werden bei Patienten mit mindestens einem der folgenden Charakteristika: <ul style="list-style-type: none">• Wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten• Erhebliche emotionale Instabilität• Gleichzeitiges Vorliegen mehrere psychischer Störungsbilder• Kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien• Sehr beeinträchtigt psychosoziales Funktionsniveau
KKP	95% Konsens

Eine starke Empfehlung der Leitliniengruppe geht dahin, die Diagnose den Betroffenen mitzuteilen, sobald sie feststeht. Häufig wird die Diagnose den Betroffenen und ggf. den Angehörigen gar nicht oder nicht angemessen erläutert. Dadurch können u.a. folgende Probleme entstehen: Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit auf Seiten der Betroffenen, Suche nach Informationen stattdessen bei unzuverlässigen Quellen (bspw. Internetforen), Schwierigkeiten, die eigene Problematik anderen zu erklären, sich kompetent über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und damit letztlich adäquate Hilfe zu erhalten. Als hilfreich empfinden Betroffene und Angehörige es deshalb, wenn sie die Möglichkeit für ein Beratungsgespräch mit dem/der Behandler/in und/oder weiterführendes Informationsmaterial ausgehändigt bekommen. Da häufig Unklarheit darüber herrscht, wer für die Mitteilung und Erläuterung der Diagnose gegenüber den Betroffenen und deren Angehörigen zuständig ist, empfiehlt die Leitliniengruppe, dass sie durch denjenigen bzw. diejenige erfolgt, der/die die Diagnose stellt. Im Aufklärungsgespräch sollen die Symptome erklärt werden, diese mit dem subjektiven Erleben der Betroffenen abgeglichen werden und wirksame Therapiemöglichkeiten aufgezeigt und Wege erklärt werden, wo diese verfügbar sind. Es ist darauf zu achten, dass die Art der Aufklärung destigmatisierend wirkt und von eventuell vorhandenen Schuld- oder Schamgefühlen entlastet.

Empfehlung 2	Sobald die Diagnose einer BPS feststeht, soll sie den Betroffenen mitgeteilt und erklärt werden. Dabei soll betont werden, dass es wirksame Behandlungsmöglichkeiten gibt.
KKP	100% (starker) Konsens

Die Leitliniengruppe gibt eine starke Empfehlung, dass auch Angehörigen oder andere Bezugspersonen nach Aufklärung des Betroffenen die Diagnose mitgeteilt wird, und dass sie weiterführende Informationen über adäquate Therapien erhalten. Voraussetzung hierfür ist, dass der/die Betroffene hiermit einverstanden ist und diese Zustimmung dokumentiert wird. Familien können eine bedeutsame Rolle für die weitere Entwicklung der/des Betroffenen einnehmen, weshalb ihr Beitrag von Therapierenden zu wertschätzen ist, und ihnen Anleitung zu hilfreichem Verhalten in Krisen (z.B. Umgang mit selbstverletzendem Verhalten) zu geben ist. Zudem ist zu beachten, dass Angehörige oft sehr belastet sind und sich hilflos fühlen, weshalb Informationen für sie hilfreich sein können. Allerdings gibt es Konstellationen und Situationen, in denen auf die Einbeziehung von Angehörigen zu verzichten ist; dies ist v.a. der Fall, wenn das familiäre Umfeld aktuell traumatisierend ist, sei es im Sinne des emotionalen Missbrauchs oder auch körperlicher/sexueller Misshandlungen, oder wenn Strafanzeigen gegen Angehörige vorliegen oder drohen. Es gibt Betroffene, die zunächst die Kontaktaufnahme mit Angehörigen ablehnen, später aber zustimmen und von deren Einbeziehung profitieren. Daher sind Angebote zur Einbeziehung von Angehörigen ggf. wiederholt anzubieten.

Empfehlung 3	Sofern die oder der Betroffene zustimmt, soll die Diagnose nach vorangegangener Reflexion mit dem Behandler der Familie, Partner/Partnerin oder weiteren Angehörigen oder Bezugspersonen erläutert werden.
KKP	100% (starker) Konsens

3.2 Anzeichen einer BPS bei Kindern und Jugendlichen und Zeitpunkt der Diagnosestellung

Die zugehörige Evidenz umfasst gegenwärtig ein systematisches Review prospektiver und retrospektiver Kohortenstudien (Level I³⁸) sowie eine zunehmende Zahl an Studien, die aufzeigen, dass die Diagnose einer BPS im Jugendalter ähnliche psychosoziale und klinische Korrelate aufweist wie im Erwachsenenalter⁶⁹. Jugendliche mit BPS bzw. ausgeprägten BPS-Merkmalen haben ebenso wie Erwachsene mit BPS mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in ihrer Vorgeschichte sexuelle, physische oder verbale Gewalt erfahren oder wurden vernachlässigt³⁸. Auch eine Viktimisierung durch Gleichaltrige im Grundschulalter wurde als Risikofaktor für eine stärkere Ausprägung von BPS-Merkmalen im frühen Jugendalter berichtet⁷⁰. Ebenso wie Erwachsene mit BPS weisen sie zudem ein erhöhtes Risiko komorbider affektiver, Angst- und Essstörungen auf, ebenso häufigeren Substanzmissbrauch, und auch das Risiko komorbider posttraumatischer Belastungsstörungen ist erheblich erhöht³⁸. Besonders relevant ist, dass dies im Jugendalter bereits für eine subsyndromale BPS (Vorliegen von drei bis vier BPS-Kriterien nach DSM-5) der Fall ist⁷⁰. Weiterhin ist die Suizidalität gegenüber nicht betroffenen Gleichaltrigen ebenfalls erhöht, und es kommt wesentlich häufiger zu Selbstverletzungen und Suizidversuchen^{38,70,71}. Spezifisch unterscheiden sich betroffene Jugendliche von nicht betroffenen durch eine erhöhte affektive Instabilität, einen höheren Schweregrad von Selbstverletzungen und Risikoverhaltensweisen, ein eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau sowie ein höheres Risiko multipler psychischer Komorbiditäten; zudem weisen sie häufig Vortherapien mit unbefriedigendem Behandlungserfolg auf^{70,72,73}. Insgesamt stützen die Befunde damit die ätiologische und psychopathologische Ähnlichkeit von betroffenen Jugendlichen und Erwachsenen und somit auch die Validität der BPS-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen.

Die bisherige Forschung konnte wesentliche Merkmale einer BPS bei Minderjährigen identifizieren, die sich im Grunde kaum von denen bei Erwachsenen unterscheiden. Es gibt jedoch deutliche Hinweise darauf, dass v.a. die sogenannten „akuten“ Symptome der BPS (z.B. Selbstverletzung und Suizidalität oder andere impulsive und riskante Verhaltensweisen) sowie auch die emotionale Instabilität bei Jugendlichen sehr stark ausgeprägt sind^{69,74}. Zudem konnte die hohe Neigung zu multiplen, komorbiden Störungen vielfach auch für das Jugendalter bestätigt werden^{72,73}. Besonders relevant für die untenstehende Empfehlung erscheint jedoch die Tatsache, dass die BPS auch im Jugendalter mit deutlichen Einschränkungen des Funktionsniveaus einhergeht^{70,72,73}, und Daten aus dem Erwachsenenalter zeigen, dass Einschränkungen des Funktionsniveaus trotz deutlicher Reduktion der BPS oft nur bedingt erreicht werden können (z.B⁵²). Die Autoren der Leitlinie gehen davon aus, dass eine frühe Diagnosestellung und Einleitung von spezifischen Interventionen bei von BPS betroffenen jungen Menschen den Erfolg von Behandlungen deutlich steigern können und einem chronischen Verlust des Funktionsniveaus vorbeugen können⁴⁴. Der empirische Nachweis in Langzeitstudien ist jedoch ausstehend. Diagnostische Evidenz besteht derzeit für Jugendliche ab dem Alter von 12 Jahren^{75,76}, ab diesem Alter können auch die für das Jugendalter verfügbaren Interventionen in der Regel gut angewendet werden.

Empfehlung 4	<p>Auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren soll die fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose erwogen und ggf. veranlasst werden bei mindestens einem der folgenden Charakteristika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten • Erhebliche emotionale Instabilität • Gleichzeitiges Vorliegen mehrerer psychischer Störungsbilder • Kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien • Stark beeinträchtigtes psychosoziales Funktionsniveau.
KKP	84% Konsens

Trotz der weitverbreiteten Ansicht, dass Persönlichkeitsstörungen ihren Ursprung in der Kindheit und der Adoleszenz haben, wurde die Vergabe der Diagnose einer BPS vor dem 18. Lebensjahr lange Zeit kontrovers diskutiert. Zu den häufig genannten Argumenten gehören, dass BPS-typische Auffälligkeiten normale Verhaltensweisen bei Jugendlichen darstellten und nicht pathologisiert werden sollten, dass die in der Entwicklung befindliche Persönlichkeit von Jugendlichen noch zu instabil sei, um sie als «gestört» klassifizieren zu können, und dass die Jugendlichen vor der stigmatisierenden Etikettierung als Borderline-Patient/in, von welcher langanhaltende negative Konsequenzen (z. B. Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes) zu erwarten seien, bewahrt werden sollten^{69,77}. In der Konsequenz erfolgten konventionellerweise Diagnosestellung und Behandlung erst relativ spät im Krankheitsverlauf, wenn Symptome zunehmend chronifizierten und typischerweise psychosoziale Folgeerscheinungen bereits zu Tage traten, die sich wiederum häufig negativ auf Behandlungserfolg und Prognose auswirkten.

Inzwischen konnte die empirische Forschung zeigen, dass die BPS mit deutlichen Abweichungen von der „normativen“ Adoleszenz einhergeht und dass sich die Stabilität der BPS im Jugendalter nicht von der im Erwachsenenalter unterscheidet⁷⁸. Das potenzielle Stigma der Diagnose einer BPS ist weiterhin vorhanden, jedoch gewichten die Autoren der Leitlinie die vorhandenen Chancen einer Früherkennung mit daraus resultierender Frühintervention als deutlich höher. Analog zum inzwischen auf internationaler Ebene bestehenden Konsens⁴⁴ und in Übereinstimmung mit den NHMRC-Quellleitlinien wird daher die Diagnosestellung der BPS ab dem Alter von 12 Jahren klar empfohlen.

Empfehlung 5	Nach fachgerechter Diagnostik soll die Diagnose einer BPS auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren gestellt werden, wenn sie die diagnostischen Kriterien erfüllen.
KKP	100% (starker) Konsens

3.3 Diagnosekriterien

3.3.1 Diagnosekriterien bei Erwachsenen

Die Diagnosekriterien für die BPS sind zwischen ICD-10, ICD-11 und DSM-5 ähnlich, aber unterscheiden sich im Detail.

ICD-10

In der ICD-10 handelt es sich um die Kategorie der Emotional-Instabilen Persönlichkeitsstörung, bei der zwei Unterkategorien „Impulsiver Typus“ und „Borderline-Typus“ differenziert werden⁷⁹ (s. Tabelle 2).

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 2.:
	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.
ICD-10 (F60.31) Borderline-Typus	
A.	Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
B.	Mindestens drei der oben unter F60.30 B 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.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 2015)

DSM-5

Die DSM-5-Kategorie der BPS in der Sektion II und damit in der derzeit zur klinischen Anwendung kommenden diagnostischen Kriterienliste ist gegenüber der Vorgängerversion DSM-IV weitgehend unverändert geblieben⁸⁰ (Tabelle 3).

Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-5)

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

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

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (APA, 2020)

ICD-11

In der ICD-11, die in ihrer englischen Version voraussichtlich Anfang 2022 von der WHO veröffentlicht werden soll (Veröffentlichungsdatum in Deutschland noch nicht bekannt), kommt es zu einer weitreichenden Veränderung in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, die auf einer Schweregradeinteilung nach leicht, mäßig und schwer beruhen wird (s. Tabelle 4). Dieses dimensionale Konzept zielt darauf ab, direkte Aussagen über die Intensität und Häufigkeit des Hilfebedarfs als auch über das notwendige Behandlungssetting bieten zu können⁸¹. Auch ist die dimensionale Diagnostik eher als die kategoriale Diagnostik zur Therapieplanung geeignet⁸².

Eine *leichte Persönlichkeitsstörung* ist dadurch charakterisiert, dass die Funktionsbeeinträchtigungen auf spezifische Lebensbereiche begrenzt sind und andere nicht betroffen sind. Zumindest einige soziale und berufliche Rollen können aufrechterhalten werden. Zudem sind die spezifischen Manifestationen allgemein von leichtem Schweregrad und gehen nicht mit gravierendem Schaden für sich selbst oder andere einher. Die Störung kann aber mit beträchtlichem Leiden und Funktionsbeeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen / beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen einhergehen; die Funktionsbeeinträchtigungen sind entweder begrenzt auf umschriebene Lebensbereiche oder aber in vielen Bereichen von geringer Ausprägung vorhanden.

Eine *mäßige Persönlichkeitsstörung* erstreckt sich in ihren Folgen auf mehrere Lebensbereiche, ihre emotionalen, kognitiven und behavioralen Manifestationen sind von mäßigem Schweregrad; einige Lebensbereiche können weniger betroffen sein. Es finden sich deutliche Probleme in den meisten zwischenmenschlichen Beziehungen, und die Leistungsfähigkeit ist bezüglich der meisten sozialen und beruflichen Rollen zu einem bestimmten Grad eingeschränkt. Die Beziehungen zeichnen sich durch Konflikte, Vermeidung, Rückzug oder extreme Abhängigkeit aus. Die spezifischen Manifestationen der Störung sind allgemein von moderatem Schweregrad. Es kann selbst- oder fremdschädigendes Verhalten auftreten. Die mäßige Persönlichkeitsstörung geht mit deutlicher Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen / beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen einher; das Funktionsniveau kann in umschriebenen Bereichen erhalten sein.

Eine *schwere Persönlichkeitsstörung* zeichnet sich durch schwerwiegende Funktionsbeeinträchtigungen des Selbst aus. Probleme im zwischenmenschlichen Bereich betreffen in gravierender Weise nahezu alle Beziehungen, und die Fähigkeit bzw. die Bereitschaft erwartete soziale und berufliche Rollen zu erfüllen ist nicht vorhanden oder gravierend eingeschränkt. Die spezifischen Manifestationen der Persönlichkeitsstörung sind schwer und betreffen die meisten, wenn nicht alle Lebensbereiche. Die schwere Persönlichkeitsstörung geht oft mit selbst- oder fremdschädigendem Verhalten einher und ist mit gravierenden Einschränkungen in allen oder fast allen Lebensbereichen verbunden, einschließlich persönlicher, familiärer, sozialer, schulischer/beruflicher oder anderer wichtiger Lebensbereiche.

Wichtig ist auch die im ICD-11 vorgenommene Änderung in den allgemeinen Persönlichkeitsstörungsmerkmalen, die das für traditionelle Modelle zentrale Stabilitätskriterium durch eine Störungsdauer von mehr als zwei Jahre ersetzt.

Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11 (6D10): Aspekte des Funktionsniveaus, die zur Schweregradbestimmung beitragen

Ausmaß und Durchdringungsgrad betreffend Funktionsstörungen des **Selbst**

1. Identität: Stabilität und Kohärenz des Identitätsgefühls (z.B. Ausmaß, in dem Identität oder Selbstgefühl unbeständig und inkonsistent oder besonders rigide und unbeweglich sind).
2. Selbstwertgefühl: Fähigkeit, ein im Ganzen positives und stabiles Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten.
3. Genauigkeit der eigenen Sicht auf die eigene Persönlichkeit, ihre Stärken und Grenzen.
4. Fähigkeit zur Selbststeuerung (Fähigkeit angemessene Ziele zu planen, zu wählen und zu implementieren).

Ausmaß und Durchdringungsgrad betreffend **interpersoneller Dysfunktion**

5. Interesse, Beziehungen zu anderen einzugehen.
6. Fähigkeit, die Perspektiven anderer zu verstehen und zu berücksichtigen.
7. Fähigkeit, enge, wechselseitig befriedigende Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten.

8. Fähigkeit, Konflikte in Beziehungen zu bewältigen.
Durchdringungsgrad, Schweregrad und Chronizität von emotionalen, kognitiven und Verhaltensmanifestationen der Persönlichkeitsdysfunktion
9. Emotionale Manifestationen
i. Bandbreite und Angemessenheit emotionaler Erfahrungen und des emotionalen Ausdrucks.
ii. Tendenz, emotional über- oder unterreagibel zu sein.
iii. Fähigkeit, unerwünschte Emotionen zu erkennen und einzugestehen.
10. Kognitive Manifestationen
i. Richtigkeit situativer und zwischenmenschlicher Bewertungen, v.a. unter Stress.
ii. Fähigkeit, angemessene Entscheidungen in ungewissen Situationen zu treffen.
iii. Angemessene Stabilität und Flexibilität von Ansichten und Überzeugungen.
11. Verhaltensmanifestationen
i. Flexibilität im Kontrollieren von Impulsen und in der Modulation von Verhalten basierend auf Situation und Abwägen der Konsequenzen.
ii. Angemessenheit von Verhaltensreaktionen auf intensive Emotionen und stressvolle Umstände (z.B. Neigung zu Selbstschädigung und Gewalt).
Ausmaß, in dem die beschriebenen Dysfunktionen mit Leid oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen/beruflichen und anderen wichtigen Bereichen einhergehen.

Tabelle 4: Schweregradbestimmung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11

Daneben kann das *Borderline-Muster* als zusätzliches Qualifikationsmerkmal vergeben werden, wenn das Muster der Funktionsbeeinträchtigungen in typischer Form folgende Merkmale, die mit kleinen Änderungen in der Formulierung den DSM-5-Kriterien⁸⁰ entsprechen (s. Tabelle 5)⁸³

DSM-5, Sektion II (301.83) ⁸⁰	ICD-11, 6D11.5*
Allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörungen	Allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörungen
+	+
≥ 5 der folgenden 9 Kriterien:	Borderline-Muster: Durchdringendes Muster der Instabilität von
	1. zwischenmenschlichen Beziehungen,
	2. Selbstbild
	3. Affekten
	4. ausgeprägter Impulsivität,

	wie durch mehrere** der folgenden 9 Kriterien definiert:
Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in einem separaten Kriterium (s.u.) enthalten sind)	Verzweifelte Bemühungen, reales oder eingebildetes Verlassen Sein zu vermeiden
Muster instabiler, aber intensive zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist	Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen
Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbilds oder der Selbstwahrnehmung	Identitätsstörung, die sich in einem ausgeprägten und anhaltend instabilen Selbstbild oder Selbstwertgefühl manifestiert
Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“; beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in einem separaten Kriterium enthalten sind, s.u.)	Tendenz zu unüberlegtem Handeln in Zuständen hohen negativen Affekts, was zu potenziell selbstschädigendem Verhalten führt
Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten	Wiederkehrende Episoden von Selbstverletzungen
Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)	Emotionale Instabilität durch ausgeprägte Stimmungsreaktivität
Chronische Gefühle von Leere	Chronisches Gefühl der Leere
Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)	Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome	Vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen mit hoher affektiver Erregung

* offizielle deutsche Übersetzung liegt noch nicht vor (Stand Oktober 2021), zitiert nach^{84,85}

** aktuell wird noch diskutiert, ob diese Abweichung von DSM-5, wo von 5 oder mehr vorhandenen Symptomen die Rede ist, beibehalten werden soll oder nur mehrere erfüllt sein müssen (was unklar ist und zu diagnostischen Unklarheiten führen dürfte)

Tabelle 5: DSM-5 und ICD-11-Kriterien der BPS (DSM-5) bzw. des "Borderline-Musters" (ICD-11)

3.3.2 Diagnosekriterien bei Kindern und Jugendlichen (MK)

Wie oben bereits unter 3.2 eingehend beschrieben, unterscheidet sich die Diagnose der BPS im Jugendalter grundsätzlich nicht von der Diagnose im Erwachsenenalter. Daher sind die Altersgrenzen im ICD-11 aufgehoben, eine Diagnosestellung bei Jugendlichen ist explizit vorgesehen^{81,84}. Zu beachten ist, dass die „akuten“ Symptome der Selbstschädigung, Suizidalität und Impulsivität oft deutlich im Vordergrund stehen (meist führen diese auch zu ersten Kontakten mit dem Gesundheitssystem). Symptome wie „Identitätsstörung“ oder „instabile zwischenmenschliche Beziehungen“ sind bei Jugendlichen zum Teil etwas geringer ausgeprägt oder zumindest weniger leicht erkennbar.

Hier liegt auch eine bis heute klar identifizierte, aber ungelöste Schwäche: es fehlen entwicklungsadaptierte Operationalisierungen der BPS-Kriterien. Besonders bei den beiden oben genannten Kriterien können zur Beurteilung die gängigen Operationalisierungen inklusive der entsprechenden Zeiträume des Erwachsenenalters nur bedingt herangezogen werden. So kann zum Beispiel eine hohe Unsicherheit hinsichtlich der beruflichen Zukunft im Jugendalter nicht als Kriterium für eine Instabilität der Identität oder eine konflikthafte Eltern-Kind-Beziehung nicht als Kriterium für generell instabile zwischenmenschliche Beziehungen gewertet werden. Es benötigt daher eine gute Kenntnis der Entwicklungsabhängigkeit von Identität und Interpersonalität, um hier eine gute Trennschärfe zwischen „Adoleszenz“ und BPS zu erreichen.

3.4 Screening- und Diagnoseinstrumente

3.4.1 Screeninginstrumente

Um bei Verdacht auf eine BPS erste grobe Informationen oder weitere Hinweise auf das Vorliegen einer BPS effizient zu erheben, können vor Durchführung eines diagnostischen Interviews (jedoch nicht anstatt eines solchen) zunächst Screeningverfahren eingesetzt werden, die den Diagnostikprozess gegebenenfalls erheblich verkürzen.

Empfehlung 6 Bei Menschen, die Behandlungsangebote aufsuchen, können validierte BPS-Screeningverfahren eingesetzt werden, um Personen zu identifizieren, die eine weiterführende Diagnostik benötigen.

KKP 100% (starker) Konsens

* Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatsträger ohne Interessenkonflikte aufgrund von Autorenschaften oder Beteiligung bei Validierungsstudien (13 von 18) wie auch die Abstimmung aller Mandatsträger (18) ergaben 100% Konsens

Screeningverfahren sind grundsätzlich nicht zur Diagnosestellung geeignet, vielmehr sind sie dafür konzipiert, in einem ersten Schritt möglichst alle Personen, die potenziell betroffen sein könnten, zu identifizieren (hohe Sensitivität). Im Anschluss müssen Verdachtsdiagnosen durch eine vertiefte Diagnostik gesichert werden⁸⁶. Folgende frei verfügbare Screeningfragebogen, die in deutscher Sprache validiert wurden, weisen eine ausreichende Testgüte auf, sind im klinischen Alltag praktikabel und auch im Hinblick auf die bevorstehende Einführung des ICD-11 sinnvoll einsetzbar: (Tabelle 6; alphabetische Reihung):

<p>ADP-IV (Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen)^{87,88}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening aller DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen ▪ 94 Items, Dauer ca. 20 Minuten ▪ Frei verfügbar unter https://www.meduniwien.ac.at/hp/psychoanalyse/forschung/diagnostik-downloads/diagnostik-von-persoenlichkeitsstoerungen/
<p>BSL-23 (Borderline Symptom Liste)^{89,90}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung des Ausmaßes der intrapsychischen Belastung bei von BPS Betroffenen ▪ Kurzversion, 23 Items (keine Nachteile gegenüber 95-Items-Langversion); zusätzlich visuelle Analogskala zur Erhebung der aktuellen psychischen Befindlichkeit und Ergänzungsskala (11 Items) zur Erfassung des Ausmaßes der aktuellen dysfunktionalen Verhaltensweisen ▪ Dauer 10 Minuten ▪ Zur Verlaufskontrolle geeignet ▪ Frei verfügbar unter https://www.zi-mannheim.de/forschung/abteilungen-ags-institute/psym/psm-informationen-downloads.html
<p>FGG – Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen^{91,92}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung BPS-spezifischer Gedanken ▪ Langversion 37 Items, Kurzversion 14 Items ▪ Dauer 5-10 Minuten ▪ Cut-off für Verdachtsdiagnose einer BPS vorhanden ▪ Für Therapieplanung und Verlaufskontrolle geeignet

Tabelle 6: Screeningfragebögen

3.4.2 Kategoriale Diagnostik

Eine umfassende und sorgfältige Diagnostik der BPS ist zu empfehlen, da Symptome einer BPS auch bei anderen häufigen psychischen Störungen (Depression, bipolare Störung, substanzbezogene Störungen, Posttraumatische Stressstörung, Essstörungen etc.) oder anderen Persönlichkeitsstörungen vorkommen, oder auch diese gleichzeitig mit einer BPS vorliegen und daher voneinander abgegrenzt werden müssen. Andererseits darf eine BPS nicht übersehen werden, da für sie spezifische Therapien vorliegen, die sich grundlegend vom therapeutischen Vorgehen etwa bei Depressionen, bipolarer Störung, posttraumatischer Stressstörung oder Psychosen unterscheidet. Grundsätzlich ist die Diagnose einer BPS hinreichend von anderen Diagnosen abgrenzbar und damit reliabel anhand der in Kapitel 3.3 dargelegten diagnostischen Kriterien stellbar.

Empfehlung 7.1	Zur Diagnosestellung soll eine sorgfältige klinische Diagnostik durchgeführt werden.
KKP	84% Konsens

Halbstrukturierte, validierte Interviews sind vorzugsweise in der Diagnostik einzusetzen, da sie eine Diagnosestellung entsprechend der offiziellen Diagnosesysteme ermöglichen, eine umfassende systematische Abfrage und Bewertung aller Kriterien (vgl.⁸⁶) und deutliche Vorteile gegenüber Selbstbeurteilungsfragebögen bieten, die eher als Screeninginstrumente konzipiert sind und somit tendenziell zu falsch-positiven Diagnosen führen können.

Empfehlung 7.2	Diese sollte durch den Einsatz eines validierten, halbstrukturierten Interviews unterstützt werden.
KKP	84% Konsens

Tabelle 7 führt einige halbstrukturierte Interviews auf, die aufgrund hinreichend guter Testgüte, Verfügbarkeit und Validierung in deutscher Sprache sowie ihrer Praktikabilität verwendet werden. Wie bei Interviews üblich, müssen die Interviewenden in der Anwendung des jeweiligen Verfahrens geschult sein, um valide Ergebnisse zu erhalten.

SKID-II – Halbstrukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II⁹³	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV ▪ zweistufiges Verfahren: Screeningfragebogen vorgeschaltet, im Interview Exploration nur der positiven Items ▪ Borderline-Unterskala: 14 Items ▪ Dauer abhängig von Anzahl positiver Items, für BPS-Diagnostik bis zu 30 Minuten 	
SKID-5-PD – Halbstrukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen⁹⁴	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachfolger des SKID-II-Interviews ▪ Klassifikatorische Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 ▪ zusätzlich dimensionale Bewertung möglich ▪ Abfrage derselben Kriterien wie SKID-II, Fragen teilweise umformuliert ▪ Dauer insgesamt 60-90 Minuten, Borderline-Diagnostik ca. 20 Minuten 	
DIPS Open Access – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen⁹⁵	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10 ▪ Bis zu 25 Fragen mit Sprungregeln, die bei eindeutiger Nichterfüllung bestimmter Kriterien einen ökonomischen und effizienten Einsatz durch Auslassen von Fragen ermöglichen ▪ Dauer für BPS-Diagnostik: abhängig von Anzahl positiver Items, bis zu 30 Minuten ▪ Kostenlos verfügbar (https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/100/89/589-1) 	
IPDE - International Personality Disorder Examination – ICD-Modul⁹⁶	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 ▪ Screeningfragebogen vorgeschaltet (59 Items) ▪ Dauer insgesamt 60-90 Minuten, Borderline-Diagnostik ca. 20 Minuten 	

Tabelle 7: Diagnostische Interviews zur BPS-Diagnostik

3.4.3 Dimensionale Diagnostik

Eine dimensionale Diagnostik prominenter Persönlichkeitsmerkmale ist im Alternativen Modell des DSM-5 (Sektion III) dargelegt und wird in ähnlicher Weise auch im ICD-11 zur Anwendung kommen⁹⁷. Folgende Verfahren greifen diese Ansätze auf und sind in deutscher Sprache verfügbar (s. Tabelle 8):

PID-5 (Persönlichkeitsinventar für DSM-5)^{98,99}
<ul style="list-style-type: none">▪ Fünf-Faktoren-Modell (Negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung, Anankasmus/Zwanghaftigkeit), wie dies im Alternativen Modell des DSM-5 (Sektion III) dargelegt ist▪ Selbsteinschätzung▪ Langform, v.a. für Forschungskontext 220 items▪ Kurzform, v.a. für klinische Settings: 25 Items▪ Beide Versionen online verfügbar unter https://www.hogrefe.com/de/downloads/dsm-5-online-material)
LPFS-SR (Levels of Personality Functioning Scale-Self Report)^{100,101}
<ul style="list-style-type: none">▪ Schweregradbestimmung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, wie es im A-Kriterium des Alternativen Modell des DSM-5 operationalisiert ist▪ Selbstbeurteilungsskala▪ jeweils 20 Items beziehen sich auf die vier Faktoren: Nähe-Distanz, Selbstbild, Selbstregulation, Empathie▪ deutsche Kurzversion mit 12 Items für die beiden Faktoren „Selbst“ und „interpersonell“ verfügbar¹⁰¹
STIP 5.1 (Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5)^{102,103}
<ul style="list-style-type: none">▪ Schweregradbestimmung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, wie es im A-Kriterium des Alternativen Modell des DSM-5 operationalisiert ist▪ Semi-strukturiertes Interview▪ deutsche Version verfügbar¹⁰¹

Tabelle 8: Verfahren zur dimensionalen Diagnostik

3.4.4 Diagnoseinstrumente bei Kindern und Jugendlichen

Bei Jugendlichen ist es möglich, zur Diagnostik der BPD die unter Kapitel 3.4.3 beschriebenen Instrumente heranzuziehen, die zur dimensionalen Diagnostik bereits erfolgreich bei Jugendlichen eingesetzt werden. Einige Fragen und Operationalisierungen bedürfen jedoch einer altersabhängigen Anpassung (bspw. Identitätsproblematik, vgl. Kapitel 3.2).

Zu beachten ist, dass Screeninginstrumente für BPS im Selbstbericht bei Jugendlichen in der Regel sehr sensitiv sind und meist zu sehr vielen «falsch positiv» identifizierten Fällen führen. Die abschließende Diagnostik erfordert insofern immer ein ausführliches klinisches Interview und beruht keinesfalls ausschließlich auf Selbstbeurteilung.

3.5 Komorbiditäten

3.5.1 Psychische Komorbiditäten

Die BPS zeichnet sich durch eine hohe psychische Komorbidität aus, die in der klinischen Diagnostik aufgrund ihrer Bedeutung für die Therapie und Prognose Beachtung finden sollte. Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen depressive Störungen, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Angststörungen, ADHS, Substanzabhängigkeit, bipolare Störungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen und Essstörungen¹⁰⁴. Auch andere Persönlichkeitsstörungen wie die vermeidend-selbstunsichere, dependente, narzisstische und antisoziale Persönlichkeitsstörung kommen häufig komorbid vor¹⁰⁴.

Die Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen und Angststörungen liegt bei über 80%. Die komorbiden Störungen dürfen allerdings nicht, wie es der Begriff nahelegen könnte, als eigenständige Störungen betrachtet werden; v.a. die depressiven und Angststörungen bilden sich gewöhnlich mit der Besserung der BPS ebenfalls zurück³³. Eine komorbid bestehende Bipolar I -Störung, eine schwere substanzbezogene Störung, eine komplexe PTBS sowie eine Anorexia nervosa sind dagegen von Anfang an in der Therapieplanung zu beachten bzw. gezielt mitzubehandeln. Eine gleichzeitig bestehende Intelligenzminderung kann vorliegen und muss im Behandlungsplan beachtet werden (vgl. Kapitel 7.3). Symptomatisch können psychotische Symptome und Schlafstörungen vorliegen, letzteres v.a. bei gleichzeitig bestehender PTBS.

3.5.2 Somatische Komorbiditäten

Betroffene mit BPS zeigen häufige somatische Komorbiditäten, insbesondere wenn die Störung nicht nach einigen Jahren remittiert³³. Damit verbunden ist eine erhöhte Nutzung der Angebote des Gesundheitssystems und eine deutlich verminderte Lebenserwartung¹⁰⁵. Das Risiko für das Vorliegen schwerwiegender somatischer Erkrankungen bei der BPS ist nicht zu unterschätzen¹⁰⁴⁻¹⁰⁸ und ist im diagnostischen Prozess sorgfältig mit zu erfassen.

Die Auswertung der Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland im Jahr 2016 erbrachte für von BPS Betroffene erheblich erhöhte Risiken somatischer Erkrankungen im Vergleich mit nicht von BPS Betroffenen¹⁰⁵ (vgl. Tabelle 9). Insbesondere die Risiken von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, von Kreislauf- sowie Atmungssystemerkrankungen sind dabei nochmals höher als bei Menschen, die von anderweitigen schweren psychischen Erkrankungen (psychotische oder bipolare Störungen, schwere unipolare Depressionen) betroffen sind¹⁰⁵.

Somatische Komorbiditäten, an denen von BPS Betroffene im Vergleich zu nicht Betroffenen mit statistisch signifikant erhöhter relativer Chance erkranken (administrativer Datensatz der im Jahr 2016 in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Personen, Alter \geq 18 Jahre), nach¹⁰⁵

Infektiöse Erkrankungen	Odd's ratio*
Hepatitis, HIV	4.28
Bösartige Neubildungen (BN)	1.11
weibliche Genitalorgane	1.70
Auge, Gehirn, andere Teile des ZNS	1.42

Lippe, Mundhöhle, Pharynx	1.33
Bronchien, Lunge	1.32
Knochen, Gelenkknorpel	1.32
Atmungsorgane, sonstige intrathorakale Organe	1.29
Mesothel- und Weichteilgewebe	1.28
Verdauungsorgane	1.25
ungenau bezeichnet, sekundäre und unspezifische Lokalisation	1.22
(primär) lymphatisches, hämatopoetisches und verwandtes Gewebe	1.17
Harntrakt	1.16
Schilddrüse und andere endokrine Drüsen	1.12
endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1.70
Adipositas	2.08
Diabetes Mellitus	1.85
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1.34
Krankheiten des Kreislaufsystems	1.50
Herzinsuffizienz	1.82
zerebrovaskuläre Erkrankungen	1.79
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	1.66
ischämische Herzkrankheiten	1.60
Herzrhythmusstörungen	1.46
Hypertonie	1.40
Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.18
Krankheiten des Atmungssystems	1.41
chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	2.60
Asthma	2.12
Pneumonie	1.74

*die relative Chance der von BPS betroffenen Personen, an den hier aufgeführten Komorbiditäten zu erkranken, ist gegenüber nicht von BPS betroffenen Personen statistisch signifikant erhöht ($p < .05$ bei allen hier aufgeführten Effektstärken)

Tabelle 9: erhöhte Risiken somatischer Komorbiditäten bei von BPS Betroffenen (administrative Prävalenz (nach Schneider et al., 2019))

3.5.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung

Zu einer fachgerechten klinischen Diagnostik gehört eine präzise Differenzialdiagnostik. Folgende Störungen sind hier v.a. relevant:

- ADHS/ADS
- Angststörungen
- Antisoziale PS / Störung des Sozialverhaltens (bei Minderjährigen)
- Andere PS
- Asperger-Syndrom/Autismus-Spektrum-Störungen
- Bipolare Störungen
- Depressive Erkrankungen
- Dissoziative Störungen
- Gender Identity Disorder/Gender-Dysphorie (vgl. Kapitel 7.4 zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten)
- (komplexe) Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

- Psychotische Störungen
- Selbstverletzendes Verhalten (Symptom)

Eine diagnostische Herausforderung kann in der Differenzialdiagnostik einer Bipolar-II-Störung sowie einem Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) liegen.

Ein Unterschied zwischen ADHS und BPS ist darin zu sehen, dass im Gegensatz zur ADHS bei BPS impulsives und aggressives Verhalten i.d.R. mit emotionalem Stress verbunden ist. V.a. wenn ausgeprägt impulsives Verhalten und Aggressivität vorliegt, sollte geprüft werden, ob eine ADHS oder eine komorbide ADHS vorliegt. Bei alleiniger ADHS fehlen die typischen Interpersonellen Probleme der BPS und tritt impulsives Verhalten auch unabhängig von emotionalem, interpersonellem Stress auf. Umgekehrt fehlen bei BPS die Merkmale kognitiver Impulsivität sowie die motorische Hyperaktivität und der oft beschleunigte Redefluss.

Der wesentliche Unterschied zur Bipolar-II-Störung liegt dagegen darin, dass sich die Affektivität bei bipolaren Störungen nachhaltiger und dabei weniger reaktiv verändert. Bei Vorliegen psychotischer Symptome sollte eine ausführliche Differentialdiagnostik erfolgen; v.a. bei intermittierend auftretenden Wahnsymptomen und Halluzinationen, hat diese Differentialdiagnostik eine hohe therapeutische Relevanz. Auch hier geben emotionale Stressoren als Auslöser wesentliche Anhaltspunkte für eine BPS.

4. Behandlung

4.1 Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

Dieses Kapitel behandelt die Fragestellungen 6 („Welche Psychotherapien sind wirksam?“), 7 („Welche psychosozialen Interventionen sind wirksam?“) und 8 („Welche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für Betroffene mit BPS führen zu Verbesserungen und weisen dabei ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?“, vgl. Anhang 1: Übersicht der Fragestellungen und Empfehlungen).

Die aktualisierte Literatursuche (2011 bis August 2021) ergab folgende Evidenzlage: Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei BPS ist Gegenstand von neun neuen Level I-Studien (Metaanalysen oder systematischen Reviews auf Basis von RCTs^{109–117}), wovon eine¹¹⁴ bereits durch eine aktualisierte Nachfolgerversion¹¹³ ersetzt wurde. Weiterhin wurden insgesamt 37 neue Level-II-Studien (RCTs) identifiziert, in denen die Effekte psychotherapeutischer Interventionen mit unspezifischen Kontrollbedingungen verglichen wurden (vgl. Tabelle 10 sowie Evidenztabellen Fragestellung 6, 7 und 8).

Evidenz zu Fragestellungen 6-8	
Level I^a	NHMRC-Leitlinie: Barnicot 2011 ¹¹⁸ Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie (2011-August 2021) Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹ , Cristea 2017 ¹¹⁰ , Keefe 2020 ¹¹⁵ McLaughlin 2019 ¹¹¹ , Oud 2018 ¹¹² , Spong 2021 ¹¹⁶ Stoffers 2012 ¹¹⁴ , aktualisiert und ersetzt durch Storebø 2020 ¹¹³ Zahediabghari 2020 ¹¹⁷
Level II^b	NHMRC-Leitlinie: Ball 2011 ¹¹⁹ , Bateman 1999 ¹²⁰ , Bateman 2008 ¹²¹ , Bateman 2009 ¹²² , Bellino 2006 ¹²³ , Bellino 2010 ¹²⁴ , Blum 2008 ¹²⁵ , Carter 2010 ¹²⁶ , Cottraux 2009 ¹²⁷ , Bos 2010 ¹²⁸ , Chanen 2008 ⁷⁸ , Clarkin 2007 ^{129,130} , Davidson 2006 ¹³¹ , Davidson 2010 ¹³² , Doering 2010 ¹³³ , Farrell 2009 ¹³⁴ , Giesen-Bloo 2006 ¹³⁵ , Gregory 2009 ¹³⁶ , Gregory 2010 ¹³⁷ , Harned 2008 ¹³⁸ , Koons 2001 ¹³⁹ , Kramer 2011 ¹⁴⁰ , Linehan 1991 ¹⁴¹ , Linehan 2006 ¹⁴² , McMMain 2009 ¹⁴³ , Morey 2010 ¹⁴⁴ , Munroe-Blum 1995 ¹⁴⁵ , Rowe 2008 ¹⁴⁶ , Schuppert 2009 ¹⁴⁷ , Schuppert 2012 ¹⁴⁸ , Soler 2009 ¹⁴⁹ , Turner 2000 ¹⁵⁰ , Tyrer 2003 ¹⁵¹ , van den Bosch 2002 ¹⁵² , Weinberg 2006 ¹⁵³ , Zanzarini 2008 ¹⁵⁴ Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie (2011-August 2021)² Amianto 2011 ¹⁵⁵ , Andreoli 2016 ¹⁵⁶ , Antonsen 2017 ¹⁵⁷ , Bianchini 2019 ¹⁵⁸ , Bohus 2013 ¹⁵⁹ , Borschmann 2013 ¹⁶⁰ , Bozzatello 2020 ¹⁶¹ , Davidson 2014 ¹⁶² , Feigenbaum 2012 ¹⁶³ , Gleeson 2012 ¹⁶⁴ , Gratz 2014 ¹⁶⁵ , Haeyen 2018 ¹⁶⁶ , Harned 2014 ¹⁶⁷ , Jahangard 2012 ¹⁶⁸ , Jochems 2015 ¹⁶⁹ , Jørgensen 2013 ¹⁷⁰ , Kamalabadi 2012 ¹⁷¹ , Kramer 2016 ¹⁷² , Kredlow 2017 ¹⁷³ , Laurensen 2018 ¹⁷⁴ , Leichsenring 2016 ¹⁷⁵ , Leppänen 2016 ¹⁷⁶ , Majdara 2019 ¹⁷⁷ , McMMain 2017 ¹⁷⁸ , Mehlum 2014 ¹⁷⁹ , Mohamadizadeh 2017 ¹⁸⁰ ,

Morton 2012¹⁸¹, Philips 2018¹⁸², Priebe 2012¹⁸³, Reneses 2013¹⁸⁴, Robinson 2016¹⁸⁵, Rossouw 2012¹⁸⁶, Salzer 2014¹⁸⁷, Santisteban 2015¹⁸⁸, Schilling 2018¹⁸⁹, Stanley 2017¹⁹⁰, Zanarini 2018¹⁹¹

^a Einschlusskriterien: Metaanalyse relevanter Level-II-Studien (s.u.) zum Vergleich aktiver psychotherapeutischer Interventionen mit unspezifischen Kontrollgruppen, Effektstärken basierend auf Zwischengruppenunterschieden

^b Einschlusskriterien: mind. 70% der Stichprobe mit Diagnose einer BPS, Vergleich psychotherapeutischer Interventionen mit unspezifischen Kontrollgruppen; mind. eine der vordefinierten Ergebnisvariablen wird berichtet (primäre Endpunkte, untereinander gleichwertig: selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Psychopathologie einschließlich selbstverletzendem Verhalten, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität; sekundäre Endpunkte, ebenfalls untereinander gleichwertig: unerwünschte Wirkungen und Kosten)

Tabelle 10: Evidenz zu Fragestellungen 6 („Welche Psychotherapien sind wirksam?“), 7 („Welche psychosozialen Interventionen sind wirksam?“) und 8 („Welche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für Betroffene mit BPS führen zu Verbesserungen und weisen dabei ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?“)

Für störungsspezifische Psychotherapien insgesamt (d.h., nicht differenziert nach individuellen Methoden) werden im Vergleich zu unspezifischen Kontrollbehandlungen vorwiegend signifikante mittelgradige bis große kumulierte Gesamteffekte auf die BPS-Gesamtschwere^{110–113,115} und das psychosoziale Funktionsniveau^{113,115,117} sowie kleine bis mittelgradige Effekte auf selbstverletzendes Verhalten^{110–113} und Suizidalität^{109,110,112,113} berichtet (vgl. Tabelle 11, Evidenztabellen Fragestellung 6, 7 und 8). Daten zu fremdgefährdendem Verhalten sind aus keiner einzigen Level-I- oder Level-II-Studie verfügbar. Unerwünschten Wirkungen waren Gegenstand zweier Level-I-Studien^{110,113}, die jedoch keine signifikanten Zwischengruppeneffekte fanden.

Kosten wurden in keiner der Level-I-Studien untersucht. Eine Meta-Analyse zu gesundheitsökonomischen Effekten von Psychotherapie bei BPS¹¹³ auf Basis nicht-randomisierter Studien aus dem Jahr 2017 berichtet für den Zeitraum von 12 Monaten eine durchschnittliche gewichtete Kostenersparnis von 1.551,37 USD (SD=6.574,17, range 83 USD – 29.392 USD) durch BPS-spezifische Psychotherapien im Vergleich zur jeweiligen Standardbehandlung („treatment as usual“, TAU) pro behandelter Person. Eine niederländische Evidenzsynthese fand für störungsspezifische ambulante Psychotherapien im 12-Monats-Zeitraum eine durchschnittliche Gesundheitskostenreduktion von 38.54% im Vergleich zum jeweiligen korrespondierenden Vorbehandlungszeitraum oder TAU, und (bei Annahme einer gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft von 50.000€ pro QUALY) eine vierundneunzigprozentige Wahrscheinlichkeit, kosteneffizient zu sein¹⁹². Aus dem deutschen Gesundheitswesen liegt eine naturalistische Beobachtungsstudie vor, in der eine deutliche Reduktion direkter Kosten (insbesondere verursacht durch weniger Krankenhaustage) bei BPS Betroffenen beobachtet wurde, die sich einer einjährigen ambulanten Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) unterzogen, verglichen mit dem Jahr vor Aufnahme der DBT-Therapie. Die Kostenreduktion bestand dabei im Folgejahr nach der Behandlung weiter fort und nahm noch weiter zu¹⁹³.

	Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Keefe 2020 ¹¹⁵	McLaughlin 2019 ¹¹¹	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2020 ^{116, c}	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴	Zahediabg hari 2020 ^{117,a}
	<p>P: Erwachsene und Jugendliche in Behandlung wegen SV/NSSV I: Psychotherapie C: TAU</p>	<p>P: Erwachsene mit BPS I: Psychotherapie C: TAU</p>	<p>P: Erwachsene mit PS I: PS-spezifische psychodynamische Psychotherapiemethoden C: nicht-psychodynamische aktive Behandlung</p>	<p>P: Erwachsene mit BPS I: Gruppenpsychotherapie C: TAU</p>	<p>P: Erwachsene mit BPS I: DBT, MBT, SFT oder TFP, darin enthalten: Einzeltherapie C: Kontrollgruppen (z.B. TAU, WL, CTBE)</p>	<p>P: Erwachsene mit BPS I: eigenständige oder ergänzende Interventionen^c von max. 6 Monaten Dauer C: BPS-unspezifische Kontrollen, z.B. TAU, unspez. Psychotherapie</p>	<p>P: Erwachsene und Jugendliche mit BPS I: Psychotherapie C: unspezifische Kontrollgruppen (z.B. TAU, WL)</p>	<p>P: Erwachsene mit BPS I: BPS-spezifische Psychotherapie C: TAU</p>
Primäre Endpunkte								
Selbstgefährdendes Verhalten	SV: gesamte Stichprobe	NSSVV/SVV: eigenständige Therapien	Suizidalität: $g=-0.45$ (95% CI -1.31, 0.40)	Suizidalität/Parasuizidalität: $g=0.46$ (95% CI 0.22, 0.71)	SVV: SMD=-0.33 (95%	ergänzende Angebote:	SVV: SMD=-0.32 (95% CI -0.49, -	

Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Keefe 2020 ¹¹⁵	McLaughlin 2019 ¹¹¹	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2020 ^{116, c}	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴	Zahediabg hari 2020 ^{117,a}
<p>: RRR=-0.08 (95% CI -0.04, -0.11); ARR=6.59 %, NNT=15; Studien mit ausschließl ich BPS-Betroffene n: $\chi^2=39.75$, $p<.00001$ NSSVV/SV V: gesamte Stichprobe : keine sig. Unterschiede, Studien mit ausschließl ich BPS-Betroffene</p>	<p>$g=0.32$ (95% CI 0.09, 0.54), ergänzende psychoth. Interventionen: $g=0.24$ (95% CI -0.07, 0.55) SV: eigenständige Therapien: $g=0.44$ (95% CI 0.15, 0.74), ergänzende psychoth. Interventionen $g=0.35$ (95% CI 0.02, 0.68)</p>			CI -0.57, -0.09)	SV: $g=-0.62$ (95% CI -0.96, -0.28)	0.14), RR=0.85 (95% CI 0.63, 1.14) Suizidalität /SV: SMD=-0.34 (95% CI -0.57, -0.11), RR=0.27 (95% CI 0.11, 0.67)	

	Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Keefe 2020 ¹¹⁵	McLaughlin 2019 ¹¹¹	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2020 ^{116, c}	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴	Zahediabg hari 2020 ^{117, a}
	n: $\chi^2=18.4$, p=0.002							
Fremdgefährdendes Verhalten								
BPS-Psychopathologie		BPS-Symptomatik g=0.35 (95% CI 0.20, 0.50) eigenständige Therapien: g=0.32 (95% CI 0.14, 0.51); ergänzende psychotherapeut. Interventionen: g=0.40 (95% CI 0.15, 0.65)	PS-Symptomatik: g=-0.25 (95% CI -0.82, 0.31) interpersonelle Probleme g=-1.25 (95% CI -3.22, 0.71)	BPS-Symptomatik g=0.72 (95% CI 0.41, 1.04); Gruppe als Teil eines integrierten Behandlungsplans: g=0.47 (95% CI 0.02, 0.92), Gruppe ergänzend zu TAU g=1.13 (95% CI 0.65, 1.60)	BPS-Schweregrad SMD -0.75 (95% CI -1.30, -0.19)	BPS-Symptomatik Ergänzend Interventionen: g=-1.23 (95% CI -2.13, -0.33)	BPS-Schweregrad SMD=0.52 (95% CI -0.70, -0.33)	
psychosoziales Funktionsniveau			g=0.66 (95% CI 0.32, 1.01)			eigenständige Interventionen: g=0.48 (95% CI 0.25, 0.71)	SMD=0.45 (95% CI 0.22, 0.68)	g=0.41 (95% CI 0.09, 0.73)

	Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Keefe 2020 ¹¹⁵	McLaughlin 2019 ¹¹¹	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2020 ^{116, c}	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴	Zahediabg hari 2020 ^{117,a}
						ergänzende interventionen: g=0.76 (95% CI 0.22, 1.34)		
Lebensqualität								
Sekundäre Endpunkte^a								
Unerwünschte Wirkungen		jeweils $n=6$ Tode in beiden Gruppen, davon durch Suizid $n=2$ in den aktiven Gruppen, $n=5$ in den Kontrollgruppen (Experimentalgruppen: $n=1169$ Teilnehmende, Kontrollgruppen: $n=1087$)					RR 0.92 (95% CI 0.45 to 1.88)	
Kosten								

Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Keefe 2020 ¹¹⁵	McLaughlin 2019 ¹¹¹	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2020 ¹¹⁶ , ^c	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴	Zahediabg hari 2020 ^{117,a}
--------------------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------------	-------------------------	--	---	--------------------------------------

Fett gedruckt – statistisch signifikante Effekte (95% CI)

^a entsprechend der vordefinierten Ergebnisvariablen der Leitlinie (primäre Endpunkte, untereinander gleichwertig: selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Psychopathologie einschließlich selbstverletzendem Verhalten, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität; sekundäre Endpunkte, ebenfalls untereinander gleichwertig: unerwünschte Wirkungen und Kosten)

^b Sekundäranalyse der von Cristea et al. 2017¹¹⁰ eingeschlossenen Primärstudien

^c Eigenständige Interventionen: beeinhalt Einzelpsychotherapie; ergänzende Interventionen: zusätzlich zu Einzeltherapie

ARR – Absolute Risikoreduktion; C – Vergleichsbedingung; CI – Konfidenzintervall; CTBE – Behandlung durch erfahrene niedergelassene Therapeuten („Community Treatment by Experts“); DBT – Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan; *g* = Hedge’s *g*; I – experimentelle Intervention; MBT – Mentalisierungsbasierte Therapie nach Bateman & Fonagy; NNT – “Number needed to treat” (Anzahl notwendiger Behandlungen); NSSVV – Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; O – Endpunkte; P – Studienpopulation; PS – Persönlichkeitsstörung; RR – Risk Ratio (Relatives Risiko); RRR – Relative Risikoreduktion; SMD – Standardisierte Mittelwertsdifferenz; SFT – Schema-Fokussierte Therapie nach Young; SV – Suizidversuch; SVV – Selbstverletzendes Verhalten; TAU – Treatment as usual/übliche Behandlung; TFP – Übertragungsfokussierte („Transference-Focused“) Psychotherapie nach Kernberg; WL – Warteliste

Tabelle 11: Metaanalysen zum Vergleich Psychotherapie vs. Kontrolle

Vier der in Tabelle 11 aufgeführten Level-I-Studien analysieren die Wirksamkeit individueller Methoden im Vergleich zu unspezifischen Kontrollen^{109,110,112,113} (ergänzende Gruppeninterventionen, die begleitend zu einer Einzeltherapie durchgeführt werden können, sind hier nicht berücksichtigt, vgl. hierzu Kapitel 4.2.1). Tabelle 12 führt alle in den Level-I-Studien berichteten Effekte auf, die auf mindestens zwei gepoolten Einzelstudieneffekten beruhen, für die vordefinierten Ergebnisvariablen (primäre Endpunkte, untereinander gleichwertig: selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Psychopathologie einschließlich selbstverletzendem Verhalten, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität; sekundäre Endpunkte, ebenfalls untereinander gleichwertig: unerwünschte Wirkungen und Kosten) sowie einzelne BPS-Symptombereiche entsprechend der diagnostischen DSM-5-Kriterien⁸⁰. Auch hier finden sich für die primären Endpunkte fremdgefährdendes Verhalten und Lebensqualität keine Daten, ebenso wenig für die sekundären Endpunkte unerwünschte Wirkungen und Kosten. Neben selbstschädigendem Verhalten (inklusive Selbstverletzungen und Suizidalitätsassoziierten Ergebnismaßen) liegen für die BPS-Gesamtschwere, unangemessene Wut/Ärger, Impulsivität, affektive Instabilität, interpersonelle Probleme sowie dissoziative/psychoseähnliche Symptome Effekte vor (s. Tabelle 12). Die meisten Effekte werden für DBT und MBT berichtet, ein einzelner für CBT.

Die Bewertung der Evidenz weist auf folgende methodische Probleme hin: Eine Verblindung der Behandelten und Behandelnden liegt in den Primärstudien nicht vor, da bei Psychotherapiestudien i.d.R. grundsätzlich lediglich die mit der Ergebnismessung und -auswertung Befassten verblindet sein können. Ein weiteres Problem besteht in der Wahl der Kontrollgruppen: Wartelisten-Kontrollgruppen erlauben lediglich die Kontrolle über den Faktor „Zeit“, stellen aber für die Teilnehmenden im Beobachtungszeitraum die mutmaßlich schlechteste Option vor und tendieren daher dazu, große Zwischengruppeneffekte zu finden. Sogenannte als TAU („treatment as usual“) benannte Kontrollgruppen, deren Teilnehmende die übliche Behandlung erhielten, sind oft ungenau beschrieben und variieren untereinander erheblich. Teilweise enthalten sie eine standardisierte Mindestbehandlung, bspw. regelmäßige Visiten, teilweise gestatten sie den Teilnehmenden, alle anderen verfügbaren Behandlungen außer der experimentellen, oder auch gar keine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Ein weiteres Problem der Psychotherapieforschung auf diesem Feld besteht darin, dass viele der Therapiemethoden durch ihre eigenen Entwickler evaluiert wurden, das Risiko verzerrter Ergebnisse im Sinne eines sogenannter „allegiance bias“ also nicht auszuschließen ist¹¹³. Das Cochrane-Review bewertet mittels GRADE Rating¹⁹⁴ die Qualität bzw. Sicherheit der Evidenz zur Psychotherapie bei BPS aufgrund der o.g. Faktoren als niedrig bzw. sehr niedrig, lediglich für die Ergebnisvariable „BPS-Schweregrad“ als moderat. Ein weiteres Problem besteht darin, dass auf der Ebene einzelner Therapiemethoden die Anzahl verfügbarer Studien bzw. Beobachtungen gering ist, was die Belastbarkeit der Evidenz weiter verringert. Die am besten untersuchten Methoden sind derzeit die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)¹⁹⁵ nach Marsha Linehan sowie die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)¹⁹⁶ nach Bateman & Fonagy, vgl. ^{85,109,110,112,113,117,197}. Direkte randomisierte Vergleiche der wesentlichen Therapieverfahren liegen derzeit nicht vor, so dass jeweils nur Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der jeweiligen Therapien gegenüber einer unspezifischen Kontrollbehandlung, jedoch nicht im relativen Vergleich untereinander gezogen werden können¹¹³.

*	Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2021 ¹¹⁶	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴
	P: Erwachsene und Jugendliche in Behandlung wegen SV/NSSV I: Psychotherapie C: TAU	P: Erwachsene mit BPS I: Psychotherapie C: TAU	P: Erwachsene mit BPS I: DBT, MBT, SFT oder TFP, darin enthalten: Einzeltherapie C: Kontrollgruppen (z.B. TAU, WL, CTBE)	P: Erwachsene mit BPS I: eigenständige oder ergänzende Interventionen* von max. 6 Monaten Dauer C: BPS-unspezifische Kontrollen, z.B: TAU, un spez. Psychotherapie	P: Erwachsene und Jugendliche mit BPS I: Psychotherapie C: unspezifische Kontrollgruppen (z.B. TAU, WL)
Primäre Endpunkte					
Selbstgefährdendes Verhalten					
CBT					SV: SMD=-0.47 (-1.02, 0.08)
DBT	SV: $\chi^2=17.35$, p=0.002 NSSV: $\chi^2=1.83$, p=0.40		Suizidalität: SMD=-0.36 (95% CI - 2.06, 1.35) NSSV: SMD=-0.40 (95% CI - 0.66, -0.13)	DBT-Kurzform: g=-0.21 (95% CI -0.61, 0.20)	NSSV: SMD=-0.28 (95% CI - 0.48, -0.07)
ERG				g=-0.84 (95% CI -1.29, -0.39)	
MBT	SV: $\chi^2=6.89$, p=0.009 NSSV: $\chi^2=3.17$, p=0.08				SV: RR=0.10 (0.04, 0.30) NSSV: RR=0.62 (95% CI 0.49, 0.80)

*	Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2021 ¹¹⁶	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴
Psychosoziales Funktionsniveau					
DBT					SMD=-0.36 (95% CI 0.33, 0.69)
MBT					SMD=0.54 (95% CI -0.16, 1.24)
BPS-Symptomatik					
BPS-Schwere insgesamt					
DBT		g=0.34 (95% CI 0.15, 0.53)	SMD=-0.36 (95% CI -0.78, 0.05)	DBT-Skillstraining: g=-0.40 (95% CI -0.67, -0.13)	SMD=-0.60 (95% CI -1.05, -0.14)
ERG				g=-1.51 (95% CI -2.35, -0.68)	
MBT					SMD=-0.13 (95% CI -0.48, 0.11)
STEPPS				g=-1.95 (95% CI -5.13, 1.23)	
ungemessene Wut/Ärger					
DBT			SMD=-0.35 (95% CI -1.10, 0.13)		SMD=-0.47 (95% CI -0.86, -0.09)
affektive Instabilität					
DBT					SMD=-0.57 (95% CI -1.64, 0.51)
Impulsivität					
DBT					SMD=-0.35 (95% CI -0.71, -0.00)
Interpersonelle Probleme					
DBT					SMD=-0.12 (95% CI -0.45, 0.20)

*	Calati & Courtet 2016 ¹⁰⁹	Cristea 2017 ¹¹⁰	Oud 2018 ¹¹²	Spong 2021 ¹¹⁶	Storebø 2020 ¹¹³ , ersetzt Stoffers 2012 ¹¹⁴
MBT					SMD=-0.68 (95% CI -1.33, -0.02)
Dissoziationen und psychoseähnliche Symptome					
DBT					SMD=-0.45 (95% CI -0.73, -0.16)
<p>Fett gedruckt – statistisch signifikante Effekte (95% CI)</p> <p>*Folgende Level-I-Studien berichten keine Effektstärken auf Ebene der einzelnen Therapieansätze und sind daher im Gegensatz zu Tabelle 11 hier nicht aufgeführt: Keefe et al. 2020¹¹⁵, McLaughlin et al. 2019¹¹¹; Zahediabghari et al. 2020¹¹⁷</p> <p>** BAPP, DDP, MBT, PRFP, TFP</p> <p>^a Sekundäranalyse der von Cristea et al. 2017¹¹⁰ eingeschlossenen Primärstudien</p> <p>χ^2-Test: ist der zugehörige p-Wert geringer als 0.05, ist von einem Zusammenhang der Merkmale „Gruppenzugehörigkeit“ (Therapie oder Kontrolle) und der Ergebnisvariablen (z.B. suizidales Verhalten) auszugehen</p> <p>BAPP – Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy; C – Vergleichsbedingung; CI – Konfidenzintervall; DBT – Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan; DDP – Dynamic Deconstructive Psychotherapy; ERG – Emotion Regulation Group nach Gratz & Gunderson; <i>g</i> = Hedge’s <i>g</i>; I – experimentelle Intervention; MBT – Mentalisierungsbasierte Therapie nach Bateman & Fonagy; NSSVV – Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; O – Endpunkte; P – Studienpopulation; PS – Persönlichkeitsstörung; PRFP – Psychic Representation Focused Psychotherapy; RR – Risk Ratio (Relatives Risiko); SMD – Standardisierte Mittelwertsdifferenz; SFT – Schema-Fokussierte Therapie nach Young; STEPPS – Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving; SV – Suizidversuch; SVV – Selbstverletzendes Verhalten; TAU – Treatment as usual/übliche Behandlung; TFP – Übertragungsfokussierte („Transference-Focused“) Psychotherapie nach Kernberg; WL – Warteliste</p>					

Tabelle 12: Effekte einzelner Therapieansätze auf vordefinierte Ergebnisvariablen und BPS-Einzelsymptome (Übersicht über alle in Level-I-Studien berichteten Effektstärken aus mindestens zwei gepoolten Einzelstudien)

4.1.1 Strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapien und Supervision

Aufgrund der konsistent berichteten positiven Effekte von Psychotherapie auf die relevanten Ergebnisvariablen BPS-Schweregrad, selbstschädigendes Verhalten sowie sonstige BPS-spezifischer Psychopathologie (Tabelle 11) und der Tatsache, dass es sich bei den untersuchten Therapieansätzen um strukturierte, BPS-spezifische Methoden handelt, spricht sich die Leitliniengruppe für die primäre Anwendung einer störungsspezifischen Psychotherapie bei BPS aus:

Empfehlung 8.1	Patientinnen und Patienten mit BPS sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie erhalten.
Empfehlungsgrad A¹⁰⁹⁻¹¹⁷	76% Konsens

Bei den empfohlenen evidenz-basierten Behandlungskonzepten handelt es sich um störungsspezifisch ausgerichtete Therapieprogramme, die auf klassischen therapeutischen Verfahren wie kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie aufbauen, den prototypischen mentalen und behavioralen Besonderheiten der BPS aber eine maßgebliche Bedeutung in der Konzeptualisierung zumessen. Diese Besonderheiten wirken sich sowohl auf die therapeutische Beziehungsgestaltung als auch auf die Wahl therapeutischer Interventionen aus. Mit anderen Worten ist es für eine wirksame Therapie der BPS nicht ausreichend, eine Richtlinienpsychotherapie wie die KVT oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieverfahren anzuwenden, ohne deren störungsspezifische Weiterentwicklungen anzuwenden. Die Leitliniengruppe spricht sich daher dafür aus, dass behandelnden Personen in einer der wirksamen BPS-spezifischen Therapien bzw. Methoden ausgebildet sein sollen, um sie wirksam anzuwenden. Wünschenswert wäre, wenn Kenntnisse über die evidenzbasierte Behandlung der BPS im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verstärkt vermittelt werden könnten. Dies trifft auch für Mitglieder von Behandlungsteams (z.B. Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) zu, die im Rahmen der stationären und teilstationären Behandlung elektive störungsspezifische Behandlungsangebote für Menschen mit BPS vorhalten.

Empfehlung 8.2	Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode ausgebildet sein.
KKP	81% Konsens

Supervision beschreibt die kollegiale Beratung durch eine/n ausgebildete/n Supervisor/in, Intervision durch behandelnde Personen untereinander hinsichtlich Indikationsstellung, Therapieplanung und -durchführung. Diese kollegialen Beratungen sind in vielen Fächern der somatischen Medizin selbstverständlich und meist integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses. Für den psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich trifft dies jedoch, wenn überhaupt, lediglich im stationären und teilstationären Sektor zu. Im ambulanten Bereich wird Supervision oder Intervision nicht erstattet und erfordert daher ein hohes zusätzliches zeitliches und finanzielles Engagement der Behandelnden. Die prototypischen Besonderheiten der BPS erfordern jedoch in besonderem Maße eine

fortwährende Reflexion der therapeutischen Beziehung sowie der stringenten Behandlungsführung, möglichst im kollegialen Austausch. Dies betrifft insbesondere die Bearbeitung von schweren Selbstverletzungen und chronischer Suizidalität unter ambulanten Bedingungen. Publierte Erfahrungsberichte zum erfolgreichen Aufbau von kollegialen Netzwerken liegen bspw. für die DBT vor¹⁹⁸. Streng genommen basieren alle kontrolliert randomisiert durchgeführten Studien auf Therapien, bei denen intensive kollegiale Supervision zur Sicherstellung der Manualtreue (Therapieadhärenz) integraler Bestandteil des Studienprotokolls war. Entsprechend kann man argumentieren, dass für psychotherapeutische Behandlungen von Betroffenen mit BPS, die ohne kollegiale Supervision durchgeführt wurden, keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Im Sinne der Umsetzung von wissenschaftlicher Evidenz, aber auch zur Motivation von ambulanten Behandelnden, und damit zur Reduktion von stationären Behandlungen¹⁹³, wäre es wünschenswert, wenn die Erstattung der Kosten für super- oder intervisorische Leistungen gewährleistet würde.

Empfehlung 8.3	Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode Supervision oder Intervention erhalten.
KKP	76% Konsens

Voraussetzung für eine informierte Entscheidungsfindung zur Behandlungsaufnahme ist die Aufklärung über BPS-spezifische, empirisch validierte Ansätze. Wesentliche Informationen umfassen dabei die jeweiligen Ätiologiemodelle, therapeutische Ziele und Methoden, übliche Therapiefrequenz und -dauer sowie der aktuelle Forschungsstand zur Wirksamkeit dieser Ansätze. Die Wahl einer bestimmten BPS-spezifischen Therapiemethode ist maßgeblich durch die Präferenz der von BPS betroffenen Person bestimmt. Tabelle 12 gibt hierzu entsprechende Informationen über die Wirksamkeit bezüglich bestimmter Outcome-Maße wie Selbstverletzungen, Suizidalität psychosoziales Funktionsniveau oder Lebensqualität sowie einzelne weitere psychopathologische Symptome.

Empfehlung 9	Die Betroffenen sollen über BPS-spezifische, empirisch validierte Psychotherapien informiert werden.
KKP	86% Konsens

4.1.2 Spezifische Psychotherapien, Therapiefrequenz und Therapiedauer

Auf Ebene der einzelnen Therapieansätze zeigt sich, dass derzeit die belastbarste Evidenz für die DBT vorliegt, gefolgt von der MBT (vgl. Tabelle 10, Tabelle 12 sowie Evidenztabellen Fragestellung 6, 7 und 8). Nach Einschätzung der Leitliniengruppe ist sie geeignet, auf der Basis der in Kap. 4.1 dargestellten Evidenzlage diese beiden Therapien insbesondere dann zu empfehlen, wenn der primäre Behandlungsfokus in der Reduktion schwerwiegenden selbstverletzenden Verhaltens (inklusive suizidalem Verhalten) besteht.

Empfehlung 10	Wenn der primäre Fokus in der Reduktion schwerwiegenden selbstverletzenden Verhaltens (inklusive suizidalem Verhalten) besteht, soll DBT oder MBT angeboten werden.
Empfehlungsgrad A ^{109,110,112–114,116}	91% Konsens

* *Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatsträger ohne Interessenkonflikte (d.h., Affiliation zu einem oder mehreren Therapieansätzen wie DBT, MBT, PiM, SFT oder TFP, 11 von 20 Anwesenden) ergab 91% Konsens, die Abstimmung aller anwesenden Mandatstragenden (20) ergab 95% Konsens*

Im Abschnitt 15.6.4 sind alle in der Aktualisierungssuche identifizierten Level-II Studien zum Vergleich von aktiven psychotherapeutischen Interventionen mit unspezifischen Kontrollbedingungen (wie bspw. Warteliste oder übliche Standardbehandlung („TAU“ – treatment as usual) aufgeführt. Dort werden alle Effekte wie in den Primärstudien berichtet zum Vergleich der aktiven und Kontrollgruppen zu Behandlungsende aufgeführt. Berücksichtigt werden dort die durch die Leitliniengruppe definierten Ergebnisvariablen.

Bislang liegen keine wissenschaftlichen Analysen vor, auf deren Basis fundierte Aussagen zur angemessenen Frequenz und Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung in Abhängigkeit vom jeweiligen Schweregrad oder der Symptomausprägung der BPS möglich wären. Die meisten Studien umfassen einen (aus Studienprotokoll-Gründen) vorgegebenen Behandlungszeitrahmen zwischen 6 Monaten und 2 Jahren. Diese Studien machen jedoch bislang keine belastbaren Angaben zur Häufigkeit von therapiebedingter Remission der BPS. Die Empfehlungen zur individuellen Anpassung von Therapiedauer und Therapiefrequenz beruhen daher ausschließlich auf klinischem Expertenwissen: Hier besteht jedoch weitgehend Konsens, dass etwa ein Drittel der fachgerecht störungsspezifisch behandelten BPS-Betroffenen nach 12 Monaten Therapie das Stadium der Remission erreicht hat. Ein weiteres Drittel erreicht dieses Stadium nach etwa zwei Jahren, und ein Drittel der Betroffenen benötigt deutlich mehr Zeit, bzw. längere niederfrequente supportive Therapie. Gerade ausgeprägte psychiatrische oder somatische Komorbiditäten (PTBS, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen; Stoffwechselstörungen) erfordern häufig längere Therapieverläufe. Alle vorliegenden publizierten Studien basieren auf einer wöchentlichen Sitzungsfrequenz. Dies reflektiert die klinische Erfahrung, dass gerade zu Beginn der therapeutischen Behandlung wöchentliche Sitzungen notwendig sind, um rasch eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, aber auch um gegebenenfalls, etwa bei chronischer Suizidalität, Fertigkeiten zur Verhaltenskontrolle zu vermitteln.

Empfehlung 11	Die Therapiefrequenz und Therapiedauer sollten sich an den individuellen Bedürfnissen und Lebensverhältnissen der Betroffenen orientieren und nach Möglichkeit eine Sitzung pro Woche nicht unterschreiten.
KKP	100% (starker) Konsens

4.1.3 Therapeutische Wohngruppen

Neben ambulanter und stationärer Psychotherapie spielen therapeutische Wohngruppen in der Behandlungskette der BPS insbesondere während der Adoleszenz und bei jungen Erwachsenen eine wichtige Rolle. Auch wenn dazu derzeit keine wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen, ist sich die Leitliniengruppe diesbezüglich einig. Therapeutische Wohngruppen bilden einen stabilen Rahmen, um insbesondere Betroffenen aus instabilen, prekären sozialen Verhältnissen angemessene Individuationsprozesse zu ermöglichen, sozial kooperatives Verhalten aufzubauen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und in die Verantwortlichkeit anderer zu entwickeln. In aller Regel werden diese sozialpädagogischen, erfahrungsbasierten Maßnahmen durch externe ambulante psychotherapeutische

Behandlungen ergänzt. Dennoch sollten die Mitglieder des Betreuerteams über die diagnostischen Besonderheiten, die prototypischen Erlebens- und Verhaltensmuster von Betroffenen mit BPS gut informiert sein. Es empfiehlt sich zudem, angemessene, möglichst störungsspezifische Betreuungs- und Rehabilitationskonzepte zu entwickeln und gegebenenfalls externe supervisorische Kompetenzen hinzuzuziehen.

4.2 Psychoedukation und Gruppentherapien

Psychoedukation steht an der Grenze von didaktisch aufbereiteter Informationsvermittlung und Psychotherapie. In der Regel handelt es sich um manualisierte und störungsspezifische Interventionen mit begrenzter Dauer (z.B. 6-12 Sitzungen), die das jeweilige Störungsbild mit seiner Epidemiologie, Ätiologie und Klinik zum Inhalte haben – darüber hinaus werden insbesondere therapeutische Ansätze erläutert und Hilfe zur Selbsthilfe gegeben. Psychoedukation erfolgt entweder durch die Behandelnden selbst als Teil der Einzelpsychotherapie und/oder in der Gruppe für Betroffene mit dem entsprechenden Störungsbild und/oder deren Angehörige. Ziel ist die Förderung des Krankheitsverständnisses, des Umgangs mit der Erkrankung und der Krankheitsbewältigung. Es besteht ein weitreichender Konsens darüber, dass die strukturierte Informationsvermittlung Teil der Therapie von Betroffenen mit BPS sein soll. Dies kann sowohl durch geschultes Fachpersonal als auch durch die behandelnden Personen erfolgen.

Die Wirksamkeit psychoedukativer Gruppenangebote wird durch mehrere Level-II-Studien (RCTs) bzw. deren metaanalytische Integration gestützt (vgl. Kapitel 4.1, Tabelle 12). So finden sich signifikante Effekte aus jeweils mindestens zwei gepoolten RCTs auf den BPS-Gesamtschweregrad, Selbstverletzungen sowie das psychosoziale Funktionsniveau für verschiedene Gruppenformate (DBT-Skillsgruppe, Emotionsregulationsgruppe (ERG) nach Gratz & Gunderson, Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), vgl. Tabelle 12). Zudem liegen zwei RCTs vor, die den Nutzen früher psychoedukativer Angebote direkt nach Diagnosestellung stützen^{154,191}. Falls gruppentherapeutische Angebote integrale Bestandteile der Therapieprogramme sind, so sollen diese angeboten werden.

Neben der Psychoedukation, die in der Regel der Therapie vorgeschaltet wird bzw. am Beginn der Therapie steht, soll grundsätzlich im Therapieverlauf die Einbeziehung von Familienangehörigen erwogen werden; insbesondere im jüngeren Alter wird dies empfohlen (vgl. auch Kapitel 6). Bei diesen Interventionen steht einerseits die Informationsvermittlung, andererseits die Begleitung des therapeutischen Prozesses im Vordergrund. Üblicherweise enthalten Therapieansätze für Kinder und Adoleszente mit BPS die Einbeziehung der Eltern bzw. von Familienangehörigen. Je jünger die Betroffenen sind, von umso größerer Bedeutung ist es, die Angehörigen für die Unterstützung der Behandlung zu gewinnen, damit die Therapie erfolgreich sein kann (siehe hierzu auch Kapitel 6). Eine Erweiterung des Angebots an Gruppentherapien in psychotherapeutischen/ärztlichen Praxen ist wünschenswert, damit die als Kombinationstherapien wirksamen Methoden nicht ohne die Gruppentherapie angeboten werden.

Empfehlung 12.1	Psychoedukation soll Bestandteil der Therapie sein.
KKP	80% Konsens

Empfehlung 12.2	Interventionen mit Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen sollen erwogen werden.
KKP	100% (starker) Konsens
Empfehlung 12.3	Falls gruppentherapeutische Angebote integrale Bestandteile der Therapieprogramme sind, so sollen diese angeboten werden.
Empfehlungsgrad A ¹⁹⁹	95% Konsens

4.2.1 Störungsspezifische Gruppentherapien

Es ist festzuhalten, dass die empirisch untersuchten Gruppenangebote begleitend zu einer anderweitigen Einzeltherapie konzipiert sind und diese explizit nicht ersetzen. Gruppentherapien stellen insofern keinen Ersatz für eine Einzeltherapie dar, sondern vielmehr eine Ergänzung. Eine Kombinationstherapie ist daher wünschenswert, wobei ggf. schon in der Wartezeit auf einen Einzeltherapieplatz mit einem störungsspezifischen Gruppenangebot begonnen werden kann. Die Leitliniengruppe ist sich einig, dass insbesondere dann, wenn ein Einzeltherapie-Platz mittelfristig nicht in Aussicht steht, den Betroffenen ein störungsspezifisches Gruppentherapie-Angebot wie ein DBT-Skillstraining nicht mit dem Argument vorenthalten werden soll, die Gruppentherapie könne keine Wirksamkeit ohne die Einzeltherapie entfalten. In der Tat ist es so, dass drei Level-II-Studien (RCTs)^{149,172,178} die Wirksamkeit eines alleinigen DBT-Skilltrainings auf verschiedene Ergebnisvariablen berichten (suizidales und selbstverletzendes Verhalten¹⁷⁸, affektive Instabilität und Ärger¹⁴⁹, allgemeine Schwere der Symptomatik, interpersonelle Probleme und soziale Rollenerfüllung¹⁷²). Auch die randomisierte Komponenten-Studie von Linehan et al.¹⁹⁹ zeigte, dass das Skillstraining einen essentiellen Baustein der Therapie darstellt.

Empfehlung 13	Solange eine strukturierte, BPS-spezifische Einzeltherapie nicht zur Verfügung steht, soll mit einer störungsspezifischen Gruppentherapie (z.B. DBT-Skillstraining) begonnen werden.
Empfehlungsgrad A ^{114,125,128,149,154,165,178,191,200}	95% Konsens

4.3 Psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen

In diesem Kapitel wird Fragestellung 5 („Durch welche Interventionen und Behandlungsprozesse kann bei Jugendlichen unter 18 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien einer BPS (außer dem Alterskriterium) erfüllen, der Entwicklungsverlauf positiv beeinflusst oder das Outcome verbessert werden?“) behandelt.

Evidenz zu Fragestellung 5	
Level I	NHMRC-Leitlinie: keine entsprechende Evidenz identifiziert Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie Jørgensen et al. 2021 ¹⁸⁵ , Wong et al. 2020 ²⁰³

Level II	NHMRC-Leitlinie Chanen 2009 ²⁰⁴ , Schuppert 2009 ¹⁴⁷ Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie Beck et al. 2019 ²⁰⁵ , Gleeson 2012 ¹⁶⁴ , McCauley et al. 2018 ²⁰⁶ , Mehlum et al. 2014 ¹⁷⁹ , Rossouw et al. 2013 ¹⁸⁶ , Salzer et al. 2014 ¹⁸⁷ , Santisteban et al. 2015 ¹⁸⁸ , Schuppert et al. 2012 ¹⁴⁸
-----------------	--

Tabelle 13: Evidenz zu Fragestellung 5 („Durch welche Interventionen und Behandlungsprozesse kann bei Jugendlichen unter 18 Jahren, welche die diagnostischen Kriterien einer BPS (außer dem Alterskriterium) erfüllen, der Entwicklungsverlauf positiv beeinflusst oder das Outcome verbessert werden?)

Für den Zeitraum bis September 2021 wurden zwei Metaanalysen (Level I-Studien) identifiziert, wovon eine²⁰² sechs, die andere²⁰¹ alle zehn der o.g., für diese Leitlinie relevanten Level-II-Studien einschließt (Tabelle 13; Tabelle 14). Wong et al.²⁰² untersuchten die Behandlungseffekte durch BPS-störungsspezifische Psychotherapien insgesamt und fanden dabei statistisch signifikante Effekte auf den BPS-Schweregrad (Hedges' $g=-0.89$, 95% CI -1.75, -0.02, 4 Studien, 264 Teilnehmende, $I^2=90\%$) sowie selbstverletzendes Verhalten (OR=0.34, 95% CI 0.16, 0.74, 4 Studien, 558 Teilnehmende, $I^2=56\%$). Jørgensen et al.²⁰³ differenzierten dagegen in ihrer Analyse nach individuellen Therapiemethoden, und fanden hier lediglich für DBT-A, eine für Jugendliche adaptierte DBT-Version, einen statistisch signifikanten, aus mehreren Studien metaanalytisch gepoolten Effekt auf selbstverletzendes Verhalten (OR=0.45, 95% CI 0.26, 0.76).

	Wong 2020 ²⁰²	Jørgensen 2021 ²⁰³
	P: Jugendliche mit mindestens 2 BPS-Kriterien nach DSM I: DBT, MBT, SFT oder TFP, darin enthalten: Einzeltherapie C: Kontrollgruppen (z.B. TAU, WL, CTBE)	P: Jugendliche mit BPS (mind. 70% der Stichproben mit vollständiger Diagnose nach DSM-Kriterien) I: Psychotherapie, Auswertung getrennt nach Therapieansätzen C: unspezifische Kontrollgruppen (z.B. TAU, WL)
Primäre Endpunkte		
Selbstgefährdendes Verhalten	NSSV: OR=0.34 (95% CI 0.16, 0.74) SV: OR=1.03 (95% CI 0.46, 2.30)	SVV: DBT-A: OR=0.45 (95% CI 0.26, 0.76) MBT-A: OR=0.61 (95% CI 0.13, 2.91)
Fremdgefährdendes Verhalten		
BPS-Psychopathologie	$g=-0.89$ (95% CI -1.75, -0.02)	
psychosoziales Funktionsniveau	$g=-0.04$ (95% CI -0.26, 0.18)	CAT: MD(SOFAS)=7.54 (95% CI -5.88, 20.96)
Lebensqualität		
Sekundäre Endpunkte		

Wong 2020 ²⁰²		Jørgensen 2021 ²⁰³
Unerwünschte Wirkungen		
Kosten		
<p>Fett gedruckt – statistisch signifikante Effekte (95% CI)</p> <p>BSL – Borderline Checklist (Skala von 0 bis 92, höhere Werte bedeuten eine höhere Belastung); C – Kontrollbedingung; CAT – Cognitive Analytic Therapy nach Ryle²⁰⁷; CI – Konfidenzintervall; DBT-A – Dialektisch-Behaviorale Therapie, adaptiert für Jugendliche; <i>g</i> = Hedge's <i>g</i>; I – Intervention; MBT-A – Mentalisierungsbasierte Therapie, adaptiert für Jugendliche; NSSVV – Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; OR – Odds Ratio (Chancenverhältnis; Faktor, um den sich die Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Ergebnis oder Verhalten aufzuweisen, bei Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe verändert; OR<1: geringere Wahrscheinlichkeit in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe, OR=1: gleich große Wahrscheinlichkeit in beiden Gruppen, OR>1: erhöhte Wahrscheinlichkeit in der Experimentalgruppe); P – Studienpopulation; SOFAS – Social and Occupational Functioning Scale, Skala von 0 bis 100, höhere Werte bedeuten ein besserer Funktionsniveau; SV – Suizidversuch; SVV – Selbstverletzendes Verhalten</p>		

Tabelle 14: Level-I-Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen – gepoolte Effekte aus mindestens zwei Level-II-Primärstudien

Weiterhin wurden gegenüber der NHMRC-Leitlinie acht neue RCTs (Level-II-Studien) identifiziert, in denen folgende Therapiemethoden evaluiert wurden: die „Cognitive Analytic Therapy“ (CAT)²⁰⁸, DBT-A, eine DBT-basierte Adaption für Jugendliche^{179,188,206}, MBT-basierte Interventionen^{205,209}, die Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode¹⁸⁷ (PiM) sowie das für Jugendliche adaptierte „Systematic Training for Emotional Predictability and Problem Solving“ (STEPPS) -Programm¹⁴⁸ („Emotion Regulation Training“, ERT). Gemeinsam mit den beiden bereits in der NHMRC-Leitlinie vorliegenden Studien zu CAT²⁰⁴ und ERT¹⁴⁷ liegen damit nun zehn Level-II Studien vor (Tabelle 13).

Keinerlei Daten liegen vor zu den Ergebnisvariablen Fremdgefährdung und Kosten, da diese in keiner der Studien erhoben wurden. Insgesamt deutet die Evidenz auf eine Wirksamkeit von störungsspezifischen Psychotherapien allgemein bei Kindern und Jugendlichen mit BPS oder ausgeprägten BPS-Merkmalen hinsichtlich BPS-Schweregrad und selbstverletzendem Verhalten hin, jedoch ist die Evidenz zur Psychotherapie aufgrund der insgesamt geringen Studienzahl und eher kleinen Stichprobengrößen wenig belastbar. Weiterhin variieren die Stichproben erheblich bezüglich des Anteils der Teilnehmenden mit subsyndromaler BPS-Symptomatik und vollständiger BPS Diagnose (21%-100%; vgl. Evidenztabelle Fragestellung 5).

4.3.1 Strukturierte BPS-spezifische Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen

Entsprechend der klaren Empfehlung zur Diagnostik der BPS ab dem Alter von 12 Jahren sowie der oben beschriebenen Evidenz zur Wirksamkeit von (störungsspezifischer) Psychotherapie bei Jugendlichen mit BPS ab 14 Jahren ergibt sich für die Autoren der Leitlinien die klare Empfehlung zur Psychotherapie als Methode der ersten Wahl. Diese sollte sowohl im Sinne einer Frühintervention (bei jungen Menschen mit Vollbild der BPS) als auch im Sinne der indizierten Prävention (bei jungen Menschen mit BPS-Symptomen unterhalb der

diagnostischen Schwelle) durchgeführt werden. Grund für die Empfehlung zur indizierten Prävention ist die Tatsache, dass die Symptomatik der BPS im Jugendalter einen charakteristischen Anstieg bis ins junge Erwachsenenalter hin zeigt, und dass eine frühzeitige Intervention in der Lage ist, die Entwicklung des Vollbilds der BPS sowie der assoziierten Funktionseinschränkungen frühzeitig zu verhindern²¹⁰.

Die Evidenz zur Wirksamkeit von Psychotherapien im Jugendalter ist derzeit nicht ausreichend, um eine spezifische Methode zu empfehlen. Allerdings zeigen sich in der bisherigen Datenlage Vorteile für die Behandlung mit störungsspezifischen Verfahren. Alle derzeit bei BPS eingesetzten und erfolgreich evaluierten Therapieformen zeichnen sich durch ein hohes Maß an Struktur sowie durch spezifische Trainings und regelmäßige Supervision aus. Analog zum Erwachsenenalter ist also davon auszugehen, dass eine strukturierte, störungsspezifische Psychotherapie derzeit die Methode der Wahl auch für nicht-erwachsene Betroffene mit BPS bzw. BPS-Symptomen ist.

Empfehlung 14.1	Patientinnen und Patienten im Alter von 14 bis 18 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie angeboten bekommen.
Empfehlungsgrad A ^{201,202}	100% (starker) Konsens

Wie bereits bei Erwachsenen ausgeführt (vgl. Kapitel 4.1.1), werden eine entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung in den entsprechenden Methoden und eine Supervision bzw. Intervention als wichtig angesehen, um Therapien wirksam durchzuführen.

Empfehlung 14.2	Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode ausgebildet sein und Supervision oder Intervention erhalten.
KKP	100% (starker) Konsens

Wie bereits beschrieben (vgl. 3.2), kann und soll die BPS (oder Symptome der BPS) ab dem Alter von 12 Jahren diagnostiziert werden. Die bisherige Evidenz für die ans Jugendalter adaptierten psychotherapeutischen Verfahren gilt allerdings nur ab einem Alter von 14 Jahren. Hierdurch kommt es derzeit zu einer Lücke im Alter von 12 bis 14 Jahren, in der keine klaren Empfehlungen zur störungsspezifischen, strukturierten Psychotherapie der BPS gemacht werden können. Erste, jedoch unkontrollierte Untersuchungen zu störungsspezifischen Therapien der BPS schlossen Jugendliche im Alter ab 12 Jahren ein und erzielten auch hier gute Erfolge²¹¹. Die Adaptation der jugendspezifischen Verfahren für die BPS scheint also auch in dieser Altersgruppe möglich. Die Leitliniengruppe spricht sich daher dafür aus, dass auch Betroffenen unter 14 Jahren mit BPS oder ausgeprägter BPS-Symptomatik eine adäquate und allgemeine psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug des Umfelds angeboten werden soll.

Empfehlung 15	Betroffenen unter 14 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen therapeutische Unterstützung und Begleitung angeboten und Angehörige und andere Bezugspersonen einbezogen werden.
----------------------	--

	Auch in dieser Altersgruppe können bereits altersadaptierte, BPS-spezifische Verfahren zum Einsatz kommen.
KKP	100% (starker) Konsens

Die psychotherapeutische Behandlung von Minderjährigen zeichnet sich durch eine starke Anpassung der emotionalen und kognitiven Anforderungen an den Entwicklungsstand der Betroffenen aus. Hinzu kommt, dass die Psychotherapie von Jugendlichen insbesondere der Tatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese meist in ein komplexes System bestehend aus Familie, Schule, Jugendhilfe etc. eingebettet sind und noch keine vollständige Autonomie erreicht haben.

Daher wurden störungsspezifische Verfahren zur Psychotherapie der BPS an die Altersgruppe der Jugendlichen adaptiert und einige dieser „Jugendversionen“ inzwischen auch für junge Menschen mit BPS-Symptomen evaluiert. Unabhängig von der Art und Ausrichtung der Psychotherapie ist die Anpassung an Alter und v.a. Entwicklungsstand äußerst wichtig.

In den NHMRC-Leitlinien wurde aus oben genannten Gründen empfohlen, dass Jugendliche, für die keine strukturierte psychotherapeutische Behandlung verfügbar ist, an andere Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwiesen werden sollen. Die Leitliniengruppe bestätigt die Notwendigkeit der entwicklungsadaptierten Therapie, jedoch erschien die Empfehlung zwischen a) einer wenig strukturierten und nicht am Störungsbild orientierten Psychotherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und b) der strukturierten und störungsspezifischen Behandlung von Jugendlichen in einem Setting für (junge) Erwachsene nicht eindeutig möglich. Aufgrund der Tatsache, dass Individuen im Jugendalter (analog zum jungen Erwachsenenalter) über einen sehr unterschiedlichen Entwicklungsstand verfügen können, spricht sich die Leitliniengruppe dafür aus, dass im Einzelfall eine Abwägung zwischen „Störungsspezifität“ und „Entwicklungsspezifität“ zu treffen ist, die allerdings nicht auf der Grundlage aktueller Evidenz vorgenommen werden kann.

Empfehlung 16	Jugendliche mit BPS sollen eine strukturierte psychotherapeutische Behandlung erhalten, die für diese Altersgruppe ausgerichtet ist.
Empfehlungsgrad A ^{201,202}	100% (starker) Konsens

Wie bereits oben beschrieben sind der Entwicklungsstand, die Lebensumstände sowie die Einbettung junger Menschen in ein oftmals komplexes System für die Therapie von großer Bedeutung. Während die NHMRC-Leitlinie den Angehörigen in der Psychotherapie bereits einen hohen Stellenwert einräumte, geht die Leitliniengruppe noch etwas weiter und benennt explizit noch weitere Bezugspersonen, die in den therapeutischen Prozess eingebunden werden sollen. Solche Personen können Lehrerinnen und Lehrer, Betreuende der Jugendhilfe oder sogar Freundinnen und Freunde oder Partnerinnen und Partner sein. Wesentlich ist, dass der Einbezug dieser Menschen mit den von BPS betroffenen Menschen eng abgestimmt ist und ausschließlich zu deren Wohl stattfindet.

Empfehlung 17	Bei der Behandlungsplanung für Betroffene unter 18 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen der individuelle Entwicklungsstand und die Lebensumstände berücksichtigt werden.
----------------------	---

	Angehörige und andere Bezugspersonen sollen kontinuierlich in die Behandlung einbezogen werden, sofern dies zweckmäßig ist.
KKP	100% (starker) Konsens

4.4 Medikamente

Dieses Kapitel behandelt die Frage, welche medikamentösen Interventionen bzw. Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere bei Vorliegen weiterer Komorbiditäten, ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil aufweisen (Fragestellung 9).

Die Literatursuche für den Zeitraum 2011 bis September 2021 identifizierte fünf Level-I-Studien (d.h. systematische Reviews und Metaanalysen^{212–217}) sowie zehn Level-II-Studien (randomisiert-kontrollierte Studien^{218–227}), vgl. Tabelle 15.

Evidenz zu Fragestellung 9	
Level I	<p>In der NHMRC-Leitlinie berücksichtigte systematische Reviews und Metaanalysen: Bellino et al. 2008²²⁸, Duggan 2008²²⁹, Ingenhoven et al. 2010²³⁰, Lieb et al. 2010²³¹, Mercer et al. 2009²³², Stoffers et al. 2010²³³, Varghese et al. 2010²³⁴</p> <p>In der Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie neu identifizierte Publikationen: Farooq & Singh 2015²¹², Gartlehner 2021²¹⁷, Hancock-Johnson et al. 2017²¹³, Ingenhoven et al. 2011²¹⁴, Stoffers & Lieb 2015²¹⁵, Vita et al. 2011²¹⁶</p>
Level II	<p>In der NHMRC-Leitlinie berücksichtigte RCTs: Bellino 2006¹²³, Bellino 2007²³⁵, Bogenschutz²³⁶, De la Fuente 1994²³⁷, Eli Lilly 2008²³⁸, Frankenburg 2002²³⁹, Hallahan 2007²⁴⁰, Hollander 2001²⁴¹, Hollander 2003²⁴², Leiberich 2008²⁴³, Leone 1982²⁴⁴, Loew 2006²⁴⁵, Loew 2008²⁴⁶, Nickel 2004²⁴⁷, Nickel 2005²⁴⁸, Nickel 2006²⁴⁹, Pascual 2008²⁵⁰, Rinne 2002²⁵¹, Schulz 2008²⁵², Shafti 2010²⁵³, Simpson 2004²⁵⁴, Soler 2005²⁵⁵, Soloff 1989²⁵⁶, Soloff 1993²⁵⁷, Tritt 2005²⁵⁸, Zanarini 2001²⁵⁹, Zanarini 2003²⁶⁰, Zanarini 2008²⁶¹, Ziegenhorn 2009²⁶²</p> <p>In der Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie neu identifizierte Publikationen: <u>Placebokontrollierte Vergleiche:</u> Amminger et al. 2013²¹⁸, Black et al. 2014²²⁰, Crawford et al. 2018²²², Moen et al. 2012²²⁵, Kulkarni et al. 2018²²⁴, Schmahl et al. 2012²²⁶ <u>Aktive Vergleichsbedingungen:</u> Bellino et al. 2014²¹⁹, Bozzatello et al. 2017²²¹, Jariani et al. 2010²²³, Shafti 2015²²⁷</p>

Tabelle 15: Evidenz zu Fragestellung 9 („Welche medikamentösen Interventionen/Behandlungsmöglichkeiten weisen, insbesondere bei Vorliegen bestimmter Komorbiditäten, ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?“)

Bei zwei der Level-I-Studien handelt es sich um systematische Reviews^{213,215}, die jeweils die neuen RCTs seit Veröffentlichung des einschlägigen Cochrane-Reviews²³³ betrachten und dabei alle Arten von Substanzen und Vergleichsbedingungen (aktiv oder Placebo) einschließen. Eine Metaanalyse²¹⁴ befasst sich ausschließlich mit Antipsychotika und betrachtet deren gepoolte Effekte im Vergleich zu Placebo. Eine weitere Metaanalyse auf Basis von Level-II-Studien wurde identifiziert²¹⁶, hier jedoch nicht berücksichtigt, da dort ausschließlich Prä-Post-Effekte der einzelnen Behandlungsgruppen betrachtet werden. Tabelle 16 fasst die wesentlichen Ergebnisse der neuen, in den NHMRC-Leitlinien noch nicht berücksichtigten Level-I- und -II-Studien zusammen.

Substanzklasse	Zwischengruppeneffekte (Placebo vergleiche)	Evidenzlevel
Antidepressiva	Keine neue Evidenz	-
Antidementiva	Memantin (Kulkarni et al. 2018²²⁴): 8 Wochen 20 mg Memantin oder Placebo, 33 Probandinnen und Probanden: signifikant größere Abnahme des BPS-Gesamtschweregrads unter Memantin (b=-7.30, p=.002)	II
Antipsychotika	Metaanalyse zum Vergleich jeglicher Antipsychotika (Aripiprazol, Haloperidol, Flupentixol, Olanzapin, Quetiapin, Thiotixen, Ziprasidon) vs. Placebo (Ingenhoven & Duivenvoorden 2011²¹⁴: Signifikante Effekte für <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptome des kognitiven Symptomclusters (SMD 0.23, 95% CI 0.11 bis 0.35; 9 RCTs) ▪ Wut (SMD 0.39, 95% CI 0.18 bis 0.60; 9 RCTs) ▪ Affektive Instabilität (SMD 0.20, 95% CI 0.07 bis 0.33; 5 RCTs) Psychosoziales Funktionsniveau <ul style="list-style-type: none"> ▪ (SMD 0.25, 95% CI 0.03 bis 0.47; 8 RCTs) 	I
	Metaanalyse zum Vergleich von Antipsychotika vs. Placebo (Gartlehner 2021²¹⁷): <ul style="list-style-type: none"> ▪ erhöhtes Risiko unerwünschter Wirkungen bei Behandlung mit Antipsychotika (Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon): RR 1.10 (95% CI 1.00 bis 1.21) 	I
	Quetiapin (Black et al. 2014²²⁰): 8 Wochen niedrige (150mg/d) vs. mittlere (300 mg/d) Dosis Quetiapin vs. Placebo, 95 Probandinnen und Probanden ²²⁰ : Signifikante Effekte für 150mg/d Quetiapin <ul style="list-style-type: none"> ▪ BPS-Gesamtschweregrad (fremdeingeschätzt): d=-0.79, p<0.05) ▪ Symptome des kognitiven Clusters (fremdeingeschätzt): d=-0.63, p<.05) ▪ BPS-Gesamtschweregrad (Selbsteinschätzung): d=-0.88, <.05) 	II

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptome des kognitiven Clusters (Selbsteinschätzung: $d=-0.71$, $p<.05$) ▪ Symptome des interpersonellen Clusters (Selbsteinschätzung: $d=-0.86$, $p<.05$) ▪ Aggressivität ($d=-0.82$, $p<.05$) ▪ Psychosoziales Funktionsniveau/Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ($d=-0.49$, $p<.05$) ▪ Mundtrockenheit ($HR=9.32$, $p<.05$) ▪ Mittlere Gewichtszunahme 0,5 kg/10 Wochen ($p<.05$) <p>Signifikante Effekte für 300mg/d Quetiapin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BPS-Gesamtschweregrad (Selbsteinschätzung): $d=-0.87$, $p<.05$) ▪ Symptome des affektiven Clusters (Selbsteinschätzung: $d=-0.87$, $p<.05$) ▪ Symptome des kognitiven Clusters (Selbsteinschätzung: $d=-0.73$, $p<.05$) ▪ Symptome des interpersonellen Clusters (Selbsteinschätzung: $d=-0.73$, $p<.05$) ▪ Aggressivität ($d=-0.76$, $p<.05$) ▪ Psychosoziales Funktionsniveau/Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ($d=-0.54$, $p<.05$) ▪ Mundtrockenheit ($HR=16.77$, $p<.05$) ▪ Änderung des Appetits ($HR=2.16$, $p<.05$) ▪ Sedierung ($HR=2.16$, $p<.05$) ▪ Mittlere Gewichtszunahme 1,5 kg/10 Wochen ($p<.05$) 	
Stimmungsstabilisierer	Lamotrigin (Crawford et al. 2018²²²): 52 Wochen 400 mg Lamotrigin oder Placebo, 276 Probandinnen und Probanden: keinerlei signifikante Zwischengruppeneffekte nach einjähriger Behandlung	II
	Valproinsäure (Moen et al. 2012²²⁵): 12 Wochen Valproinsäure (mittlere Höchstdosis 1600 mg), 15 Probandinnen und Probandinnen und Probanden mit BPS, die gleichzeitig DBT erhielten: keine signifikanten Zwischengruppeneffekte	II
Sonstige	Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren (Amminger et al. 2013²¹⁸): 12 Wochen Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren (700 mg/d Eicosapentaensäure + 7.6 mg/d Vitamin E) oder Placebo (Kokosöl), 15 Jugendliche mit BPS und hohem Psychoserisiko; signifikant besseres soziales Funktionsniveau in	II

	Behandlungsgruppe mit Aktivum (SMD 1.51; 95% CI 0.32 bis 2.71)	
	Opiodantagonist Naltrexon (Schmahl et al. 2012²²⁶): Studie 1: cross-over-Studie; jeweils 3 Wochen Naltrexon (50 mg/d) und Placebo; 11 Probandinnen mit BPS; keine signifikanten Zwischengruppeneffekte Studie 2: cross-over Studie; die Teilnehmerinnen erhielten 3 Wochen lang jeweils Naltrexon (50 oder 200 mg/d) und Placebo; 13 Probandinnen mit BPS, keine signifikanten Zwischengruppeneffekte	II

d – Cohen's d (Effektstärke, zur Interpretation vgl. SMD); RR – Risk Ratio (relatives Risiko in den beiden Gruppen, 1 bedeutet ein gleiches Risiko in beiden Gruppen, <1 bedeutet ein geringeres Risiko in der aktiv behandelten Gruppe, >1, ein gleich hohes Risiko in beiden Gruppen, >1 ein erhöhtes Risiko in der aktiv behandelten Gruppe); SMD – Standardisierte Mittelwertsdifferenz (Minuszeichen bedeutet Abnahme der Symptomatik; 0,2 kleiner Effekt, 0,5 mittlerer Effekt, 0.8 großer Effekt)

Tabelle 16: Placebokontrollierte Vergleiche: neue Level-I- und -II-Evidenz (seit 2011)

Direkte Wirksamkeitsvergleiche		Zwischengruppeneffekte	Evidenzlevel
Olanzapin	Sertralin	Jariani et al. 2010²²³ 12 Wochen Olanzapin (5-10 mg/d) vs. Sertralin (50-100 mg/d), 120 opioidabhängige Probandinnen und Probanden mit BPS in Methadon-Substitutionstherapie: weniger Depressivität unter Sertralin (SMD -.90, p<.0001), Olanzapin überlegen hinsichtlich interpersoneller Probleme (SDM -0.95, p<.0001), Aggressivität (SMD -0.77, p<.0001), paranoidem Denken (SMD -1.01, p<.0001)	II
Olanzapin	Asenapin	Bozzatello et al. 2017²²¹: 12 Wochen Olanzapin (5-10 mg/d) vs. Asenapin (5-10 mg/d), 51 Probandinnen und Probanden; signifikant weniger Dissoziation/paranoides Erleben unter Olanzapin ($\eta^2=.25$; p=.021), signifikant weniger affektive Instabilität unter Asenapin ($\eta^2=.53$; p=.001), keine Unterschiede hinsichtlich BPS-Schweregrad, sozialem Funktionsniveau, Aggressivität, Impulsivität, Depressivität, Angst	II
Olanzapin	Aripiprazol	Shafti 2015²²⁷: 8 Wochen Olanzapin (10 mg/d) vs. Aripiprazol (10 mg/d), 24 Probandinnen mit BPS: keine signifikanten Zwischengruppenunterschiede	

Omega-3-Fettsäuren + Valproinsäure	Valproinsäure	Bellino et al. 2014²¹⁹: 12 Wochen Valproinsäure (Plasmakonzentration 50-100 µg/ml) mit vs. ohne Nahrungsergänzung durch Omega-3-Fettsäuren (1.2 g/d Eicosapentaensäure + 0.8 mg/d Docosahexaensäure), 24 Probandinnen und Probanden: Kombinationstherapie überlegen hinsichtlich BPS-Schweregrad (SMD -1.08, p=.001), Impulsivität (SMD -1.64, p<.0001), affektive Instabilität (SMD -1.10, p=.008), Wut (SMD -1.79, p<.0001)	II
------------------------------------	---------------	--	----

RR – Risk Ratio (relatives Risiko in den beiden Gruppen, 1 bedeutet ein gleiches Risiko in beiden Gruppen, <1 bedeutet ein geringeres Risiko in der aktiv behandelten Gruppe, >1, ein gleich hohes Risiko in beiden Gruppen, >1 ein erhöhtes Risiko in der aktiv behandelten Gruppe); SMD – Standardisierte Mittelwertsdifferenz (Minuszeichen bedeutet Abnahme der Symptomatik; 0,2 kleiner Effekt, 0,5 mittlerer Effekt, 0.8 großer Effekt);

Tabelle 17: Direkte Wirksamkeitsvergleiche: neue Level-I- und -II-Evidenz (seit 2011)

Die Studien sind in den Evidenztabelle im Anhang detailliert dargestellt (s. Evidenztabelle Fragestellung 9).

Sowohl Level-I als auch Level-II-Studien sind von ausreichender methodischer Qualität, jedoch in ihrer Aussagekraft nicht abschließend belastbar. Für alle getesteten Medikationen gilt, dass lediglich eine geringe Anzahl an Studien verfügbar ist, meist sogar nur einzelne Studien. Die Beobachtungszeiträume sind dabei insgesamt mit 6 bis 26 Wochen, in der Mehrzahl der Fälle 12 Wochen, sehr kurz, wobei langfristige Wirkungen und Nebenwirkungen kaum dokumentiert sind. Ausnahme ist eine einjährige Studie von Crawford und Kollegen mit 275 Probandinnen und Probanden aus dem Jahr 2018 zum Vergleich von Lamotrigin mit Placebo, die allerdings keinerlei Effekte durch die Medikation nachweisen konnte²²². Die jeweiligen Stichproben sind i.d.R. klein und umfassen mit Ausnahme dreier Studien^{222,252,263} deutlich weniger als 100 Probandinnen und Probanden pro Behandlungsarm (n=8 bis n=60). Die vorliegenden, wenig belastbaren Studienergebnisse zeigen einen begrenzten Nutzen einzelner Präparate bei teilweise ausgeprägten Nebenwirkungen (z.B. Zunahme von selbstverletzendem Verhalten, Gewichtszunahme unter Olanzapin²³³).

Zur medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägter BPS-Symptomatik oder vollständiger BPS liegt lediglich eine Level-II-Studie zu den Effekten einer Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren vor. Hier wurden BPS-Betroffene im Alter von 13 bis 25 Jahren (Durchschnittsalter 16,2 Jahre) eingeschlossen²¹⁸. Mit 15 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern kann diese Studie nicht als hinreichend belastbar im Sinne einer präzisen Schätzung des tatsächlichen Behandlungseffekts betrachtet werden.

4.4.1 Allgemeine Empfehlungen und medikamentöse off-label Behandlung

Die Leitliniengruppe spricht nach Sichtung der oben dargestellten Evidenz eine starke Empfehlung dafür aus, dass medikamentöse Interventionen nicht die primäre Therapie darstellen sollen, da sie nur mit mäßigen und nicht anhaltenden Effekten verbunden sind, und

dabei die Erkrankung und deren Verlauf nicht grundlegend beeinflussen. Mangels ausreichend belastbarer Befunde, die für irgendeine Medikation anhaltende klinisch relevante Effekte hinsichtlich der von der Leitliniengruppe vordefinierten Ergebnisvariablen (primäre Endpunkte, untereinander gleichwertig: selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Psychopathologie, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität; sekundäre Endpunkte, ebenfalls untereinander gleichwertig: unerwünschte Wirkungen und Kosten) belegen würden, wird eine starke Empfehlung ausgesprochen, Medikamente nicht als alleinige Therapie einzusetzen.

Empfehlung 18	Medikamentöse Interventionen sollen nicht die primäre Therapie darstellen.
Empfehlungsgrad A [@Referenzen zu Level-I- u. Level-II-Studien aus Tab. 16 werden noch ergänzt]	100% (starker) Konsens*

* Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatsträger ohne Interessenkonflikte (Beratertätigkeit für pharmazeutisches Unternehmen; 18 von 19) wie auch die Abstimmung aller Mandatsträger (19) ergaben 100% Konsens

Vor dem Einsatz von Medikamenten ist zu prüfen, ob nicht anderweitige, besser geeignete Interventionen verfügbar sind. Wird die Gabe von Medikamenten erwogen, so ist zu beachten, dass Medikamente prinzipiell die Psychotherapiefähigkeit fördern können, wenn sie schwerwiegende, nicht anderweitig beherrschbare therapiegefährdende Symptome bessern, wie z.B. starke Unruhe- und Erregungszustände, Angst, schwere dissoziative Zustände oder ausgeprägte Schwierigkeiten, Aggressivität zu kontrollieren. Gleichzeitig können Medikamente die Psychotherapiefähigkeit aber auch gefährden, wenn sie beispielsweise stark dämpfend wirken und so möglicherweise Lernprozesse hemmen²⁶⁴. Außerdem kann die Einnahme von Medikamenten das Gefühl der Selbstwirksamkeit der Patienten in dem Sinne behindern, dass sie Medikamente als „externe Hilfen“ einsetzen, anstatt zu lernen, Krisensituationen durch Selbstmanagement erfolgreich zu bewältigen.

Empfehlung 19	Medikamente sollen nicht anstelle anderer, besser geeigneter Interventionen eingesetzt werden. Die Auswirkungen der Verschreibung von Medikamenten auf die Selbstwirksamkeit von Patienten, die therapeutische Beziehung und den Gesamtbehandlungsplan sollen berücksichtigt werden.
KKP	Konsensstärke 100% (starker Konsens)*

* Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens

Viele Patienten erhalten gleichzeitig mehrere Präparate²⁶⁵. Hierzu gibt es jedoch keine Evidenzgrundlage. Die einzige randomisiert-kontrollierte Studie, in der die Kombination zweier Substanzen, nämlich eines Antidepressivums (Fluoxetin) mit einem Antipsychotikum der zweiten Generation (Olanzapin), systematisch untersucht wurde, findet keine Vorteile einer Kombination gegenüber der Gabe jeweils der einzelnen Präparate^{212,266}. Zudem kann die

gleichzeitige Einnahme verschiedener Medikamente zu häufig nicht überschaubaren Interaktionen untereinander und Wechselwirkungen z.B. mit Alkohol oder Drogen führen.

Die Leitliniengruppe ist der Auffassung, dass die Gabe mehrerer Medikamente gleichwohl im Einzelfall nicht immer vermieden werden kann, insbesondere wenn mehrere Störungsbilder oder Symptomausprägungen vorliegen, die einer Medikation bedürfen. Hier sind die Leitlinien zu den jeweiligen Störungsbildern zu beachten. Gleichzeitig ist anzustreben, möglichst wenige Medikamente gleichzeitig einzusetzen. Es ist darauf zu achten, die Änderung einer polypharmazeutischen Behandlung nie abrupt erfolgen zu lassen, sondern sie langfristig anzulegen und in den Gesamtbehandlungsplan der BPS einzubinden. Als sinnvoll erweisen sich Therapievereinbarungen, die auch das langsame Absetzen einer nicht (mehr) indizierten Dauer- oder Bedarfsmedikation beinhalten.

Empfehlung 20	Es sollen so wenige Präparate wie möglich zum Einsatz kommen, Polypharmazie soll nach Möglichkeit vermieden oder reduziert werden.
KKP	Konsensstärke 100% (starker Konsens)*
Empfehlung 21	Die psychopharmakologische Behandlung von komorbiden psychischen Störungen soll nach den aktuellen Leitlinien für die jeweilige Erkrankung erfolgen.
KKP	Konsensstärke 100% (starker Konsens)*

** Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens*

In Deutschland ist kein Medikament zur Behandlung der BPS zugelassen, die Verschreibung erfolgt also zulassungsüberschreitend im „off-label-use“. Argumentativ ist gegenüber den Krankenkassen eine off-label-Behandlung grundsätzlich zu rechtfertigen, da es sich um eine schwerwiegende psychische Erkrankung handelt, keine zugelassenen Medikamente existieren und aus randomisiert-kontrollierten Therapiestudien Hinweise für die Wirksamkeit einzelner Medikamente vorliegen. Trotz der in 4.4 dargestellten problematischen Evidenzlage erhält die Mehrzahl der BPS-Betroffenen Medikamente, häufig mit der Intention, Teilsymptomausprägungen der BPS, sogenannte Symptomcluster, komorbide Störungsbilder oder allgemeine Beschwerden zu behandeln.

Eine kürzlich veröffentlichte Analyse des Verschreibungsverhaltens in einer österreichischen psychiatrischen Klinik ergab, dass zwei Drittel der behandelten Personen mit BPS drei oder mehrere psychotrope Medikamente erhielten²⁶⁷. Die Anzahl der gleichzeitig verabreichten Medikamente beträgt im Mittelwert zwischen 2.4 und 2.8 Medikamenten^{265,267}. Tabelle 18 listet mögliche Zielsymptomausprägungen auf.

BPS-Symptombereiche

impulsives Symptomcluster: mangelnde Impulskontrolle, Reizbarkeit, impulsive Aggression, unkontrollierbare Wut, Selbstverletzungen

emotionales Symptomcluster: starke Stimmungsschwankungen

kognitiv-perzeptives Symptomcluster: starke Dissoziationen, vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen

Komorbide Störungen/Symptomausprägungen

Angst(-Störungen)
 Depressivität/depressive Störungen
 Schlafstörungen
 ADHS

Tabelle 18: Mögliche Zielsymptomausprägungen medikamentöser Behandlungen

Die Leitliniengruppe ist sich einig, dass im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzepts der BPS der medikamentösen Behandlung nur eine begleitende Rolle zukommt, während Psychotherapie das primäre Verfahren darstellt (vgl. Kapitel 4.1). Der routinemäßige Einsatz von Medikamenten wird daher nicht empfohlen, stattdessen eine offene Empfehlung ausgesprochen. Falls Medikamente zum Einsatz kommen, ist im Vorfeld eine Zielsymptomausprägung (vgl. Tabelle 16) festzulegen und auf einen adäquaten, zeitlich begrenzten Rahmen (z.B. drei Monate) zu achten, wobei im Falle des Nichtansprechens die Medikation auch konsequent wieder abzusetzen ist. In jedem Fall ist darauf hinzuwirken, dass Medikamente nicht ohne Psychotherapie verabreicht werden. Steht eine Psychotherapie nicht zur Verfügung, ist es sinnvoll, den Zeitraum der reinen medikamentösen Therapie so kurz wie möglich zu halten

Empfehlung 22	Ergänzend zu einer Psychotherapie kann ein zeitlich begrenzter Einsatz von Medikamenten erwogen werden, um umschriebene Symptome zu behandeln.
KKP	100% (starker) Konsens*

* Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens

4.4.2 Behandlungskoordination

Es ist bekannt, dass von BPS betroffene Menschen häufig verschiedene Behandlungsangebote parallel und unabhängig voneinander aufsuchen²⁶⁸. Dies kann zu unabgestimmten Behandlungen und Überdosierungen von Medikamenten führen. Die Leitliniengruppe sieht es daher als hilfreich an, wenn die Verschreibung von einem behandlungsführenden Behandler und nach Möglichkeit fachärztlich erfolgt. Auf die Abstimmung mit anderweitig involvierten Behandelnden unterschiedlicher Fachrichtungen ist dabei zu achten. Hier sind gegebenenfalls auch betreuende Gesundheitsberufe (z.B. in Wohneinrichtungen) miteinzubeziehen.

Empfehlung 23	Die Verschreibung soll in Abstimmung aller involvierten Behandelnden erfolgen. Die Psychopharmakotherapie soll in einer Hand liegen und nach Möglichkeit fachärztlich erfolgen.
KKP	Konsensstärke 100% (starker Konsens)

* Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens

4.4.3 Medikamente bei Kriseninterventionen

Die allermeisten Betroffenen mit BPS erleben Zeiten mit ausgeprägten emotionalen oder suizidalen Krisen³³. Auslöser können beispielsweise Trennungsdrohungen oder Beziehungsabbrüche sein, die im Rahmen intensiver und gleichzeitig instabiler Beziehungen leicht auftreten können. Gepaart mit einer ausgeprägten Angst vor dem Verlassenwerden, einem unsicheren Selbstbild mit schwankender Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen, Werte und Orientierungen können hieraus schwere Krisensituationen entstehen. Auch die Konsequenzen impulsiven Verhaltens können zu Krisen führen, ebenso ausgeprägte Stimmungsschwankungen mit depressiven und Angstzuständen²⁶⁹.

Die Leitliniengruppe ist sich einig, dass auch in solchen akuten Krisensituationen zunächst psychotherapeutische Kriseninterventionen indiziert und Medikamente nur einzusetzen sind, falls psychotherapeutische Interventionen nicht ausreichend greifen. Randomisiert-kontrollierte Studien zur Untersuchung der Effekte akuter Krisenmedikation bei BPS konnten nicht identifiziert werden. Der Einsatz von Medikamenten im Krisenfall stellt daher nur eine Möglichkeit dar und ist nicht routinemäßig vorzunehmen. Eine etwaige Krisenmedikation ist auf die Zeit der Krise zu beschränken und dementsprechend nach Beendigung der Krise auch wieder abzusetzen. Änderungen einer bestehenden Medikation im Krisenfall sind ebenfalls möglichst zu vermeiden.

Empfehlung 24	In akuten Krisensituationen kann der Einsatz von Medikamenten erwogen werden, wenn psychotherapeutische Interventionen nicht ausreichen.
KKP	100% (starker) Konsens

** Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens*

Die in der Praxis gängige Gabe zusätzlicher neuer Medikamente im Krisenfall trägt wesentlich zu einer unkoordinierten Häufung der Verordnungen mit der Folge der Polypharmazie bei. Dies soll jedoch vermieden werden. Ist eine Krisenmedikation unumgänglich, so ist sie auch nur so lange als nötig beizubehalten. Insofern spricht die Konsensgruppe eine starke Empfehlung für das Absetzen von Krisenmedikamenten nach Beendigung einer Krise aus.

Empfehlung 25	Medikamente, die für Krisensituationen verschrieben wurden, sollen abgesetzt werden, sobald die Krise vorüber ist.
KKP	100% (starker) Konsens

** Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens*

4.4.4 Nicht zu verwendende Medikamente

Ungefähr die Hälfte aller Menschen mit BPS weist zusätzlich eine aktuelle Abhängigkeitserkrankung auf, ca. zwei Drittel sind davon entweder aktuell betroffen oder waren es zu einem früheren Zeitpunkt²⁷⁰. Bei den Substanzen handelt es sich am häufigsten um Alkohol (ca. 64%), gefolgt von Cannabis (31%), Opiaten, Sedativa oder Tranquilizern (30%),

Kokain (17%) oder Halluzinogenen (10%)²⁷¹. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, Medikamente mit Abhängigkeitspotential (insbesondere Sedativa und Hypnotika) nur sehr zurückhaltend zu verschreiben bzw. nach Möglichkeit ganz auf sie zu verzichten. Zu den besonders problematischen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial gehören die Benzodiazepine. Diese sind zumindest in der Dauertherapie zu vermeiden. Dasselbe gilt auch für Pregabalin und die Z-Substanzen wie Zolpidem und Zopiclon, für die ebenfalls Abhängigkeits-Entwicklung beschrieben wurden^{272–275}. Sinnvolle Alternativen, auch wenn dafür keine randomisiert-kontrollierten Studien vorliegen, sind niederpotente Antipsychotika wie z.B. Promethazin, Melperon oder Dipiperon.

Empfehlung 26	Auf Medikamente mit Abhängigkeitspotential sollte verzichtet werden.
KKP	100% (starker) Konsens*

* *Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens*

Viele Menschen mit BPS weisen als Teil des Störungsbilds wiederkehrendes selbstverletzendes und/oder suizidales Verhalten auf^{2,3}. Es handelt sich dabei um Handlungen, die auf die Schädigung des eigenen Körpers abzielen, sei es mit suizidaler, non-suizidaler oder ungeklärter Intention. Hierbei ist zu beachten, dass suizidales Verhalten nicht mit dem tatsächlichen Suizidrisiko gleichzusetzen ist. Das tatsächliche Suizidrisiko bei Menschen mit BPS ist nicht höher als bei Menschen mit anderweitigen psychischen Störungen. Dies ist auch bei der Verschreibung von Medikamenten zu beachten.

Nur aufgrund ihrer Diagnose sind Betroffenen mit BPS Medikamente, die bei Überdosierung tödlich sein können, nicht grundsätzlich vorzuenthalten. Vielmehr ist das individuelle suizidale Verhalten zu analysieren und zu berücksichtigen, wie bei anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen auch. Daraus resultiert die Empfehlung einer zwar grundsätzlich möglichen, aber insgesamt zurückhaltenden Verschreibung von bei Überdosierung potenziell lebensgefährdenden Medikamenten.

Empfehlung 27	Aufgrund des erhöhten Risikos für suizidales Verhalten sollen Medikamente, die im Falle einer Überdosierung tödlich sein können, nur sehr zurückhaltend verschrieben werden.
KKP	88% Konsens*

* *Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19, 1 Teilnehmer mit Beratertätigkeit für ein pharmazeutisches Unternehmen von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens*

4.5 Multimodale Therapien

Dieses Kapitel behandelt die Fragestellung 10: „Sind multimodale Therapien (medikamentös, psychotherapeutisch, Gruppeninterventionen, teil- oder vollstationäre Programme,

Familientherapie, Systemische Therapie, therapeutische Gemeinschaften) effektiver als unimodale Therapien bezüglich der definierten Ergebnisvariablen? “

Wenngleich die störungsspezifische, strukturierte Psychotherapie die Behandlung der Wahl darstellt (vgl. Kapitel 4.1), können auch weitere Behandlungsangebote sinnvoll sein. Die Frage, ob die Kombination verschiedener Behandlungsmodule effektiver ist als eine unimodale Therapie, wurde bisher jedoch kaum untersucht (vgl. Tabelle 19, Evidenztabelle Fragestellung 10).

Evidenz zu Fragestellung 10	
Level I	<p>NHMRC-Leitlinie: keine</p> <p>Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie Keine</p>
Level II	<p>NHMRC-Leitlinie: Bellino et al. 2010¹²⁴, Bellino et al. 2006²⁷⁶, Simpson et al. 2004²⁵⁴, Soler et al. 2009</p> <p>Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie Vergleich kombinierter (teil-)stationärer vs. ambulanter Behandlung: Antonsen et al. 2017¹⁵⁷, Sinnaeve et al. 2018²⁷⁷, Smits et al. 2019²⁷⁸</p> <p>Vergleich Einzel- vs. Gruppen vs. kombinierte Einzel- und Gruppentherapie: Linehan et al. 2015¹⁹⁹</p> <p>Vergleich Psychotherapie vs. Psychotherapie + Medikation: Moen et al. 2012²⁷⁹,</p>

Tabelle 19: Evidenz zu Fragestellung 10: „Sind multimodale Therapien (medikamentös, psychotherapeutisch, Gruppeninterventionen, teil- oder vollstationäre Programme, Familientherapie, Systemische Therapie, therapeutische Gemeinschaften) effektiver als unimodale Therapien?“

Nur in einer randomisiert-kontrollierten Studie wurde bislang die Wirksamkeit der unterschiedlichen Einzel- und Gruppentherapiekomponenten eines Behandlungsprogramms systematisch untersucht: Linehan et al.¹⁹⁹ verglichen dabei die Standard-DBT-Behandlung, die sowohl eine Einzeltherapie als auch begleitend eine Gruppe, das vorwiegend psychoedukative „Skillstraining“, beinhaltet, mit zwei weiteren Versuchsbedingungen, in welchen einmal die Einzeltherapie, einmal die Gruppe jeweils durch unspezifische Kontrollangebote ersetzt wurde („Case-Management“ bzw. nicht-therapeutische Aktivitätengruppe). Alle Probandinnen erhielten somit jeweils eine vergleichbar intensive Anbindung im selben Setting, jedoch entweder nur die aktive Einzel- oder nur die aktive Gruppenbehandlung und eine jeweils komplementäre unspezifische Kontrollbehandlung, oder beide. Es zeigte sich, dass zwar alle Gruppen profitierten, jedoch die Gruppe, die lediglich die aktive DBT-Einzeltherapie erhielt, den anderen beiden Gruppen unterlegen war (hinsichtlich selbstverletzenden Verhaltens und Depressivität), und der Therapiefortschritt langsamer eintrat. Die aktive Gruppenbehandlung scheint also eine essenzielle Wirksamkeitskomponente darzustellen, um optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen. Diese Studie erscheint aufgrund ihrer ausreichenden Teststärke und methodischen Qualität hinreichend belastbar, um daraus erste Hinweise auf die Wirksamkeit von Gruppeninterventionen ableiten zu können. In drei weiteren RCTs wurde die Rolle des Settings, d.h. der stationären vs. ambulanten oder kombinierten „Step-Down“-

Behandlung untersucht^{157,277,278}. Sinnaeve et al.²⁷⁷ fanden nur sehr begrenzte Hinweise auf eine Überlegenheit einer kombinierten Behandlung aus zunächst drei Monaten stationärer, gefolgt von sechs Monaten ambulanter DBT gegenüber der zwölfmonatigen, ausschließlich ambulanten Standard-DBT. Die damit verbundenen höheren Behandlungskosten wurden in einer zusätzlichen gesundheitsökonomischen Analyse nicht durch einen ausreichend größeren Behandlungserfolg gerechtfertigt. Eine hohe Abbrecherrate insbesondere in der ausschließlich ambulanten Behandlungsgruppe (55% der dorthin Randomisierten nahm die Behandlung nicht auf) schränkt jedoch die Aussagekraft der Studie erheblich ein. Smits et al.²⁷⁸ fanden in Ihrer Studie zum Vergleich tagesklinischer mit intensiver ambulanter MBT ebenfalls positive Effekte in beiden Gruppen, jedoch keine Überlegenheit der deutlich intensiveren tagesklinischen Behandlung über 18 Monate. Antonsen et al.¹⁵⁷ verglichen eine kombiniert tagesklinisch-ambulante Behandlung, bei der sich die Teilnehmenden zu Beginn 18 Wochen in einer tagesklinischen Behandlung befanden, die psychodynamische wie auch kognitiv-behaviorale Elemente umfasste, und danach bis zu 4 Jahre wöchentliche Gruppentherapie und bis zu 2,5 Jahre Einzeltherapie erhielten, mit einer naturalistischen Vergleichsbehandlung bei niedergelassenen Therapeuten (ohne inhaltliche oder formale Vorgaben). Nach 36 Monaten wurden keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede beobachtet, stattdessen diagnostische Remissionsraten um die 90% in beiden Gruppen nach 6 Jahren.

Zum Vergleich Psychotherapie vs. Psychotherapie kombiniert mit Medikation liegt eine Level-II-Studie vor, deren Teilnehmende alle eine DBT-Behandlung erhielten, wobei eine Gruppe jedoch zusätzlich medikamentös mit Valproinsäure behandelt wurde, die andere ein Placebo erhielt²²⁵. Es fanden sich keinerlei Wirksamkeitsunterschiede. Aufgrund der sehr geringen Stichprobengröße ist diese Studie jedoch kaum aussagekräftig. Insgesamt ist die Evidenz zur systematischen Überprüfung der Effekte multimodaler gegenüber unimodalen Behandlungen wenig belastbar, da sie sich jeweils auf einzelne Level-II-Studien beschränkt.

Zusammenfassend lässt sich aus der aktuellen Evidenz keine spezifische Kombination verschiedener Behandlungsmodule oder -settings ableiten, insbesondere auch nicht die Ergänzung der psychotherapeutischen Behandlung durch eine begleitende Medikation, vgl. hierzu auch Kapitel 4.4.

Empfehlung 28	Psychotherapeutische Interventionen sollen nicht standardmäßig durch eine medikamentöse Behandlung ergänzt werden.
KKP	100% (starker) Konsens

4.6 Behandlung beim Vorliegen komorbider Störungsbilder

In diesem Kapitel werden die folgenden Fragestellungen behandelt: „Welche Interventionen sind bei Menschen mit BPS und komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen wirksam?“ (Fragestellung 11) sowie „Müssen anderweitige psychische Störungen, die gleichzeitig mit einer BPS vorliegen, anders als üblich behandelt werden? Falls ja, wie?“ (Fragestellung 13).

Die Aktualisierungssuche erbrachte ein neues systematisches Review auf Basis von Level-II-Studien zur Psycho- und Pharmakotherapie bei komorbiden Suchterkrankungen und BPS²⁸⁰.

Hier wurden jedoch aufgrund der inhaltlichen Heterogenität der Primärstudien keine metaanalytischen Berechnungen vorgenommen. Berichtet werden signifikant positive Effekte auf BPS- und Suchtsymptomatik durch DBT aus zwei RCTs^{281,282}. Die Aktualisierungssuche nach neuen Level-II-Studien mit Stichproben, deren Teilnehmer zu mindestens 70% eine BPS aufwies und zusätzlich jeweils eine oder mehrere definierte psychische oder somatische Komorbiditäten hatten, und in denen mindestens zwei verschiedene Interventionen miteinander verglichen wurden, erbrachte 12 neue RCTs (Tabelle 20).

Evidenz zu Fragestellungen 11 und 13*			
Level I		NHMRC-Leitlinie:	Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie
		Keine Evidenz	Keine Evidenz
Level II		NHMRC-Leitlinie	Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie (September 2021)
	Affektive Störungen		Andreoli et al. 2016 ¹⁵⁶ , Jahangard et al. 2012 ¹⁶⁸ , Rossouw et al. 2012 ¹⁸⁶
	Substanzbezogene Störungen	Ball et al. 2011 ¹¹⁹ , Gregory et al. 2008 ²⁸³	Philips et al. 2018 ²⁸⁴ , Santisteban et al. 2015 ¹⁸⁸
	Antisoziale Persönlichkeitsstörung		Bateman et al. 2016 ²⁸⁵
	Psychotische Erkrankungen		Gleeson et al. 2012 ¹⁶⁴
	Essstörungen	Rowe et al. 2008 ¹⁴⁶	Robinson et al. 2016 ¹⁸⁵
	Post-traumatische Belastungsstörungen	Harned et al. 2008 ¹³⁸ , Ziegenhorn et al. 2009 ²⁶²	Bohus et al. 2013 ¹⁵⁹ , Bohus et al. 2020 ²⁸⁶ , Harned et al. 2014 ¹⁶⁷
*Vergleiche zu unspezifischen Kontrollen oder Standardbehandlung			

Tabelle 20: Evidenz zu Fragestellungen 11 „Welche Interventionen sind bei Menschen mit BPS und komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen wirksam?“ und 13 „Müssen anderweitige psychische Störungen, die gleichzeitig mit einer BPS vorliegen, anders als üblich behandelt werden? Falls ja, wie?“

Insgesamt, unter Einbezug der durch die NHMRC-Leitlinien bereits identifizierten Evidenz, wurden damit für folgende Komorbiditäten spezifische Therapien gegenüber einer unspezifischen Kontroll- oder der Standardbehandlung für die jeweilige Komorbidität in Level-II-Studien untersucht: depressive Erkrankungen^{156,168,186}, substanzbezogene Störungen^{119,188,283,284}, Post-traumatische Belastungsstörungen(PTBS)^{138,159,167,262,286}, Psychosen¹⁶⁴, Essstörungen^{146,185} und antisoziale Persönlichkeitsstörungen²⁸⁵. Evidenztabelle Fragestellungen 11 and 13 fassen die wesentlichen Charakteristika und Resultate der neu identifizierten Evidenz zusammen.

Einige Befunde weisen darauf hin, dass Betroffene, die spezifisch für ihre jeweiligen Komorbiditäten adaptierte Behandlungsoptionen erhalten, gegenüber Standardbehandlungen (ohne spezifische Modifikation für eine bestimmte Komorbidität) hinsichtlich der komorbiden Symptomatik besser profitieren können. Dies gilt für depressive

Störungen^{156,168,186} und PTBS^{159,167,173}. Bei komorbiden Suchterkrankungen fanden sich dagegen keine Hinweise auf eine Überlegenheit der spezialisierten Behandlungsoptionen gegenüber Standard-Suchtbehandlungen, wobei jedoch die Teilnehmenden aller Gruppen im Prä-Post-Vergleich Verbesserungen sowohl hinsichtlich der BPS- als auch Suchtsymptomatik aufwiesen^{188,284}. Eine Studie zur Behandlung von BPS Betroffenen mit komorbiden Essstörungen weist auf sehr begrenzte Effekte einer adaptierten MBT-Behandlung auf Essstörungsbezogene Parameter (gewichts- und figurbezogene Sorgen) hin¹⁸⁵. Eine weitere Studie zur Standard-MBT fand jedoch, dass gleichzeitig von einer antisozialen Persönlichkeitsstörung Betroffene sowohl hinsichtlich BPS- als auch tendenziell antisozialer Symptomatik (impulsive, feindselige und aggressive Symptomatik) durch die Standard-MBT profitieren können²⁸⁵. Die Evidenz zu Behandlungen bei komorbiden psychotischen Erkrankungen beschränkt sich dagegen auf eine einzige, sehr kleine Studie, deren Ergebnisse nicht als belastbar anzusehen sind¹⁶⁴. Neuere Studien zu medikamentösen Interventionen bei komorbiden Stichproben wurden nicht identifiziert.

Verschiedene Post-hoc-Reanalysen aus Level-II-Studien haben die differenzielle therapeutische Ansprechbarkeit untersucht, indem die Behandlungsergebnisse der Teilnehmenden mit und ohne diese Komorbiditäten verglichen wurden, oder der Schweregrad der komorbiden Symptomatik in Bezug zum Behandlungsergebnis gesetzt wurde. Zwei Studien zeigen, dass Teilnehmende mit PTBS von einer traumaspezifisch adaptierten DBT-Behandlung unabhängig vom Schweregrad der komorbiden BPS-Ausprägung gleichermaßen profitieren^{159,286}. Auch bei BPS und komorbiden Suchterkrankungen fanden sich keine Hinweise auf differenziell schlechtere Ergebnisse der Teilnehmenden mit Doppeldiagnose^{138,280,287,288}, wenngleich die Datenlage für Sucht mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen allgemein für höhere Therapieabbruchraten und eine stärkere Beeinträchtigung, jedoch ähnliche mittelfristige Verläufe sprechen^{280,289}. Weiterhin zeigte sich, dass Betroffene mit gleichzeitiger antisozialer Persönlichkeitsstörung von BPS-spezifischen Standardbehandlungen, d.h. MBT und STEPPS, ebenso profitieren wie Betroffene, die lediglich die Kriterien einer BPS erfüllen^{285,290}.

Zusammenfassend deutet die Studienlage darauf hin, dass Betroffene von einer integrierten Behandlung profitieren können, insbesondere im Falle von komorbider PTBS oder Depressionen, während die Studienlage für anderweitige Komorbiditäten derzeit nicht konklusiv ist. Derzeit gibt es keinen Anhalt dafür, dass Menschen mit BPS von einer Suchtbehandlung weniger profitieren als Menschen ohne BPS, gleichzeitig scheint es so zu sein, dass eine BPS-spezifische Behandlung die Suchtsymptomatik besser beeinflussen kann als eine Standardsuchtbehandlung oder -beratung.

Die vorliegende Evidenz bezieht sich mit Ausnahme zweier Studien^{186,188} weiterhin vorwiegend auf Erwachsene. Obwohl Angststörungen häufig komorbid zu BPS auftreten, liegen zu anderen Angststörungen als der PTBS bislang keinerlei Interventionsstudien mit entsprechenden Stichproben vor. Auch für spezifische somatische Komorbiditäten wurden keine Therapiestudien identifiziert.

4.6.1 Behandlungsplanung und Durchführung der Therapien

Bei Menschen mit BPS liegen bekanntermaßen häufig eine oder mehrere komorbide Störungen vor, die sowohl primär körperlich als auch psychisch oder psychosomatisch sein können. Zunächst ist es von zentraler Bedeutung, komorbide Störungen nicht zu übersehen, und sie nicht als Begleiterscheinungen der BPS anzusehen, die keiner weiteren Beachtung bedürfen (vgl. Kapitel 3.5). Alle vorhandenen Störungen sollen für sich genommen betrachtet werden und bei der Behandlungsplanung einbezogen werden. Für den Fall, dass die Symptomatik der komorbiden Störung so ausgeprägt ist, dass sie die Behandlung der BPS gefährden oder unmöglich machen, ist deren Behandlung vorrangig. Nach Ansicht der Leitliniengruppe ist dies insbesondere bei schweren substanzbezogenen Störungen und Essstörungen mit vital bedrohlicher Situation der Fall. Aber auch bei sehr schwer ausgeprägten affektiven Störungen oder Psychosen kann es unmöglich sein, ohne eine entsprechende Behandlung mit einer BPS-spezifischen Therapie zu beginnen. In aller Regel sollte jedoch das Vorliegen einer komorbiden Depression nicht den Beginn einer BPS-spezifischen Behandlung verzögern. Die BPS muss hier von Beginn an Teil der Behandlungsplanung sein. Zum einen ist bekannt, dass eine BPS negativ prädiktiv für den Verlauf z.B. einer Depression ist²⁹¹, zum anderen sind – wie erwähnt – kombinierte manualisierte Behandlungsansätze effektiver als die alleinige Behandlung der komorbiden Störung, was für die depressive Störungen^{156,168,186} und für Post-traumatische Belastungsstörungen (PTBS)^{159,167,173} bereits belegt ist.

Am Beispiel schwerer substanzbezogener Störungen wird erkennbar, wie BPS und die komorbide Störung ineinandergreifen können: Die BPS erschwert die Abstinenz, während umgekehrt schwere substanzbezogene Störungen die Behandlung der BPS unmöglich machen. In solchen schweren Fällen soll zunächst die komorbide substanzbezogene Störung behandelt werden, um eine Therapie der BPS zu ermöglichen, während zugleich an der Motivation zur anschließenden Behandlung der BPS gearbeitet wird.

Empfehlung 29	Liegen weitere psychische Störungen vor, sollen diese gleichermaßen bei der Behandlung berücksichtigt werden. Gefährdet die weitere psychische Störung die Psychotherapie der BPS, so soll deren Behandlung vorgezogen werden (z.B. schwere substanzbezogene Störungen, Essstörungen mit vital bedrohlicher Situation).
KKP	100% (starker) Konsens

Im Falle des Vorliegens komorbider psychischer Erkrankungen soll ein integrierter Behandlungsplan erstellt werden, der ggf. verschiedene Behandelnde bzw. Behandlungssettings einbezieht. Es ist zu empfehlen, dass ein Ärztlicher bzw. Psychologischer Psychotherapeut bzw. eine Ärztliche oder Psychotherapeutische Psychotherapeutin die Behandlungsführung übernimmt, alle Behandlungsaspekte im Blick behält und zeitlich sowie inhaltlich aufeinander abstimmt. Nicht zu unterschätzen ist dabei die Transparenz und Kommunikation unter den Behandelnden und mit den Betroffenen. Auch die Pharmakotherapie muss ebenso wie soziotherapeutische Maßnahmen immer Teil des Gesamtbehandlungsplans sein. Die behandelnde Person sollte nach Möglichkeit vertiefte Kenntnis im Bereich der Persönlichkeitsstörungen aufweisen und in einer der empirisch-validierten BPS-Behandlungen ausgebildet sein.

Empfehlung 30	BPS und gleichzeitig bestehende psychische Erkrankungen sollen nach Möglichkeit Gegenstand eines integrierten Behandlungsplans sein. Die Umsetzung soll durch den/die fallführende/n BPS Behandler/in koordiniert werden.
KKP	100% (starker) Konsens

4.6.2 Vorgehen bei komorbiden somatischen Erkrankungen

Komorbiditäten primär somatischer Erkrankungen verdienen ebenfalls spezielle Beachtung, zumal mehrfach belegt wurde, dass einerseits von BPS Betroffene ein höheres Risiko haben, an körperlichen Störungen zu erkranken, und dass sich die BPS negativ auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen auswirken kann¹⁰⁶ (vgl. auch Kapitel 3.5).

Nicht selten werden somatische Symptome und Störungen sowie auch Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen (bspw. gynäkologische Kontrolluntersuchungen bei erhöhtem Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten bei promiskuitivem Verhalten) zu wenig ernst genommen, oder ihnen wird mit einem „somatischen Nihilismus“ begegnet, was zum Unterlassen von Untersuchungen und Behandlungen führt. Dies kann sowohl von ärztlicher als auch von der Seite der Betroffenen ausgehen.

Während die NHMRC-Leitlinien eine gesonderte Empfehlung dafür enthalten, dass ärztlich Behandelnde von BPS Betroffene in der Inanspruchnahme präventiver Untersuchungen unterstützen (Empfehlung Nr. 30), verzichtet die Leitliniengruppe auf diese Empfehlung, da sie es als selbstverständlich erachtet, dass alle von BPS Betroffenen eine ebenso hochwertige und leitliniengerechte Behandlung wie jede und jeder andere erhalten. Gleichwohl ist von Seiten der haus- und fachärztlich Behandelnden dafür Sorge zu tragen bzw. zu berücksichtigen, dass von BPS Betroffene ggf. einer besonderen Unterstützung bedürfen, um die indizierte Diagnostik und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Auch hier ist es selbstverständlich notwendig, dass die oben erwähnte behandlungsführende Person einbezogen ist und dabei Koordination und Kommunikation sicherstellt. Dies gestattet wiederum die Motivation der von BPS betroffenen Person durch die psychischen und somatischen Behandelnden für die Diagnostik und Therapie des jeweils anderen.

Empfehlung 31	Somatische Beschwerden sollen durch eine/n Allgemein-/Hausarzt/-ärztin oder eine/n entsprechende Facharzt/-ärztin untersucht und behandelt werden. Bei Bedarf sollen die psychisch Behandelnden die von BPS Betroffenen motivieren und unterstützen, sich somatisch untersuchen und behandeln zu lassen. Eine Kooperation zwischen den psychisch und somatisch Behandelnden soll angestrebt werden.
KKP	100% (starker) Konsens

5. Versorgung

5.1 Therapiesettings

Dieses Kapitel befasst sich mit den Fragestellungen 15 („Welche Versorgungsstrukturen/Therapiesettings sollten angeboten werden (ambulant, stationär, tagesklinisch, therapeutische Wohngruppen, aufsuchende Behandlung, ambulante Sozialpsychiatrie, ‚stepped care‘, ‚case management‘?“) und 16 („Welchen Stellenwert haben stationäre Behandlungsangebote im Rahmen forensischer/gesicherter Settings, ambulante und stationäre forensische Settings, geschlossene Wohnheime?“; vgl. Evidenztabellen Fragestellungen 15 und 16).

Die Literatursuche erbrachte vier Level-II-Studien^{157,277,292,293}, vgl. Evidenztabellen Fragestellungen 15 und 16. Zwei dieser Studien verglichen die Effekte der gleichen Therapie, die jeweils entweder im üblichen ambulanten Setting durchgeführt wurde, oder zunächst im stationären oder tagesklinischen Setting begonnen wurde, und dann ambulant weitergeführt wurde^{277,292}. Für den Vergleich stationär-ambulanter mit ausschließlich ambulanter DBT fanden sich nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei die Aussagekraft dieser Studie durch sehr hohe Abbruchraten in beiden Gruppen eingeschränkt ist²⁷⁷. Auch für kombiniert tagesklinisch-ambulante MBT im Vergleich zu einer ausschließlich ambulant durchgeführten MBT fanden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen²⁹². Antonsen et al.¹⁵⁷ verglichen eine tagesklinisch-ambulante Behandlung mit einer ausschließlich ambulanten Kontrollbedingung (Behandlung bei niedergelassenen Therapeuten), berichten jedoch für keines der hier relevanten Ergebnismaße statistisch signifikante Gruppenunterschiede nach Behandlungsende. Zu beachten ist, dass bei dieser Studie die beiden Therapiebedingungen sich nicht nur hinsichtlich des Settings, sondern auch hinsichtlich der jeweiligen Interventionen und deren Therapiefrequenz stark unterschieden (kombinierte Behandlung wesentlich frequenter, sowohl Einzel- als auch Gruppenbehandlung), was die Validität der beobachteten Therapieeffekte stark verzerrt.

Schließlich wurde in einer britischen Level-II-Studie eine Milieuthherapie, die sogenannte „Democratic Therapeutic Community“ (DTC) mit der lokalen Standardtherapie verglichen²⁹³. Berichtet werden nach 12 Monaten signifikant weniger Notfallbehandlungen in der DTC-Gruppe, sowie nach 36 Monaten eine geringere Aggressivität und höhere Behandlungszufriedenheit. Auch hier ist die Aussagekraft durch eine hohe Abbruchquote (70%) in der DTC-Gruppe eingeschränkt.

Eine weitere erwähnenswerte, randomisiert-kontrollierte Studie liegt vor, in der Effekte kurzzeitiger stationärer Selbsteinweisungen bei Personen untersucht wurde, die wiederkehrendes selbstverletzendes oder suizidales Verhalten aufwiesen, welches bereits zu wiederholten stationären Aufnahmen oder Notfallbehandlungen geführt hatte, sowie mindestens drei BPS-Kriterien nach DSM-5 (58% mit BPD-Diagnose)²⁹⁴. Hierbei stand es Personen mit selbstverletzendem Verhalten und BPS-Symptomatik frei, sich im sich in akuten Krisen kurzfristig auf eigenständige Indikationsstellung für eine begrenzte Dauer in ein stationäres Setting zu begeben („Ticket-Prinzip“), ohne dies durch Suizidalität „legitimieren“ zu müssen. Im Vergleich zur üblichen Versorgung (TAU) fanden sich zwar nur ein einziger signifikanter Zwischengruppenunterschied bezüglich einer Subskala der WHODAS²⁹⁵ (World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0; Unterskala „Mobilität“). Gleichzeitig

wurde jedoch nur in der Experimentalgruppe eine statistisch signifikante Abnahme nicht-suizidaler Selbstverletzungen, Suizidversuchen und Zwangseinweisungen beobachtet, sowie weitere Unterskalen der WHODAS.

5.2 Bevorzugung ambulanter Behandlung

Die überwiegende Mehrheit der publizierten Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei BPS wurden unter ambulanten Bedingungen durchgeführt (vgl.^{23,113}). Aber auch unter den klinischen Expertinnen und Experten herrscht Konsens, dass es zweckdienlich und angemessen ist, die psychotherapeutische Behandlung der BPS vorrangig unter ambulanten Bedingungen durchzuführen.

Stationäre Behandlungen bieten zwei Optionen: Zum einen sind kurzfristige und begrenzte stationäre Aufenthalte zur Bewältigung etwa von unkontrollierbaren suizidalen Krisen oder vorübergehenden psychotischen Phänomenen notwendig oder auch hilfreich, um BPS-Betroffene auf eine ambulante Psychotherapie vorzubereiten, während einer ambulanten Psychotherapie zu unterstützen und/oder entsprechend zu motivieren.

Zum zweiten liegen zwei kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von DBT als elektives, 12-wöchiges Behandlungsprogramm unter stationären Bedingungen vor^{296–298}, die guten Anlass geben, auch diese störungsspezifischen Therapieprogramme anzubieten, um so ambulante Behandlungen einzuleiten oder auch, falls keine entsprechenden ambulanten Behandlungsangebote zur Verfügung stehen, diese zu ersetzen. Auch für die TFP werden im stationären Behandlungssetting in einer nicht-randomisierten, kontrollierten Studie signifikante Veränderungen von Ärger und Depressivität im Behandlungsverlauf beschrieben²⁹⁹, wobei die vergleichende Wirksamkeit gegenüber der Kontrollbehandlung aufgrund erheblicher Gruppenunterschiede bereits vor Behandlungsbeginn jedoch nicht verlässlich beurteilt werden kann und keine Zwischengruppeneffekte berichtet werden.

Beim Vergleich derselben Behandlung in verschiedenen Behandlungssettings fand eine Level-II-Studie für eine 12-monatige ambulante DBT-Therapie gegenüber einer zunächst 3-monatigen stationären Therapie und anschließender sechsmonatiger ambulanten DBT-Behandlung nur geringfügige Hinweise für eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung²⁷⁷. Ein RCT zum Vergleich einer 18-monatigen teilstationären MBT mit ambulanter MBT fand keine signifikanten Unterschiede zu Behandlungsende oder während der 18-monatigen Nachbeobachtung, jedoch unterschiedliche Verläufe im Sinne einer schnelleren Besserung in der teilstationären Bedingung und einer stetigeren Besserung in der ambulanten Bedingungen^{292,300}.

Auch wenn die Wirksamkeit von störungsspezifischer Psychotherapie bei der BPS durch mehr als 75 RCTs belegt ist¹¹³, so muss doch die Validität und Repräsentativität der Studien für die flächendeckende Versorgung dieser Patientengruppe in Deutschland diskutiert werden. Immerhin liegen die Abbruchraten im Mittel über 25%, und gerade Schwersterkrankte finden eher selten den Weg in ambulant durchgeführte Studien. Die Behandlung von schwersten, therapierefraktären Fällen erfordert daher ein hohes Maß an Flexibilität und Kooperation zwischen verschiedenen Behandlungs-Settings. Die Balance zwischen Sicherheit und Hospitalisierung ist oft schwierig zu steuern und resultiert bisweilen in wenig hilfreichen Drehtür-Effekten. Vor diesem Hintergrund hat es sich gemäß Expertenmeinung als sinnvoll

erwiesen, in Einzelfällen vorübergehend Unterbringungen in geschlossenen Einrichtungen in die Wege zu leiten. Auch diese Einrichtungen profitieren von störungsspezifischer Ausrichtung und einem schlüssigen Rehabilitationskonzept.

Empfehlung 32	<p>Im Allgemeinen soll die Behandlung ambulant durchgeführt werden. Stationäre oder teilstationäre Behandlungen sollten entweder der kurzzeitigen psychiatrischen Krisenintervention (z.B. bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, lebensgefährdenden Selbstverletzungen) dienen oder im Rahmen von länger dauernden, zeitlich definierten störungsspezifischen elektiven Behandlungsprogrammen durchgeführt werden. Hier sollten enge Absprachen zwischen ambulant und (teil-)stationär Behandelnden erfolgen.</p> <p>Bei schwersten therapierefraktären Fällen kann eine vorübergehende Unterbringung in geschlossenen Heimen mit angemessenen, möglichst störungsspezifischen Behandlungs- und Rehabilitationskonzepten erwogen werden.</p>
KKP	100% (starker) Konsens

Es herrscht Konsens, dass längere stationäre oder teilstationäre psychiatrische Behandlungen jenseits von elektiven, BPS-spezifischen Therapieprogrammen ein immanentes Risiko der Hospitalisierung beinhalten. Dies liegt in der Besonderheit der BPS begründet:

Aufgrund der Ambivalenz zwischen dem intensiven Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit und Zuwendung einerseits, sowie der Angst vor Geborgenheit, Intimität, oder sozialer Abwertung andererseits, kann der professionelle psychiatrische Beziehungskontext als angenehm erlebt werden, weil dieser ja immer eine gewisse professionelle Distanz und Toleranz herstellt. Zudem treibt die oft als existenziell bedrohlich erlebte Einsamkeit und die Unfähigkeit allein zu sein, die Betroffenen in psychiatrische Versorgungssysteme. Hier sind die Betroffenen in hohem Maße sensitiv für `dysfunktionale Zuwendung`, also verstärkte Aufmerksamkeit durch Behandelnde oder Mitpatientinnen infolge maladaptiver Verhaltensmuster wie etwa schwere Selbstverletzungen, dissoziative Anfälle, oder suizidaler Kommunikation.

Deshalb basieren störungsspezifisch orientierte Therapieprogramme meist auf klaren Regewerken, die insbesondere darauf ausgerichtet sind, Hospitalisierungstendenzen zu minimieren. Diese Regeln implizieren Vorgespräche, Zielvereinbarungen und klare zeitliche Rahmenbedingungen der stationären Behandlung. Die Therapieplanung und die therapeutischen Interventionen orientieren sich meist an transparenten, definierten Algorithmen, die eine kontinuierliche therapiebegleitende Evaluation ermöglichen. Unter diesen Bedingungen zeigen auch Langzeitstudien eine ausgeprägte Reduktion der stationären Wiederaufnahmen^{193,298}.

Empfehlung 33	Längere, unspezifische stationäre Aufenthalte ohne strukturierte störungsspezifische Angebote sollen vermieden werden.
KKP	100% (starker) Konsens

5.3 Nicht-psychiatrische/-psychotherapeutische Fachpersonen des Gesundheitssystems

Dieses Kapitel behandelt Fragestellung 20: „Was sollen Behandler anderer Fachbereiche als der Psychiatrie und Psychotherapie im Umgang mit Menschen mit BPS beachten (Hausärzte, Notaufnahmen, Intensivstationen)?“ Von BPS Betroffene kommen, wie alle Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems, nicht nur mit psychotherapeutisch oder psychiatrisch Behandelnden, sondern auch anderweitigen Fachpersonen des Gesundheitssystems in Kontakt, z.B. hausärztlich Behandelnden, aber im Zuge von Krisensituation bspw. nach Selbstverletzungen auch mit Notfallambulanzen. Was sollen Behandler anderer Fachbereiche als der Psychiatrie und Psychotherapie im Umgang mit Menschen mit BPS beachten?

Die aktualisierte Literatursuche im September 2021 erbrachte keine relevanten Level-I- oder Level-II-Studien.

Selbstverständlich sind Menschen mit BPS legitime Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems. Allerdings besteht die Gefahr, dass sie nicht ernst genommen und ihnen notwendige Hilfe vorenthalten wird. Grund dafür können überkommene Vorstellungen sein, z.B., Menschen mit BPS seien „therapierefraktär“, „selbst verantwortlich für ihre Verletzungen“ oder würden „manipulieren“ und „spalten“. Es muss jedoch selbstverständlich sein, dass Menschen mit BPS nicht diskriminiert werden und eine angemessene Erstversorgung nach Verletzungen erhalten, und dass ihnen auch sonst lege artis eine geeignete Behandlung zu Teil wird. Schuldzuweisungen sind in jedem Fall zu vermeiden.

Es kommt aber auch vor, dass Angehörige des Gesundheitssystems von den Beziehungsangeboten der von BPS Betroffenen überfordert sind^{301–303}. Für den Umgang mit solchen Situationen sollen alle Fachpersonen eine ausreichende Aus-, Weiter- bzw. Fortbildung erhalten, die sie in die Lage versetzt, Menschen mit BPS einer angemessenen Diagnostik und Behandlung zuzuführen. Hierbei geht es explizit nicht darum, eine entsprechende Diagnostik und Therapie selbst durchführen zu können. Vielmehr geht es um eine Sensibilisierung aller Angehörigen des Gesundheitssystems gegenüber der Störung. Dazu gehört die Fähigkeit zur Erkennung und Einordnung BPS-spezifischer Leitsymptome wie Selbstverletzungen, chronische Suizidalität, Beziehungsstörungen und Störungen des Selbstbildes sowie die professionelle Bereitschaft, diesen Symptomen Krankheitswert zuzuschreiben und sie zum Anlass zu nehmen, eine notwendige Diagnostik und gegebenenfalls Behandlung durch Fachpersonal mit Nachdruck zu empfehlen.

Empfehlung 34	Alle Fachpersonen im Gesundheitssystem sollen: <ul style="list-style-type: none">• die Symptome einer BPS erkennen• ihren Krankheitswert anerkennen• im Verdachtsfall eine fachspezifische angemessene Diagnostik und ggf. Behandlung in die Wege leiten können.
KKP	100% (starker) Konsens

5.4 Unterstützung für Behandelnde und therapeutische Teams

Dieses Kapitel befasst sich mit der Fragestellung, wie Personen, die mit der Versorgung von Menschen mit BPS befasst sind, unterstützt werden können (Fragestellung 22).

Die Literatursuche im September 2021 erbrachte keine relevante Evidenz der Level I oder II. Für die Sicherstellung einer wirksamen Behandlung von Menschen mit BPS ist von Bedeutung, dass nicht nur einzelne Behandelnde Unterstützung erhalten, sondern Behandlungsteams als Ganzes die notwendigen finanziellen und zeitlichen Ressourcen erhalten. Diese sind, insbesondere wenn Therapien in klinischen Behandlungssettings durchgeführt werden, von den Verantwortlichen auf der Ebene des Gesundheitsmanagements und der Führung zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählen Fort- und Weiterbildungen in empirisch-validierten Methoden zur Diagnostik und Behandlung der BPS. Darüber hinaus ist durch ausreichende Inter- bzw. Supervision der angemessene Umgang mit von BPS Betroffenen und deren kompetente Behandlung sicherzustellen. Konkret bedeutet dies, dass im Falle von stationären Behandlungen regelmäßige Teamsupervisionen während der Dienstzeit ermöglicht und finanziert werden und die Arbeitszeit der einzelnen Teammitglieder so geplant wird, dass für Supervision, Intervention, strukturierte Fallbesprechungen sowie Fort- und Weiterbildung genügend (Dienst-)Zeit zur Verfügung steht. Es ist abzulehnen, dass diese qualitätssichernden Maßnahmen von den Teammitgliedern eigenständig finanziert und in der Freizeit in Anspruch genommen werden müssen. Bezüglich der Unterstützung von Behandlungsteams ist darauf zu achten, dass Fallbesprechungen und Supervision dem gesamten Behandlungsteam offenstehen, damit ein kohärentes therapeutisches Klima in den entsprechenden Behandlungssettings geschaffen werden kann.

Es ist davon auszugehen, dass manche Behandelnde und Behandlungsteams keine ausreichende Qualifikation in der Anwendung von empirisch-validierten Behandlungsmethoden aufweisen. Hier sind ggf. entsprechend qualifizierte Spezialistinnen und Spezialisten beratend konsiliarisch hinzuzuziehen.

Empfehlung 35	Alle Behandelnden und Teams, die Menschen mit BPS betreuen, sollen eine entsprechende Fort-/Weiterbildung in empirisch validierten Methoden erhalten und regelmäßig supervidiert/intervidiert werden. Auf der Ebene des Versorgungsträgers und der Führung von Institutionen soll sichergestellt werden, dass hierfür entsprechende Ressourcen und Unterstützung zur Verfügung stehen.
KKP	100% (starker) Konsens

Hinsichtlich des Desiderats der Fort- und Weiterbildung der gesamten Behandlungsteams ist neben der grundsätzlichen Bereitstellung der Ressourcen inhaltlich der Anspruch zu stellen, dass Fort- und Weiterbildung sowie Supervision einem übergreifenden Konzept folgen. Es existieren mehrere empirisch-validierte, störungsspezifische Konzepte (die an einigen Stellen Inhalt dieser Leitlinie sind), von denen eines ausgewählt, trainiert und supervidiert werden sollte. Die Kombination von verschiedenen Konzepten bzw. einzelner Elemente aus unterschiedlichen Ansätzen ist durchaus möglich, sollte mit Augenmaß erfolgen und einem übergreifenden Gesamtkonzept folgen; widersprüchliche Haltungen und Behandlungsstrategien können aber u.U. zu schlechteren Therapieergebnissen führen. Sollten einzelne Teammitglieder in unterschiedlichen Ansätzen (z.B. einzeltherapeutisch) ausgebildet sein, wird empfohlen, das gesamte Behandlungsteam in dem gemeinsam angewandten empirisch validierten Konzept zu trainieren und die Supervision in jedem Fall gemeinsam durchzuführen.

Empfehlung 36	Behandlungsteams sollen einem definierten, störungsspezifischen, empirisch validierten Konzept folgen, und dafür fortgebildet und möglichst gemeinsam supervidiert werden.
KKP	100% (starker) Konsens

5.5 Transition

Hier wird Fragestellung ADD.3 behandelt: „Wie sollen Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination im Transitionsbereich adaptiert werden?“. Die aktualisierte Literatursuche im September 2021 erbrachte hierzu keine Evidenz (vgl. Evidenztabellen zu Fragestellungen 21 und ADD.3).

Übereinstimmend zeigen alle Untersuchungen zum Verlauf der BPS, dass die Symptomatik im Zeitrahmen zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr am stärksten ausgeprägt ist³⁰⁴. Gerade in dieser Lebensphase der späten Adoleszenz sind jedoch eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, wie z.B. Ablösung vom Elternhaus, Schulabschluss, Weichenstellung für Ausbildung und Beruf sowie das Eingehen „erwachsener“ Partnerschaften. Wiederholte längere stationäre oder teilstationäre Aufenthalte vermindern die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in den Bereichen der Schule und der Integration in die Peer-Group³⁰⁵. Dies kann zu deutlichen Entwicklungsrückständen führen und vergrößert das Risiko der sozialen Isolation, insbesondere bei Betroffenen, die ohnehin oft unter ausgeprägten Symptomen der ‚Alienation‘, leiden, also unter der Wahrnehmung, anders zu sein, als alle anderen und nicht dazuzugehören³⁰⁵. Derzeit erfolgt die Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland weitgehend in zwei voneinander unabhängig arbeitenden und wenig miteinander korrespondierenden Systemen, also dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und der Jugendhilfe für Betroffene bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einerseits, und dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie der Sozialhilfe für alle Betroffenen ab einem Alter von 18 Jahren andererseits. Diese klare Trennung und die geringe Durchlässigkeit der Systeme führt gerade in der vulnerablen Phase der Adoleszenz häufig zu Behandlungsabbrüchen und Verlusten von lang aufgebauten und tragfähigen Behandlungsbündnissen, was sich ungünstig auf den allgemeinen Verlauf der Erkrankung auswirken kann. Alle Experten sind sich einig, dass eine kontinuierliche, inhaltlich konsistente Versorgung, wenn möglich unter Einbeziehung der Angehörigen, von großem Vorteil ist. Dies erfordert zum einen eine fundierte Diagnose der BPS auch vor dem 18. Lebensjahr, und zum anderen eine enge kollegiale Kooperation zwischen den verschiedenen Fachgruppen. Insbesondere die personale Bindung an Therapeuten oder therapeutische Teams sollte nicht durch einen allein durch das Erreichen des 18. Lebensjahrs bedingten Wechsel zwischen den Behandlungsbereichen unterbrochen werden.

Empfehlung 37	Die intensivste Ausprägung der BPS findet sich regelhaft im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Während dieses Zeitraums soll eine kontinuierliche, konsistente Versorgung sichergestellt werden.
KKP	100% (starker) Konsens

6. Angehörige

Eine Hauptproblematik der BPS-Betroffenen zeigt sich in der Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen. Diese ist gekennzeichnet durch einen Wechsel aus Idealisierung und Abwertung des Gegenübers, wiederholte - mitunter auch gewaltsame- zwischenmenschliche Konflikte und einem Mangel an sozialen Problemlösestrategien. Die Konflikte gehen häufig mit starken Emotionen einher. Das bedeutet, dass den Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung sowohl bei der Entstehung der BPS als auch bei der Aufrechterhaltung eine zentrale Rolle zukommen. Daher sind „Angehörige“ auch besonders wichtig. Als Angehörige (engl. „carers“) gelten neben Verwandten auch alle Personen, die sich um die Betroffenen regelmäßig kümmern und sie unterstützen, sowohl im professionellen Kontext (z.B. Bezugspersonen in einer therapeutischen Einrichtung) wie auch im privaten Umfeld (z.B. verlässliche Freunde oder Freundinnen).

Beim Einbezug von Angehörigen in die Therapie ist darauf zu achten, dass dies mit den Betroffenen stets transparent kommuniziert wird, die Betroffenen ihre Zustimmung dazu geben und eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt. Im Einzelfall ist jeweils zu klären, ob der Einbezug von Angehörigen therapeutisch sinnvoll ist. In hoch konflikthafter Beziehungen kann es auch Situationen geben, in denen eine Kontraindikation für den Einbezug von Angehörigen vorliegt, es also Gründe gibt, die gegen den Einbezug von Angehörigen sprechen (z.B. bei gewalttätigen Partnern).

Für Betroffene im Kindes- und Jugendalter sind die rechtlichen Regularien für die Therapie dieser Altersgruppe zu beachten (z.B. muss das Einverständnis von beiden Erziehungsberechtigten für eine Therapie vorliegen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr). Gerade bei Jugendlichen mit BPS liegen oft belastende Familienverhältnisse vor (z.B. Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch in der Familie) und /oder die Jugendlichen leben eventuell nicht bei den Eltern. In diesen Fällen ist es von besonderer Wichtigkeit, transparent zu kommunizieren. In schwierigen Fällen sollte eine Rechtsberatung z.B. bei Kinderschutzzentren eingeholt werden.

Wenn ein erhöhter Betreuungsbedarf bei einer betroffenen Person vorliegt (z.B. wegen intellektueller Entwicklungsstörung) gelten die rechtlichen Rahmenbedingungen für diesen Personenkreis.

6.1 Die Rolle der Angehörigen

In diesem Kapitel wird die Frage behandelt, ob Angehörige durch ihr Verhalten oder ihre Beziehungsgestaltung den Verlauf der BPS beeinflussen (Fragestellung 25), und falls ja, welche Interventionen dann angeboten werden sollten (Fragestellung 26).

Ob Angehörige durch ihr Verhalten oder ihre Beziehungsgestaltung den Verlauf der BPS beeinflussen, wurde bei Erwachsenen bislang nicht in Level-I- oder Level-II-Studien untersucht (vgl. Evidenztabelle Fragestellungen 25 and 26). Beobachtungsstudien fanden jedoch bei Angehörigen von Betroffenen eine erhöhte Neigung zum Kritisieren („criticism“), und sich emotional zu sehr zu beteiligen („emotional overinvolvement“)³⁰⁶. Die emotionale Verstrickung scheint dabei größer zu sein, je jünger die von BPS betroffene Person ist, die

Neigung zum übermäßigen Kritisieren umso stärker, je älter die betroffene Person ist, je jünger die/der Angehörige ist und je länger sie/er bereits für die betroffene Person sorgt³⁰⁶. Umgekehrt berichten Jugendliche umso mehr von ihren Angehörigen kritisiert zu werden, je stärker bei ihnen die BPS-Merkmale ausgeprägt sind³⁰⁷. Unklar bleibt dabei jedoch, ob dieser Zusammenhang dadurch erklärt wird, dass Jugendliche mit stärker ausgeprägten BPS-Merkmalen sensitiver für Kritik sind, oder ob deren Angehörige tatsächlich kritischer sind. Sehr wahrscheinlich hält jedoch die wahrgenommene Kritik Probleme in der Beziehungsgestaltung aufrecht oder verschlimmert sie. Daten zum Zusammenhang nicht der wahrgenommenen, sondern tatsächlichen Stärke der Kritik mit dem Entstehen oder der Aufrechterhaltung der BPS liegen derzeit nicht vor, ebenso wenig Längsschnittstudien zum Verlauf.

Mehrere Gruppenprogramme wurden für Angehörige von Menschen mit BPS entwickelt³⁰⁸⁻³¹⁰. Ziel ist zum einen, konflikthafte Interaktionen zu vermindern, und das Zusammenleben mit den Betroffenen konstruktiv zu gestalten. Zum anderen wird in diesen Angeboten beabsichtigt, auch das Wohlergehen der Angehörigen, die oftmals selbst deutlich belastet sind, zu verbessern, diese Effekte sind Gegenstand des nächsten Kapitels (vgl. Kapitel 6.2).

Evidenz zu Fragestellungen 25 und 26	
Level I	<p>NHMRC-Leitlinie: keine</p> <p>Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie Keine</p>
Level II	<p>NHMRC-Leitlinie: keine</p> <p>Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie Bateman & Fonagy 2018³¹¹, Grenyer et al. 2019³¹²</p>

Tabelle 21: Evidenz zu Fragestellungen 25 („Benötigen Familien und Angehörige (insbesondere Kinder) von Menschen mit BPS besondere Unterstützung?) und 26 („Falls ja, welche spezifischen Angebote sollen angeboten werden?“)

Die Effekte solcher Programme auf die Symptomatik der von BPS Betroffenen wurden in zwei randomisiert-kontrollierten (Level-II-) Studien^{311,312} untersucht (Stand Aktualisierungssuche September 2021). Hier berichteten teilnehmende Angehörige eines MBT-basierten Gruppenprogramms weniger Zwischenfälle mit der betroffenen Person, ein besseres familiäres Wohlergehen und ein gesteigertes familiäres „Empowerment“ (i.S. von Selbstbefähigung, Stärkung von Autonomie)³¹¹. Positive Effekte fanden sich auch bei den Teilnehmenden an einem Bindungstheorie-basierten Gruppenprogramm für Angehörige von Menschen mit BPS hinsichtlich der Beziehung zu der betroffenen Person („dyadic adjustment“) und einem ebenfalls gesteigerten „familiären Empowerment“³¹². Insgesamt sind diese Ergebnisse für die Angehörigen und die Familien positiv einzuschätzen. Für die Betroffenen mit BPS sind die Ergebnisse als indirekt einzustufen, da eine direkte Erfassung der Effekte solcher Programme durch die Befragung der von BPS betroffenen Personen selbst derzeit nicht vorliegt (vgl. Evidenztabelle Fragestellungen 25 and 26).

Fitzpatrick et al.³¹³ fassen in Ihrer systematischen Übersichtsarbeit verschiedene Arten von Studien zu Therapien und Therapieprogrammen zusammen, in welche (zumindest zeitweise) Angehörige eingebunden sind. Unter anderem wurden dort auch mehrere Level-II-Studien eingeschlossen^{125,128,171,312}, die positive Effekte auf die BPS-Gesamtsymptomatik der

Betroffenen (im Vergleich zu unspezifischen Kontrollgruppen wie Warteliste oder Standardbehandlung) fanden. Jedoch wurde in keiner der Studien der Einfluss der Beteiligung der Angehörigen systematisch untersucht. Daher kann momentan keine Aussage dazu gemacht werden, welchen Einfluss die Einbindung der Angehörigen tatsächlich auf den beobachteten Therapieerfolg hat.

Insbesondere bei der Erstellung von Krisenplänen zum Umgang mit hoch konflikthafter oder suizidalen Situationen oder in Situationen, in denen die Betroffenen selbstverletzendes Verhalten zeigen, erscheint es der Leitliniengruppe sinnvoll zu sein - nach erfolgter Zustimmung der betroffenen Person - Angehörige einzubeziehen¹⁶⁰.

Empfehlung 38	Familienangehörige, Partner, weitere Angehörige oder weitere Bezugspersonen sollten in die Erstellung von Krisenplänen eingebunden werden, sofern die betroffene Person zustimmt.
KKP	84% Konsens

Angehörige können zum Beispiel in der Funktion als unmittelbare Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin (auch per Telefon) einbezogen werden, oder um eine ablenkende Tätigkeit durchzuführen. Idealerweise werden die Krisenpläne von der betroffenen Person und der oder dem Behandelnden gemeinsam erarbeitet und anschließend dann auch mit den Angehörigen besprochen. In den Gesprächen werden die mögliche Unterstützung durch die Angehörigen und ebenso die Grenzen derselben thematisiert. Angehörige erhalten Information zum Umgang mit Suizidversuchen oder suizidalem Verhalten. Die besprochenen Strategien werden mit allen Beteiligten transparent kommuniziert. Die Funktionalität suizidaler Verhaltensweisen für die jeweilige Beziehung ist dabei zu berücksichtigen.

Empfehlung 39	Familienangehörige, Partner, weitere Angehörige oder weitere Bezugspersonen sollten über einen hilfreichen Umgang mit der oder dem Betroffenen beraten werden, u.a. <ul style="list-style-type: none"> • eine empathische, nicht-wertende Haltung zeigen • die betroffenen Person dazu ermutigen, unabhängig zu sein, ihr eigene Entscheidungen zugestehen und sie dabei unterstützen, jedoch eingreifen, falls dies nötig ist, um ihre Sicherheit zu gewährleisten • den Problemen und Sorgen von Menschen mit BPS Gehör und Aufmerksamkeit schenken.
KKP	95% Konsens

Abzuwägen ist in der Therapie, inwiefern der Einbezug von Angehörigen eine Unterstützung darstellt oder gerade in sehr konflikthafter und/oder belasteten Beziehungen besser nicht durchgeführt werden sollte. Dies ist insbesondere zu berücksichtigen, wenn die Angehörigen nicht in der Lage sind, eine empathische, verständnisvolle Haltung gegenüber der betroffenen Person einzunehmen, das kann z.B. der Fall sein, wenn die Angehörigen selbst auch starke psychische Probleme haben.

Empfehlung 40.1	Wenn Traumata mit den Angehörigen einer betroffenen Person besprochen werden, sollen Schuldzuweisungen und Stigmatisierung möglichst gering gehalten werden.
KKP	93% Konsens
40.2	Traumata sollen nur mit Angehörigen besprochen werden, wenn die Person mit BPS damit einverstanden ist (bei Minderjährigen unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Kinderschutzes).
KKP	100% (starker) Konsens

6.2 Hilfsangebote für Angehörige

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen 23 („Benötigen Familien und Angehörige (insbesondere Kinder) von Menschen mit BPS besondere Unterstützung?“) und 24 („Falls ja, welche spezifischen Angebote sollen angeboten werden?“) behandelt.

Im klinischen Kontext, in narrativen und qualitativen Studien wird die Belastung der Angehörigen von Menschen mit BPS („carers“ i.S. pflegender oder betreuender Personen) häufig sehr deutlich. Es finden sich allerdings nur wenige empirische Befunde zu dem Thema. In einer Übersichtarbeit⁸ werden sechs Studien zur empfundenen Belastung von Familienmitgliedern und Angehörigen („carers“) von Betroffenen mit BPS zusammengefasst. Die Daten basieren vor allem auf weiblichen Angehörigen, die vor allem für weibliche Betroffene sorgten. Die Ergebnisse zeigen eine erhöhte psychische Belastung der Angehörigen, vor allem hinsichtlich Depressivität und Ängstlichkeit, Trauer über die Lebensveränderungen, Einschränkungen im Empowerment und im Wohlbefinden, sowie erhöhte interpersonelle Probleme. Im Vergleich zu Angehörigen von Menschen mit anderweitigen psychischen Störungen waren Angehörige von BPS-Betroffenen stärker belastet^{9,314}. Insbesondere emotionales Überengagement und Kritik innerhalb der Familie tragen zur Belastung der Angehörigen von Personen mit BPS bei³¹⁴.

6.2.1 Allgemeine Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige

Ob erwachsene Angehörige, die an Gruppenprogrammen teilnehmen oder in die Therapie der betroffenen Personen eingebunden sind, selbst auch hinsichtlich ihres eigenen Wohlbefindens profitieren, wurde in einem systematisch-narrativen Review untersucht³¹³. Zwei der dort eingeschlossenen Level-II-Studien^{171,312} berichten familienbezogene, positive Effekte, die Auswirkungen auf das eigene Wohlergehen wurde jedoch nur in einer der beiden Studien erhoben³¹². Ebenso wie eine weitere, neue Level-II Studie³¹¹, die noch nicht im Review von Fitzpatrick et al.³¹³ eingeschlossen war, wurden hier erneut familien-/interaktionsbezogen positive Effekte erzielt, nicht jedoch bezüglich der Belastung der Angehörigen (vgl. Evidenztabellen zu Fragestellungen 23 and 24). In einer weiteren Level-II-Studie zu einer DBT-orientierten Paartherapie¹⁷¹ berichteten die Angehörigen signifikante Besserungen der Beziehungsqualität. Zwei Level-III-Studien^{315,316}, die das DBT-orientierte Programm für Angehörige untersuchten, fanden im prä-post-Vergleich Besserungen der subjektiven und objektiven Belastung, von Trauer und allgemeiner psychopathologischer Belastung.

Level I	NHMRC-Leitlinie: keine Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie Fitzpatrick et al. ³¹³
Level II	NHMRC-Leitlinie: keine Aktualisierungssuche der S3-Leitlinie Bateman & Fonagy 2018 ³¹¹ , Grenyer et al. 2019 ³¹² , Kamalabadi et al. 2012 ¹⁷¹
Level III	NHMRC-Leitlinie: keine Aktualisierungsrecherche der S3-Leitlinie Flynn et al. 2017 ³¹⁵ , Liljedahl et al. 2019 ³¹⁶

Tabelle 22: Evidenz zu Fragestellung 23 („Benötigen Familien und Angehörige (insbesondere Kinder) von Menschen mit BPS besondere Unterstützung?“) und 24 („Falls ja, welche spezifischen Angebote sollen angeboten werden?“)

Die Unterstützungsangebote sind in der Regel als Gruppensitzungen konzipiert. Einige Programme richten sich ausschließlich an die Angehörigen, bspw. „Family Connections“³⁰⁹; „Family Skills“³¹⁷ oder das Mentalisierungsbasierte Angehörigen- und Familienprogramm „FACTS“³¹¹. Die Gruppen werden dort jeweils ohne die Betroffenen selbst durchgeführt. In der MBT-basierten Angehörigenintervention werden die Gruppen von erfahrenen Familienangehörigen geleitet. Bei anderen Angeboten nehmen sowohl Angehörige als auch Betroffene teil, bspw. beim Paar-orientierten Programm von Kirby & Baucom³¹⁸. Gemeinsam ist allen Programmen, dass sie Angehörigen von Betroffenen mit BPS niedrigschwellig Unterstützung anbieten und auf das Wohlergehen der Angehörigen fokussieren. In der Regel finden die Sitzungen in der Gruppe statt und haben häufig „Workshop-Charakter“. Psychoedukation zu Störungen der Emotionsregulation wird ebenso vermittelt wie Achtsamkeit und andere Fertigkeiten, die an die DBT oder MBT angelehnt sind.

Die Ergebnisse mehrerer randomisiert-kontrollierter^{171,309,311–313,319} wie auch nicht-randomisiert kontrollierter^{315,316} und unkontrollierter^{317,318} Studien legen nahe, dass familienbasierte Gruppenprogramme und auch Interventionen für Paare zu einer Abnahme der psychischen Belastung der Partner und Familienangehörigen führen.

Empfehlung 41	Angehörige von Menschen mit BPS sollten professionelle Hilfsangebote erhalten.
Empfehlungsgrad B ^{171,311–313}	100% (starker) Konsens

Da Selbsthilfegruppen, Borderline-Trialog und andere Unterstützungsangebote für Angehörige bisher nicht systematisch evaluiert wurden, aus Berichten aber zu schließen ist, dass diese Angebote hilfreich für Angehörige sind, besteht in der Leitliniengruppe Konsens darüber, diese zu empfehlen (s. Empfehlung 59).

Empfehlung 42	Angehörigen, Partnern und nicht-professionellen Helfern sollte folgende Unterstützung angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> • Spezifische BPS-Familien-Programme • Selbsthilfeangebote
----------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungsangebote der Familien- und Jugendhilfe • Borderline-Trialog • Erziehungs- und Familienberatung
Empfehlungsgrad KKP	100% (starker) Konsens

* *Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (18 von 19 Anwesenden, 1 Mandatstragende Vertreterin des Borderline-Trialogs von Abstimmung ausgeschlossen) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (19) ergaben 100% Konsens*

6.2.2 Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche, deren Eltern von BPS betroffen sind

Kinder von Betroffenen mit BPS sind stärker psychisch belastet als Kinder von gesunden Eltern³²⁰. Dabei ist zu beachten, dass bisherige Studien hauptsächlich die Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf ihre Kinder analysierten. Über verschiedene Entwicklungsstufen hinweg wird dabei ein erhöhtes Risiko für psychische und psychosoziale Auffälligkeiten beschrieben^{320,321}. Zusammenfassend wird der Bedarf für Unterstützungsangebote für die Kinder deutlich. Es ist im Einzelfall hilfreich, dass die Kinder selbst psychotherapeutische Unterstützung bekommen, bzw. beraten werden (z.B. in Familienberatungsstellen). Ebenso können Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Familienhilfe, SGB VIII) unterstützend wirken.

Die Unterstützungsangebote für Kinder von Eltern mit BPS beinhalten:

- Psychische und emotionale Unterstützung
- Aufklärung über das Störungsbild
- Strategien zur Unterstützung von Beziehungen mit Gleichaltrigen und der sozialen Integration
- Überweisung an Hilfsangebote für junge Angehörige, die betreuen
- Eruiieren von Entlastungsmöglichkeiten

Hilfreiche Strategien zur Unterstützung der emotionalen und psychischen Regulation des Erwachsenen können ebenfalls in den Hilfsangeboten enthalten seien. Allerdings ist die Aufgabe der Sorge um das Wohlergehen der betroffenen Elternteile gerade bei jungen Kindern unbedingt zu vermeiden. Die damit einhergehende Parentifizierung ist auf Dauer für die Entwicklung der Kinder nicht förderlich.

Empfehlung 43	Kinder, die mit erwachsenen Personen mit BPS zusammenleben, sollen bei Bedarf Unterstützungsangebote erhalten.
KKP	100% (starker) Konsens

7. Besondere Personengruppen

7.1 Betroffene, die Eltern sind

Dieses Kapitel behandelt die neue Fragestellung ADD7 („Wie sollen Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination adaptiert werden für Betroffene, die eine Elternschaft planen, Eltern werden oder sind, schwanger sind oder stillen?“).

Die Literatursuche erbrachte hierzu keine Studien der Evidenzlevel I bis III (vgl. Evidenztabellen zur Fragestellung ADD7). Jedoch liegen verschiedene systematische Reviews vor, die sich mit den Folgen einer BPS Diagnose für die Kinder der Betroffenen befassen^{320–323}. Die Daten betreffen dabei fast ausschließlich Kinder von betroffenen Müttern. Demnach sind betroffene Mütter in ihrem elterlichen Verhalten deutlich beeinträchtigt, erleben sich selbst diesbezüglich als weniger kompetent als Mütter ohne BPS und berichten eine höhere Belastung in ihrem Erziehungsverhalten („parenting stress“)³²³. Die Entwicklung einer gesunden Mutter-Kind-Beziehung kann u.a. durch weniger einfühlsame Interaktionen, überprotektives Verhalten und/oder Feindseligkeit erschwert sein³²⁰. Bei Kindern, der Mütter von BPS betroffen sind, wurde ein erhöhtes Risiko, selbst eine BPS zu entwickeln, beobachtet^{321,322}.

Insbesondere die ersten Lebensmonate und Jahre stellen Eltern vor besondere Herausforderungen. Daher sollten Interventionen zur Förderung der Erziehungskompetenzen und des Bindungsverhaltens möglichst frühzeitig stattfinden. Da Eltern mit BPS im Vergleich zu anderen Eltern stärker ausgeprägte Probleme der Emotionsregulation und Impulsivität haben³⁷, sollten die Programme störungsspezifisch ausgerichtet sein und die Probleme der Emotionsregulation der BPS berücksichtigen. Bisher liegen keine kontrollierten Studien von Interventionen zur Verbesserung der Erziehungskompetenz und zur Reduktion des elterlichen Stresserlebens vor. Erste Ansätze wurden entwickelt³²⁴ und Evaluationen beschrieben^{325,326}.

Empfehlung 44	Eltern mit BPS sollten so früh wie möglich Unterstützungsangebote bezüglich ihrer Erziehungskompetenzen und ihres Bindungsverhaltens erhalten und mit entsprechenden Interventionen unterstützt werden.
KKP	100% (starker) Konsens

Falls keine BPS-spezifischen Angebote vorliegen, werden den Eltern Skills zur Emotionsregulation und zur Perspektivübernahme vermittelt. Dies kann auch im Einzelsetting geschehen.

Empfehlung 45	Die Interventionen zur Förderung der Erziehungskompetenzen und des Bindungsverhaltens sollten störungsspezifisch ausgerichtet sein und die Probleme der Emotionsregulation der BPS berücksichtigen.
KKP	100% (starker) Konsens*

* *Doppelabstimmung: die Abstimmung ausschließlich der Mandatstragenden ohne Interessenkonflikte (17 von 18, 1 Mandatstragende ist Entwicklerin eines entsprechenden Therapiekonzepts) wie auch die Abstimmung aller Mandatstragenden (18) ergaben 100% Konsens*

Eine BPS-Erkrankung als solche stellt jedoch keinen hinreichenden Grund dar, ein Kind der Sorge des betroffenen Elternteils zu entziehen.

Empfehlung 46	Eine BPS-Erkrankung alleine stellt keinen hinreichenden Grund dar, ein Kind der Sorge des betroffenen Elternteils zu entziehen.
KKP	100% (starker) Konsens

Es gibt wissenschaftliche Hinweise darauf, dass das Erziehungsverhalten ein Faktor ist, der zur Entwicklung einer BPS beiträgt³⁷. Daher ist die Frage, ob die Betroffenen eigene Kinder haben, unbedingt zu stellen, wenn Personen mit BPS in Behandlung sind. Kinder von Eltern mit BPS haben ein erhöhtes Risiko, später im Leben selbst psychische Probleme oder eine BPS zu entwickeln³²⁷. Zudem ist nachgewiesen, dass die Symptome der BPS hinsichtlich der Emotionsregulation starke Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten haben³⁷. Wenn suizidale und andere Krisen in der Therapie der Betroffenen im Vordergrund stehen, kann es darüber hinaus dazu kommen, dass das Wohlergehen der Kinder der Betroffenen in den Hintergrund tritt. Dies sollte verhindert werden.

Wenn der Verdacht der Kindeswohlgefährdung besteht, ist die Überprüfung der Versorgungssituation der Kinder in die Wege zu leiten. Wenn Kindeswohlgefährdung besteht, ist ggf. eine Trennung des Kindes von der Familie in Erwägung zu ziehen. Im Falle einer stationären Behandlung soll eine Mutter mit BPS nach Möglichkeit nicht von ihrem Säugling oder Kleinkind getrennt werden und idealerweise auf einer Mutter-Kind-Einheit behandelt werden. Zur Wahrung des Kindeswohls kann sowohl eine Trennung von der Mutter als auch eine gemeinsame Behandlung indiziert sein.

Empfehlung 47	Personen mit BPS sollen nach Kindern befragt werden. Bei Eltern mit BPS sollen die Bedürfnisse ihrer Kinder beachtet werden und ggf. die Überprüfung deren psychischer Gesundheit und Versorgungssituation veranlasst werden, insbesondere in Krisensituationen.
KKP	100% (starker) Konsens

Eine Trennung von Mutter und Kind muss erfolgen, falls eine akute Kindeswohlgefährdung mit Notwendigkeit der Inobhutnahme oder eine akute Gefahr der Eigen- oder Fremdgefährdung besteht. Idealerweise werden Mutter und Kind nicht voneinander getrennt, sondern es besteht die Möglichkeit der Behandlung auf einer Mutter-Kind-Station bzw. -Einheit. Aber auch in diesem Kontext ist die Kindeswohlgefährdung bzw. Eigen- oder Fremdgefährdung durch den Elternteil abzuwägen. Bei schweren Interaktionsstörungen mit dem Kind werden familienbezogene Interventionen durchgeführt.

Empfehlung 48	Im Falle einer stationären Behandlung soll eine Mutter mit BPS nach Möglichkeit nicht von ihrem Säugling oder Kleinkind getrennt werden und idealerweise auf einer Mutter-Kind-Einheit behandelt werden. Zur Wahrung des Kindeswohls kann sowohl eine Trennung von der Mutter als auch eine gemeinsame Behandlung indiziert sein. Bei schweren Interaktionsstörungen mit dem Kind sollten familienbezogene Interventionen erwogen werden.
KKP	100% (starker) Konsens

7.2 Angehörige ethnisch diverser Gruppen

In diesem Kapitel soll die Fragestellung ADD6 („Wie sollen Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination adaptiert werden für Betroffene, die von der Mehrheitsgesellschaft ethnisch diversen Gruppen angehören?“). Diese Fragestellung wurde in den NHMRC-Leitlinien nicht behandelt, jedoch in den NICE-Leitlinien, die deshalb hier als Quell-Leitlinie dienen (Empfehlungen 8.8.1.1 bis 8.8.1.2) ^{328,329}. Im Text wird der Ausdruck „Angehörige ethnisch diverser Gruppen“ an Stelle von Begrifflichen wie „Migranten, Migrantinnen“ oder „soziokulturelle Minderheiten“ verwendet.

Eine Literatursuche erbrachte keine einschlägigen Studien der Level I bis II (Evidenztabelle zur Fragestellung ADD6).

Bei der Diagnostik und Behandlung von Angehörigen ethnisch diverser Gruppen ist zu beachten, dass möglicherweise Unterschiede im Hilfesuchverhalten und der Bereitschaft, eine Psychotherapie zu beginnen, bestehen. Kulturell sensitive Adaptationen der Behandlung sollten u.a. Familie/Bezugspersonen miteinbeziehen, Spiritualität berücksichtigen und chronische Diskriminierung berücksichtigen¹⁵.

Empfehlung 49	Menschen mit BPS, die ethnisch diversen Gruppen angehören, sollen Zugang zu kultursensitiven Versorgungsmöglichkeiten haben.
KKP	100% (starker) Konsens

Falls Sprachkenntnisse eine Zugangsbarriere für die die Inanspruchnahme von Versorgungsmöglichkeiten, darstellen, sind folgende Möglichkeiten gegeben:

- mehrsprachiges Informationsmaterial in einer anderen Sprache, die die Betroffenen beherrschen, zur Verfügung zu stellen
- psychotherapeutische Unterstützung oder anderweitige Versorgungsangebote in der bevorzugten/favorisierten Sprache der Betroffenen anzubieten
- qualifizierte Sprachmittler hinzuziehen. Qualifizierte Sprachmittler sind für Übersetzung im Therapiesetting fortgebildet, sie sind nicht gleichzusetzen mit Dolmetschern.

7.3 Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen

In diesem Kapitel wird die Fragestellung behandelt, wie Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination für Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen adaptiert werden sollen (Fragestellung ADD5). Diese Fragestellung wurde in den NHMRC-Leitlinien nicht behandelt, jedoch in den NICE-Leitlinien, die deshalb hier als Quell-Leitlinie dienen (Empfehlungen 1.1.2.2. bis 1.1.2.4) ^{328,329}.

Eine Literatursuche erbrachte keine einschlägigen Studien der Level I bis II (Evidenztabelle zur Fragestellung ADD7).

Bislang ist für den englischen Begriff „learning disability“ im Deutschen der Begriff „Lernbehinderung“ verwendet worden. Diese Begrifflichkeit war umstritten³³⁰. In der ICD-11 wird der Begriff „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ (*disorders of intellectual development*) verwendet werden, weshalb er auch in diesem Text gebraucht wird.

Der Schweregrad der Störung der intellektuellen Entwicklung richtet sich nach dem Intelligenzalter: Mittelgradige Störung der intellektuellen Entwicklung: Intelligenzalter 6-9 Jahre, schwere Störung der intellektuellen Entwicklung: Intelligenzalter 3-6 Jahre.

Die Diagnosestellung soll unter fachlicher Expertise für Störungen der intellektuellen Entwicklung erfolgen. Im Kinder- und Jugendbereich sind die behandelnden Fachärztinnen und Psychotherapeutinnen ohnehin Spezialistinnen für die intellektuelle Entwicklung. Im Erwachsenenbereich kann es dagegen sinnvoll sein, eine Spezialistin oder einen Spezialisten für Störungen der intellektuellen Entwicklung hinzuzuziehen.

Empfehlung 50	Bei Menschen mit einer leichten Störung der intellektuellen Entwicklung und Verdacht auf eine BPS soll die Diagnosestellung unter fachlicher Expertise für intellektuelle Entwicklungsstörungen erfolgen.
KKP	100% (starker) Konsens

Auch Menschen Störung der intellektuellen Entwicklung und BPS haben idealerweise Zugang zu störungsspezifischen Behandlungsangeboten.

Die therapeutische Arbeit mit Menschen mit BPS und Störung der intellektuellen Entwicklung erfordert eine Anpassung der störungsspezifischen Therapieansätze durch vereinfachte Sprache, mehrfache Wiederholungen der Inhalte und den Einsatz von Piktogrammen, kürzere Sitzungen über einen längeren Therapiezeitraum sowie der verstärkte Einbezug des Hilfesystems zur Unterstützung der Betroffenen bei der Umsetzung im Lebensalltag.

Die Übersichtsarbeit von McNair und KollegInnen³³¹ zeigt, dass eine solche Anpassung für die DBT und DBT Skillsgruppen möglich ist. Aussagen über die Wirksamkeit dieser Form der Anpassung können auf Grund der mangelnden Evidenz bisher nicht gemacht werden.

Empfehlung 51	Menschen mit einer leichten Störung der intellektuellen Entwicklung und BPS sollen dieselben Versorgungsmöglichkeiten wie BPS-Betroffene ohne intellektuelle Entwicklungsstörungen nutzen können.
KKP	100% (starker) Konsens

Bei besonders herausforderndem Verhalten sind für die Behandlungsplanung sowohl Spezialistinnen und Spezialisten für BPS als auch für Störung der intellektuellen Entwicklung heranzuziehen.

Empfehlung 52	Die Planung des Umgangs mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen sollte unter fachlicher Expertise für intellektuelle Entwicklungsstörungen und BPS erfolgen. Sind mehrere Fachpersonen involviert, soll eine Person die Koordination übernehmen.
KKP	100% (starker) Konsens

Die Leitliniengruppe spricht sich dafür aus, bei einer mittelgradigen oder schweren intellektuellen Entwicklungsstörung (d.h. ab einem Intelligenzalter unter neun Jahren) keine BPS zu diagnostizieren.

Empfehlung 53	Bei einer mittelgradigen oder schweren intellektuellen Entwicklungsstörung soll keine BPS diagnostiziert werden.
KKP	100% (starker) Konsens

7.4 Geschlechtsinkongruenz

In diesem Kapitel wird die Fragestellung behandelt, wie Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination für Menschen mit geschlechtsspezifischen Besonderheiten adaptiert werden sollen (Fragestellung ADD8).

Eine Literatursuche erbrachte keine einschlägigen Studien der Level I bis II (Evidenztabelle zur Fragestellung ADD8).

In der Neuauflage der internationalen Klassifikationssysteme (DSM-5 und ICD-11) werden der Begriff der Geschlechtsidentitätsstörung und die ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0) aufgegeben. Störungen, die aufgrund der Nicht-Übereinstimmung zwischen der Geschlechtsidentität, dem empfundenen Geschlecht bzw. der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit einerseits und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen andererseits auftreten, werden nunmehr als Geschlechtsinkongruenz (GIK) bezeichnet³³². Leidet eine Person fortdauernd (mind. seit 6 Monaten) unter dieser Diskrepanz, kann laut DSM-5¹ von Geschlechtsdysphorie (GD) gesprochen werden. Im DSM-5 wird die Diagnose Geschlechtsdysphorie vergeben und an den Leidensdruck gekoppelt, während im ICD-11 zukünftig die Diagnose Geschlechtsinkongruenz (GIK) vergeben werden kann³³³. Die ICD-11 ermöglicht somit eine Diagnose auch ohne klinisch-relevanten Leidensdruck, um stärker präventiv tätig werden zu können, d.h. Leidensdruck aufgrund der Geschlechtsinkongruenz zu vermeiden. Die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz ermöglicht eine Indikation für somatische Behandlungen und verfolgt das Ziel, der Stigmatisierung entgegenzuwirken und die Pathologisierung von trans-Menschen zu überwinden³³³.

Die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit³³⁴ betont, dass mit der GIK-Diagnose erstmals kein inhärentes Maß an Psychopathologie zugeschrieben wird. Auf der Grundlage der veränderten diagnostischen Kriterien und der aktuellen Leitlinie ist eine Sicherung der Diagnose im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses als Aufgabe der Psychotherapie hinfällig geworden, wie sie in den alten Behandlungsstandards vorgeschrieben war, z. B. durch eine Verlaufsbeobachtung bzw. eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung. Die S3-Leitlinie zur Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit verdeutlicht weiter, dass es weder aus klinischer noch aus wissenschaftlicher Sicht Kriterien oder Differentialdiagnosen gibt, die eine GIK/GD von vornherein ausschließen. Gleichwohl soll anhand der Anamnese zwischen Differentialdiagnosen und begleitenden psychischen Störungen unterschieden werden, da andere psychische Störungen (z. B. Schizophrenie) ihrerseits einzelne geschlechtsdysphorische

Symptome hervorbringen können. Klinische Studien zeigen, dass bis zu zwei Drittel der Fälle zusätzlich zu GIK/GD eine weitere psychische Symptomatik zeigen (besonders depressive und Angststörungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen). Wenn im Zuge einer zielführenden Behandlung der Differentialdiagnose auch die geschlechtsdysphorischen Symptome verschwinden, handelt sich bei dieser psychischen Störung um ein Ausschlusskriterium für eine GIK/GD. Eine BPS stellt per se keine Ausschlussdiagnose zu GIK oder GD dar³³⁵, da diese zusätzlich zu GIK/GD vorliegen kann. Darüber hinaus können Symptombildungen im Rahmen der GIK/GD fälschlicherweise als Ausdruck einer BPS interpretiert werden. Die S3-Leitlinie zur Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit betont, dass in vielen Fällen solche Borderline-ähnlichen Symptome im Verlauf der Transition remittieren, wenn sie durch die GIK/GD bedingt waren.

Empfehlung 54	BPS kann komorbid mit GD/GIK vorliegen. Beim Vorliegen einer GD/GIK soll darauf geachtet werden, dass Symptombildungen im Rahmen der GIK/GD nicht vorschnell als Anzeichen einer BPS interpretiert werden. Gleichermaßen soll beim Vorliegen einer BPS darauf geachtet werden, dass Symptombildungen im Rahmen der BPS nicht vorschnell als Anzeichen einer GIK/GD interpretiert werden.
KKP	100% (starker) Konsens

7.5 Höheres Lebensalter

In diesem Kapitel wird die Fragestellung behandelt, wie Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination für Menschen im höheren Lebensalter adaptiert werden sollen (Fragestellung ADD9).

Eine Literatursuche erbrachte keine einschlägigen Studien der Level I bis II (Evidenztabelle zur Fragestellung ADD9).

Die Prävalenz von BPS im höheren Lebensalter ist geringer als in der Adoleszenz und dem jungen bis mittleren Lebensalter¹⁷. Dies kann auch mit der dynamischen Veränderung der BPS-Symptome über die Lebensspanne zusammenhängen. Während die akuten Symptome im Bereich der Impulsivität und affektiven Instabilität mit steigendem Lebensalter nachlassen³³⁶, sind depressive Symptome im Zusammenhang mit der BPS jedoch weiter prävalent¹⁴. Auch kann es im höheren Lebensalter zu einem verringerten psychischen Funktionsniveau durch die BPS kommen, selbst wenn nicht mehr alle BPS Kriterien zutreffen, um eine BPS Diagnose zu vergeben. Daher kann das Stereotyp, dass BPS nur junge Menschen betrifft, nicht aufrechterhalten werden.

Aktuell liegen nur wenige Studien zum Lebensalter über 55 Jahre vor. Diese weisen auf BPS untypische Phänomene hin, die als alterstypische Symptome interpretiert werden, wie z. B. Medikamentenmissbrauch oder Manipulation an OP-Wunden als Ausdruck von selbstverletzendem Verhalten. Im Kontakt mit helfenden Berufen zeigen die Betroffenen eine große Bedürftigkeit, klammerndes Verhalten und Angst vor Entlassung bzw. Versuche, eine

Entlassung zu vermeiden³³⁷. Auch wenn die Impulsivität im Alter sinkt, bestehen weiterhin Suizidalität und das Risiko ernsthafter Suizidversuche. Ältere Betroffene mit BPS berichten überdies über eine schlechtere Lebensqualität, stärkere körperbezogene Schmerzen und nutzen häufiger Angebote des Gesundheitswesens¹⁵.

8. Wichtige Forschungsfragen

Aus Sicht der Steuergruppe bestehen Forschungsbedarfe zu folgenden Fragen mit besonderer klinischer Relevanz:

- > Prävention/Früherkennung:
 - Durch welche diagnostischen Maßnahmen und Marker können die Früherkennung und Vorhersage der Entwicklung einer BPS präzisiert werden?
 - Welche Interventionen sind geeignet, bei Jugendlichen unter 16 Jahren mit ausgeprägter BPS-Symptomatik (d.h., 2 oder mehr Kriterien) die Ausprägung einer vollständigen BPS im frühen Erwachsenenalter zu verhindern?
- > Diagnostik:
 - Welche Fragebögen sind zur Erkennung einer BPS bei Erwachsenen in nicht-psychiatrischen Settings geeignet (Kriterien Sensitivität, Spezifität, Ökonomie, Fairness)?
 - Welche Fragebögen sind zur Erkennung einer BPS bei Jugendlichen in nicht-psychiatrischen Settings geeignet (Kriterien Sensitivität, Spezifität, Ökonomie, Fairness)?
 - Wie könnten die diagnostischen Kriterien der BPS entwicklungsabhängig besser operationalisiert werden?
- > Behandlung:
 - Welche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für Betroffene mit BPS und bestimmten komorbiden psychischen Störungen (insbesondere Post-Traumatische Störungen, depressive Erkrankungen) führen zu Verbesserungen der BPS- und komorbiden Symptomatik sowie des psychosozialen Funktionsniveaus und weisen dabei ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?
 - Wie können Non-Responder und Therapie-Abbrecher außerhalb der evidenzbasierten Behandlungsprogramme erfolgsversprechend versorgt werden? Welche Möglichkeiten bieten digitale Therapieangebote für die flächendeckende Versorgung von Personen mit BPS in Deutschland?
 - Inwiefern benötigen die Therapien der Frühintervention im Jugendalter weitere Adaptationen (z.B. stärkere systemische Komponenten) und gibt es grundsätzlich „Alterseffekte“ hinsichtlich der Wirksamkeit der Therapieoptionen bei BPS?
- > Versorgung/Behandlungssettings:
 - Sind multimodale Therapien (medikamentös, psychotherapeutisch, Gruppeninterventionen, ambulante, teil- oder vollstationäre Programme, Familientherapie, therapeutische Gemeinschaften) langfristig effektiver als unimodale Therapien?
 - Welche spezifische Berechtigung haben (teil-) stationäre Angebote in der Versorgung? Für welche Patient*innen sind längerfristige störungsspezifische (teil-) stationäre Angebote indiziert?
 - Welche Effekte haben Supervision, Intervention Fortbildung, etc. auf die Ergebnisqualität der Behandlung von Menschen mit BPS, und welche Effekte haben sie auf die Belastetheit und Arbeitszufriedenheit der Behandelnden?
 - Können in der Primärversorgung durch geeignete Gesprächstechniken Betroffene mit BPS zu mehr Adhärenz mit somatischen Therapien und einem gesundheitsförderlichen Lebensstil motiviert werden?

- Wie könnten Angebote der „Transitionspsychiatrie“ in Zukunft aussehen und was müssten diese beinhalten?
- > Angehörige:
 - Können Familien und Angehörige durch Ihr Verhalten oder ihre Beziehungsgestaltung den Verlauf der BPS (im klinischen und sozialen Outcome und im Wohlergehen der Betroffenen) beeinflussen?
 - Welche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für Angehörige und Betreuende von Menschen mit BPS führen zu Verbesserungen des eigenen Wohlbefindens, des Wohlbefindens der von BPS betroffenen Person sowie der Beziehungsqualität, und weisen dabei ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?
 - Herpertz: Welche Präventionsmaßnahmen eignen sich, um die Weitergabe psychischer Belastungen in Familien mit von BPS betroffenen Eltern zu verhindern und Kinder betroffener Eltern vor Vernachlässigung und Gewalterfahrungen zu schützen?
- > Besondere Personengruppen:
 - Welche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für ältere Betroffene (>60 Jahre) führen zu Verbesserungen der BPS-Symptomatik sowie des psychosozialen Funktionsniveaus und weisen dabei ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?
 - Welche strukturellen Maßnahmen haben positive Effekte auf die Struktur- und Ergebnisqualität der Versorgung von Menschen mit BPS im Transitionsbereich?
 - Wie können die Diagnosen von GID/GD besser differentialdiagnostisch von einer BPS abgegrenzt werden?

9. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

9.1 Leitlinienkoordinator*in/Ansprechpartner*in

Leitlinienkoordinator:

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Lieb
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz und
Wissenschaftlicher Geschäftsführer, Leibniz-Institut für Resilienzforschung Mainz
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Tel.: 06131 / 17-7335
Klaus.Lieb@unimedizin-mainz.de

Leitliniensekretariat:

Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Leitliniensekretariat S3-Leitlinie Borderline-PS
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Tel.: 06131 / 17-7336
Chefsekretariat-ps@unimedizin-mainz.de

9.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Die Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) federführend initiiert und koordiniert. Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen bzw. deren jeweilige Mandatstragenden, die in der Gesamtheit die Leitliniengruppe bildeten, waren am Konsensusprozess beteiligt (Tabelle 23). Wie in Kapitel X dargestellt, bildeten einige dieser Mandatstragenden die Steuergruppe der Leitlinie (vgl. *):

	Fachgesellschaft/Organisation	Mandatstragende
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.v.	Dipl.-Psych. Ralph Schliewenz Dipl.-Psych. Inge Neiser (Stv.)
BKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.	Dipl.-Soz.päd. Beate Leinberger, M.A. Dipl.-Soz.päd. Kerstin Kubesch (Stv.)
	Borderline-Trialog	Dipl.-Soz.päd. Anja Link Katrín Zeddies, B.Sc. (Stv.)
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Andrea Benecke Dr. Alessa Jansen (Stv.)
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten	Dipl.-Psych. Rainer Cebulla Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius (Stv.)

DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Michael Armbrust Dr. Markus Reicherzer (Stv.)
DDBT	Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie e.V.	Prof. Dr. Martin Bohus Prof. Dr. Christian Schmahl (Stv.)
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	Prof. Dr. Ingo Schäfer Prof. Dr. Astrid Lampe (Stv.)
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Dr. Susanne Schoppmann Dorothea Sauter (Stv.)
DGGÖ	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.	Prof. Dr. Hans-Helmut König Dr. Christian Brettschneider (Stv.)
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Prof. Dr. Babette Renneberg Prof. Dr. Christop Kröger (Stv.)
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Stephan Doering Prof. Dr. Anna Buchheim (Stv.)
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Michael Kaess Prof. Dr. Paul Plener (Stv.)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Sabine Herpertz Prof. Dr. Martin Driessen (Stv.) Prof. Dr. Christian Schmahl (Stv.)
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe PD Dr. Claudia Subic-Wrana (Stv.)
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.	Dipl.-Soz.Arb. Martina Lochmann
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Rudi Merod Dr. Prisca Weiser (Stv.) Prof. Dr. Mattiahs Witthöft (Stv.)
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	Prof. Dr. Anna Buchheim Prof. Dr. Stephan Doering (Stv.)
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung	Prof. Dr. Joachim Küchenhoff Dipl.-Psych Christa Leiendecker (Stv.)
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Ulrich Schweiger Dr. Claudia Stromberg (Stv.)
GePs	Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.	Dr. Birger Dulz Prof. Dr. Carsten Spitzer (Stv.)
	Vertreterinnen der Mentalisierungs-basierten Therapie	Prof. Dr. Svenja Taubner Dr. Jana Volkert (Stv.)
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland e.V.	Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer Prof. Dr. Simone Salzer (Stv.)
	Fachgesellschaft/Organisation	Weitere Teilnehmende
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Klaus Lieb (Koordinator der Leitlinie)

AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften	Dr. Monika Nothacker Dr. Susanne Blödt
-------------	--	---

Tabelle 23: Mitglieder der Leitliniengruppe

9.3 Betroffenenebeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung der Betroffenen- und Angehörigenvertreterin Frau Dipl.-Soz. Päd. Anja Link sowie ihrer Stellvertreterin, Frau Katrin Zeddies, vom Borderline-Trialog erstellt. Frau Link war stimmberechtigt und während des gesamten Prozesses an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

9.4 Methodische Begleitung

Die Erstellung der Leitlinie wurde seitens der AWMF durch Frau Dr. Monika Nothacker und Frau Dr. Susanne Blödt begleitet.

10. Informationen zu dieser Leitlinie

10.1 Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser S3-Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 1.1 vom 27.02.2013)¹².

10.2 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

Zunächst wurde eine systematische Suche³³⁸ nach bereits vorhandenen einschlägigen Leitlinien durchgeführt, um mögliche Quelleitlinien zu identifizieren. Auswahlkriterien waren Evidenzbasierung³³⁹ (Empfehlungen beruhen auf systematischer Literaturrecherche und -auswahl, Evidenz- und/oder Empfehlungsgraduierung, Verknüpfung der Empfehlungen mit zugrundeliegender Evidenz), methodologische Exaktheit und Transparenz gemäß DELBI-Kriterien³⁴⁰ sowie thematische Relevanz und Verfügbarkeit auf Deutsch oder Englisch. Die Suche ergab zwei potenzielle evidenzbasierte Quelleitlinien, die britischen NICE-Leitlinien³⁴¹ sowie die australischen NHMRC-Leitlinien⁵⁹. Da letztere ihrerseits bereits die NICE-Leitlinien als Quelleitlinien adaptiert und aktualisiert hatte, entschied sich die Leitliniengruppe zur Verwendung der NHMRC-Leitlinien als Quelleitlinie. Ergänzend wurden einige Fragestellungen, die die NHMRC-Leitlinie nicht bearbeitet hatten, jedoch in der ursprünglichen Fassung der NICE-Leitlinie enthalten waren, für die vorliegende Leitlinie übernommen.

Nach Übersetzung der Fragestellungen der Quelleitlinie durch Prof. Kaess wurden diese durch die Leitliniengruppe diskutiert und adaptiert bzw. ergänzt (vgl. Anhang 1: Übersicht der Fragestellungen und Empfehlungen). Die in der NHMRC-Leitlinie dargelegten Suchstrategien wurden für die Aktualisierungsrecherchen so weit als möglich beibehalten, sofern dies nach Adaption der jeweiligen Fragestellungen angemessen war. Die Literaturrecherche zu Fragestellung 2, deren Gegenstand diagnostische Verfahren zur Erkennung bzw. Diagnosesicherung der BPS sind, wurde durch eine zusätzliche Recherche in der deutschsprachigen Datenbank Psynindex ergänzt (vgl. @Leitlinienreport). Die ausführliche Beschreibung der Suchstrategien zu den einzelnen Fragestellungen ist dem @Leitlinienreport zu entnehmen. Auf Basis der Ergebnisse dieser Aktualisierungsrecherchen und kritischer Bewertung der Qualität der identifizierten Evidenz wurden seitens der Steuergruppe Empfehlungen zur Beibehaltung oder Modifikation der entsprechenden Empfehlungen der Quelleitlinie vorbereitet, die dann mit den übrigen Mandatstragenden in den Leitlinientreffen diskutiert wurden. Modifikationen, Erweiterungen oder Streichungen von Empfehlungen der Quelleitlinie wurden dabei eindeutig benannt und begründet.

Die Kriterien zur Evidenzgraduierung der NHMRC-Leitlinien wurden beibehalten. Tabelle 24 gibt einen Überblick der Evidenzgrade für Fragestellungen zur Wirksamkeit von Interventionen. Evidenzlevel für anderweitige Fragestellungen sind Tabelle 15.2 zu entnehmen.

Level	Fragestellung zu Interventionen
I	Systematisches Review auf Basis (mehrerer Level-II-Studien)

II	Randomisiert-kontrollierte Studie
III-1	Quasi-randomisierte Studie
III-2	Vergleichsstudie mit gleichzeitigen Kontrollen: <ul style="list-style-type: none"> > Nicht-randomisierte, experimentelle Studie > Kohortenstudie > Fall-Kontroll-Studie > Unterbrochene Zeitreihe mit Kontrollgruppe
III-3	Vergleichsstudie ohne gleichzeitige Kontrollen <ul style="list-style-type: none"> > Studie mit historischen Kontrollen > Zwei oder mehrere einarmige Studien > Unterbrochene Zeitreihe ohne parallele Kontrollgruppe
IV	Fallserie mit Zwischengruppen- oder „within-subject“-Vergleich

Tabelle 24: Evidenzlevel

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden zunächst Studien der Evidenzlevel I und II herangezogen. Sofern die Evidenzsuche nicht erfolgreich war oder nur wenig belastbare Evidenz erbrachte, und dies inhaltlich angemessen und ausreichend erfolgversprechend erschien, wurde die Suche nach Rücksprache mit dem jeweils verantwortlichen Mitglied der Steuergruppe auch auf die Level III-1 und/oder III-2 ausgeweitet.

10.3 Kritische Bewertung der Evidenz

Die kritische Bewertung der Evidenz erfolgte durch die für die jeweilige Fragestellung verantwortlichen Mitglieder der Steuergruppe nach dem Bewertungsschema der NHMRC-Leitlinien hinsichtlich der Kriterien Konsistenz, klinischer Bedeutsamkeit, Validität, Übertragbarkeit und sonstiger relevanter Faktoren (offene Kategorie). Hierzu wurde eine adaptierte Form des „Evidenz Statement“-Formulars der NHMRC-Leitlinien verwendet (vgl. 15.3). Neben den Ergebnissen der Evidenzsuche floss deren kritische Bewertung maßgeblich in die Gewichtung bzw. Graduierung der Empfehlungsstärke ein.

10.4 Strukturierte Konsensfindung

Die strukturierte Konsensfindung innerhalb der Leitliniengruppe, also innerhalb aller Mandatstragenden der beteiligten Verbände und Organisationen (vgl. Tabelle 23), erfolgte im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses unter unabhängiger Moderation durch jeweils eine Vertreterin der AWMF (Dr. Nothacker oder Dr. Blödt). Entsprechend der AWMF-üblichen Konsensregel erforderte die Annahme einer Empfehlung die Zustimmung von mindestens 75% der Teilnehmenden (vgl. Kapitel 10.5 zur Klassifikation der Konsensusstärke). Die Leitliniengruppe verständigte sich darauf, bei jeder Empfehlung den Prozentsatz der Zustimmung darzustellen, ohne die Stimmen einzelnen Fachgesellschaften namentlich zuzuordnen.

Im Falle von Fragestellungen bzw. Empfehlungen, für welche Interessenkonflikte (IK) bei den abstimmenden Mandatstragenden nicht ausgeschlossen werden konnten, wurden Doppelabstimmungen durchgeführt, und die Abstimmungsergebnisse unter Ausschluss und Einbezug der von IK Betroffenen vollumfänglich berichtet. Beide Abstimmungsergebnisse (d.h. mit und ohne Wertung der Stimmen der affilierten Mandatsträger/innen als Enthaltungen) werden in der Leitlinie berichtet. Die Abstimmung erfolgte mittels eines elektronischen Abstimmungssystems, welches die Stimmabgabe anonym erfasste und protokollierte. Grundsätzlich war es auch möglich, Minderheitsvoten z.B. eines einzelnen Verbandes oder einer Organisation abzugeben. Davon wurde aber während des gesamten Konsensusprozesses nicht Gebrauch gemacht.

10.5 Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke

Bei der Graduierung der Empfehlung wurde zunächst die methodisch aufbereitete und nach den Kriterien Anwendbarkeit und Übertragbarkeit bewertete Evidenz berücksichtigt, ebenso auch die klinische Erfahrung und Betroffenenpräferenzen.

Die Empfehlungsstärken wurden durch die Leitliniengruppe im Rahmen eines formalen Konsensverfahrens bestimmt, je nach dem Grad der Überzeugung, dass der größte Teil der beschriebenen Betroffenengruppe von einem bestimmten Vorgehen oder einer bestimmten Intervention profitiert. Folgende Faktoren wurden bei diesen Erwägungen berücksichtigt:

- die Qualität bzw. Aussagekraft der Evidenz, beurteilt anhand von: Konsistenz, Validität, Relevanz, Übertragbarkeit/Anwendbarkeit
- das Nutzen-Schaden-Verhältnis
- alternative Handlungsoptionen
- Behandlungsziele und Betroffenenpräferenzen
- die Umsetzbarkeit im klinischen Alltag, in verschiedenen Versorgungssettings/Sektoren
- ethische und sonstige Erwägungen.

Entsprechend dem AWMF-Regelwerk¹² wurde folgende Empfehlungsgraduierungen vorgenommen (vgl. Tabelle 25):

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	Starke Empfehlung	soll (nicht)	●●●
B	Empfehlung	sollte (nicht)	●●
0	Offen	kann	●

Tabelle 25: Empfehlungsgraduierung: Schema zur Einstufung der Empfehlungen

Die Konsensstärke wurde wie folgt klassifiziert (Tabelle 26):

Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	> 75-95% der Stimmberechtigten

Mehrheitliche Zustimmung	> 50-75% der Stimmberechtigten
Dissens	> 50% der Stimmberechtigten

Tabelle 26: Klassifikation der Konsensstärke (Bei Vorliegen von Interessenkonflikten/Doppelabstimmungen: jeweils für beide Abstimmungsergebnisse separat Konsensstärke Klassifizierung bewertet)

11. Redaktionelle Unabhängigkeit

11.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinienerstellung wurde ausschließlich von der DGPPN, der federführenden Fachgesellschaft, mit einem Gesamtbetrag von 49.700 € finanziell unterstützt. Die Mittel wurden zur Finanzierung der Personalkosten zur wissenschaftlichen Koordination und Redaktion der Leitlinie, zur Finanzierung der unabhängigen Moderation der Leitlinientreffen durch die Moderatorinnen der AWMF, von Reisekosten der Moderatorinnen der AWMF und der Betroffenenvertreterinnen (Borderline-Trialog) sowie für die Veranstaltungskosten während der Präsenztreffen verwendet. Die Räumlichkeiten wurden von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz unentgeltlich zur Verfügung gestellt, einmalig wurde für ein Treffen in den Räumen der Humboldt-Universität Berlin eine Raummiete bezahlt. Weiterhin wurde aus den Mitteln der DGPPN die Miete des elektronischen Abstimmungssystems finanziert, welches von der Deutschen Krebsgesellschaft ausgeliehen wurde.

11.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Bei der Leitlinienerstellung wurde besonderer Wert auf die Transparenz von Interessen und einen adäquaten Umgang mit Interessenkonflikten (IK) der Leitlinienautorinnen und -autoren gelegt, um unangemessene Einflüsse durch das Vorliegen von IK auf die Inhalte der Leitlinie möglichst weitgehend zu vermeiden. Bei der Leitlinienerstellung für ein Krankheitsbild, dessen primäre Therapie nicht in der Pharmakotherapie, sondern in der Psychotherapie besteht, stellt der Umgang mit IK eine besondere Herausforderung dar. Dies liegt darin begründet, dass nicht-finanzielle IK wie z.B. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Therapieschule (z.B. Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse) in möglicherweise noch größerem Ausmaß zu verzerrten Bewertungen von wissenschaftlichen Befunden führen kann als finanzielle Verbindungen zu pharmazeutischen Unternehmen³⁴².

Es wurde daher bereits bei der Auswahl der Mandatstragenden darauf geachtet, Personen mit finanziellen IK zu pharmazeutischen Unternehmen möglichst vollständig auszuschließen und bei der Auswahl verschiedener Verbände bzw. Organisationen mit der Nähe zu bestimmten Therapie-Schulen für ein ausgewogenes Verhältnis zu sorgen.

Um eine möglichst vollständige Transparenz über finanzielle und nicht-finanzielle IK herzustellen, legten vor Beginn der Leitlinienarbeit alle Mandatstragenden obligat mittels eines Formulars zur Erklärung von IK ihre Interessen bzw. IK offen. Das Formular und die pro Mandatstragenden offengelegten Interessen und IK sowie eine Übersicht, welche Mandatstragenden welche Psychotherapieverfahren oder – schulen vertreten, finden sich vollumfänglich im Angang, vgl. 15.5). Im Wesentlichen umfasste die Abfrage finanzielle Vorteile durch pharmazeutische Unternehmen durch Eigentümerinteressen und Aktien, Beraterverträge oder Honorare für Vorträge oder andere Aufträge von Herstellern sowie private Beziehungen zu pharmazeutischen Unternehmen. Darüber hinaus wurden Forschungsaktivitäten erfasst, die ebenfalls Interessenkonflikte bedingen können. Als Besonderheit wurde darüber hinaus erhoben, ob die Mandatstragenden ein bestimmtes

psychotherapeutisches Verfahren oder einen Therapieansatz entweder selbst erlernt haben, selber ausüben oder in leitender Position (z.B. in einer Klinik) verantworten. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die transparente Erfassung der Interessen und IK ergab folgendes Gesamtbild: Innerhalb der Steuergruppe lagen keine finanziellen IK bzw. Verbindungen zu pharmazeutischen Unternehmen vor. Ein Mandatstragender aus der erweiterten Steuergruppe gab an, beratend für ein pharmazeutisches Unternehmen tätig zu sein. Ansonsten legten drei weitere der 47 Mandatstragenden eine Zusammenarbeit mit pharmazeutischen Unternehmen offen (vgl. 15.5).

Weiterhin gaben 21 der 47 Mandatstragenden eine Affiliation zur Verhaltenstherapie an, 16 zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und 15 zu Psychoanalyse (Mehrfachnennungen möglich). Hinsichtlich BPS-spezifischer Methoden gaben 18 der Mandatstragenden eine Affiliation zur DBT zu haben (d.h., diese Methode erlernt zu haben, selbst anzuwenden, und/oder in einer Leitungsposition zu verantworten). Acht Mandatstragende nannten eine Affiliation zu MBT sowie weitere acht zur TFP, fünf zur ST und zwei zur PiM (vgl. 15.5). Auch hinsichtlich der Methoden waren Mehrfachnennungen möglich.

Auf Verbandsebene zeigt sich laut Selbstbeschreibung der jeweiligen Fachgesellschaften bzw. Verbände für vier Verbände (inklusive der Mandatstragenden für die MBT) eine psychodynamische, für drei eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung. Ein Verband vertrat die Systemische Therapie, 15 Fachgesellschaften bzw. Organisationen sind keiner spezifischen Therapieschule zuzuordnen, darunter jedoch zwei Verbände mit psychosomatischer Ausrichtung. Unter den BPS-spezifischen Ansätzen wurden zwei explizit (DBT, MBT) durch Verbände bzw. Mandatstragende repräsentiert, während die restlichen Verbände keiner spezifischen Methode zuzuordnen waren. Auf Ebene der Fachgesellschaften wurden Professionen Medizin und Psychologie durch jeweils vier Verbände repräsentiert, die restlichen waren interdisziplinär ausgerichtet. Der Kinder-Jugend-Bereich wurde durch drei Verbände vertreten, während die übrigen weder explizit auf den Kinder-/Jugendbereich noch auf Erwachsene ausgerichtet waren.

Die erklärten IK wurden durch eine externe IK-Management-Gruppe (bestehend aus Dr. Nothacker, Prof. Dr. David Klemperer in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Lieb und Fr. Stoffers-Winterling) aus- und vor Beginn der inhaltlichen Leitlinienarbeit zusammenfassend wie folgt bewertet: Die Ausgeglichenheit der Leitliniengruppe war sowohl auf Ebene der Mandatstragenden als auch der Verbände gegeben. Bei keinem einzigen Faktor (Therapieschulen- oder Methodenaffiliation) bestand eine absolute Mehrheit, so dass rein interessengeleitete Entscheidungen (oder Blockaden von Entscheidungen) auszuschließen waren. Für IK-relevante Empfehlungen wurde eine Doppelabstimmung unter Verwendung eines elektronischen Abstimmungssystems angeregt (und dann auch durchgeführt), welches eine anonyme Abstimmung ermöglicht, sowie eine Darstellung beider Abstimmungsergebnisse in der Leitlinie, d.h. mit und ohne Wertung der Mandatstragenden mit IK. Die Leitliniengruppe beschloss auf der Basis dieser Empfehlungen, für jeden Themenkomplex spezifisch zu prüfen, ob bei den anwesenden Mandatstragenden IK vorliegen und dann das doppelte Abstimmungsverfahren durchzuführen und die Enthaltungen der Mandatstragenden mit IK bei den jeweiligen Leitlinienempfehlungen transparent zu dokumentieren.

Als protektive Fakten, die einer Verzerrung durch IK entgegenwirken, wurde seitens der IK-Management-Gruppe genannt:

- Die grundsätzliche Evidenzbasierung der Leitlinienerstellung und die unabhängige Aufarbeitung der Studienevidenz durch eine methodisch erfahrene Wissenschaftlerin (J. Stoffers-Winterling), die nicht Teil der Leitliniengruppe war,
- die bezüglich der Therapieschulen plural zusammengesetzte Leitliniengruppe mit zusätzlicher Beteiligung von Methodikern und Personen, die die Betroffenenperspektive vertraten,
- die ebenfalls bezüglich der Therapieschulen plural zusammengesetzte Steuergruppe
- die Unabhängigkeit des Leitlinien-Koordinators Prof. Dr. Lieb und der gesamten Steuergruppe/den federführenden Autorinnen und Autoren bezüglich finanzieller IK,
- die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation,
- die Diskussion zu nicht-finanziellen Interessen innerhalb der Leitliniengruppe sowie die externe Bewertung der Interessenkonflikte
- die vollständig dokumentierten Enthaltungen bei Mandatsträgern, die bzgl. bestimmter Entscheidungen Interessenkonflikte durch die Zugehörigkeit zu bestimmten Therapieschulen aufwiesen (s. Kap. 10.4)
- der in der überwiegenden Mehrheit der Fälle starke Konsens bei den Empfehlungen
- die externe Begutachtung des Leitlinientexts im Rahmen der öffentlichen Konsultation durch die Fachöffentlichkeit und Patienten mit einer entsprechenden Dokumentation, wie mit den eingegangenen Änderungsvorschlägen umgegangen wurde (@Kapitel 12, @Tab. Mit Kommentaren zur LL i.R. öffentlicher Konsultation sowie Umgang damit).

12. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Die Leitlinie wurde @von ... bis[ca. vier bis sechs Wochen] zur externen Konsultation bzw. Kommentierung durch die (Fach-)Öffentlichkeit und Betroffene im Leitlinienregister der AWMF bereitgestellt. Kommentare wurden mittels eines standardisierten Kommentierungsbogens erfasst (vgl. @Anhang 4 131) und wie folgt berücksichtigt:

@einfügen: Tabelle mit Kommentaren zur LL i.R. öffentlicher Konsultation, Umgang damit
Die Leitlinie wurde im Zeitraum @von... bis ... von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet [NB: kann laut Frau Blödt gleichzeitig zur öffentlichen Konsultation stattfinden]

13. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist bis mindestens @Monat/2026, d.h. bis vier Jahre nach der Verabschiedung der Leitlinie, gültig. Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bekanntmachung der S3-Leitlinie ist die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Sofern schon früher neue wissenschaftliche Erkenntnisse bekannt werden, die wichtige Änderungen in einzelnen Empfehlungen zur Folge haben würden, kann auch schon vorzeitig ein partielles Aktualisierungsverfahren eingeleitet bzw. ein Addendum erstellt werden. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden.

14. Literatur

1

American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association, 2013.

2

Falkai P, American Psychiatric Association. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe, 2015.

3

Deutschland, Bundesministerium für Gesundheit, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Köln). *ICD-10: internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. H. Huber, 2000.

4

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; **62**: 553–64.

5

Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Personal Disord* 2010; **24**: 412–26.

6

Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 2004; **110**: 416–20.

7

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sichel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 1733–9.

8

Bailey RC, Grenyer BFS. Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2013; **21**: 248–58.

9

Bailey RC, Grenyer BFS. Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *J Personal Disord* 2014; **28**: 796–809.

10

Dunne E, Rogers B. 'It's us that have to deal with it seven days a week': carers and borderline personality disorder. *Community Ment Health J* 2013; **49**: 643–8.

11

Lawn S, McMahon J. Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; **22**: 234–43.

12

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) -Ständige Kommission Leitlinien. *AWMF-Regelwerk 'Leitlinien'*. , 2012 (<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>).

13

Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2018; **213**: 709–15.

14

Arens E, Stopsack M, Spitzer C, Appel K, Dudeck M, Volzke H, et al. Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *J Personal Disord* 2013; **27**: 196–207.

15

Neacsiu A, Eberle JW, Keng S, Fang CM, Rosenthal MZ. Understanding Borderline Personality Disorder Across Sociocultural Groups: Findings, Issues, and Future Directions. 2017. doi:10.2174/1573400513666170612122034.

16

Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Personal Disord* 2011; **25**: 607–19.

17

Oltmanns TF, Rodrigues MM, Weinstein Y, Gleason ME. Prevalence of personality disorders at midlife in a community sample: Disorders and symptoms reflected in interview, self, and informant reports. *J Psychopathol Behav Assess* 2014; **36**: 177–88.

18

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 1911–8.

19

Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. *Psychiatr Clin North Am* 2008; **31**: 405–20.

20

Eaton NR, Greene AL. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Curr Opin Psychol* 2018; **21**: 28–32.

21

Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018; **41**: 561–73.

22

Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2014; **75**: e457-464.

23

Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline Personality Disorder. *The Lancet* 2021; **389**: 1528-40.

24

Widiger TA, Trull TJ. Borderline and Narcissistic Personality Disorders. In *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (eds PB Sutker, HE Adams): 371-94. Springer US, 1993.

25

Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q* 2003; **74**: 349-60.

26

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; **69**: 533-45.

27

Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J. Prevalences of Personality Disorders (DSM-III-R) in the Community. *J Personal Disord* 1992; **6**: 187-96.

28

Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord Theory Res Treat* 2016; **7**: 316-23.

29

Widom CS, Czaja SJ, Paris J. A Prospective Investigation of Borderline Personality Disorder in Abused and Neglected Children Followed Up into Adulthood. *J Personal Disord* 2009; **23**: 433-46.

30

Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Young Adult Follow-Up of Hyperactive Children: Self-Reported Psychiatric Disorders, Comorbidity, and the Role of Childhood Conduct Problems and Teen CD. *J Abnorm Child Psychol* 2002; **30**: 463-75.

31

Cohen P, Chen H, Gordon K, Johnson J, Brook J, Kasen S. Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol* 2008; **20**: 633-50.

32

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; **364**: 453-61.

33

Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer* 2018; **4**: 18029.

34

Ibrahim J, Cosgrave N, Woolgar M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2018; **23**: 57-76.

35

Winsper C, Marwaha S, Lereya ST, Thompson A, Eyden J, Singh SP. A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Rev Neurosci* 2016; **27**: 827-47.

36

Boucher M-E, Pugliese J, Allard-Chapais C, Lecours S, Ahoundova L, Chouinard R, et al. Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personal Ment Health* 2017; : No Pagination Specified.

37

Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLOS ONE* 2019; **14**: e0223038.

38

Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016; **44**: 13-24.

39

Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2020; **141**: 6-20.

40

Winsper C, Zanarini M, Wolke D. Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychol Med* 2012; **42**: 2405-20.

41

Wolke D, Schreier A., Zanarini M.C., Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; **53**: 846-55.

42

Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016; **47**: 85-105.

43

Fleck L, Fuchs A, Moehler E, Parzer P, Koenig J, Resch F, et al. Maternal bonding impairment predicts personality disorder features in adolescence: The moderating role of child temperament and sex. *Personal Disord Theory Res Treat* 2021. doi:10.1037/per0000433.

44

Chanen A, Sharp C, Hoffman P, Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry* 2017; **16**: 215-6.

45

Kealy D, Ogronczuk JS. Marginalization of borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2010; **16**: 145–54.

46

Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2019; **21**: 51.

47

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2012; **169**: 476–83.

48

Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res* 2018; **262**: 40–5.

49

Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *J Personal Disord* 2005; **19**: 487–504.

50

Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001; **42**: 482–7.

51

Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry* 2019; **80**. doi:10.4088/JCP.18m12436.

52

Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; **68**: 827–37.

53

Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Mex)* 2019; **55**. doi:10.3390/medicina55060223.

54

Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2015; **60**: 303–8.

55

Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry* 1993; **150**: 1237–43.

56

Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Personal Disord* 2005; **19**: 466–86.

57

Stepp SD, Pilkonis PA, Hipwell AE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Stability of borderline personality disorder features in girls. *J Personal Disord* 2010; **24**: 460–72.

58

McMahon K, Hoertel N, Peyre H, Blanco C, Fang C, Limosin F. Age differences in DSM-IV borderline personality disorder symptom expression: Results from a national study using item response theory (IRT). *J Psychiatr Res* 2019; **110**: 16–23.

59

NHMRC. *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. National Health and Medical Research Council, 2013 (<http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/mh25>)

60

Sansone RA, Sellbom M, Songer DA. Borderline personality disorder and mental health care utilization: The role of self-harm. *Personal Disord* 2018; **9**: 188–91.

61

Broadbear JH, Dwyer J, Bugeja L, Rao S. Coroners' investigations of suicide in Australia: The hidden toll of borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2020; **129**: 241–9.

62

Carvalho L de F, Pianowski G. Dependency, mood instability, and inconsequence traits for discriminating borderline personality disorder. *Trends Psychiatry Psychother* 2019; **41**: 78–82.

63

Fowler JC, Madan A, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *J Affect Disord* 2019; **245**: 856–60.

64

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; **69**: 533–45.

65

Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am* 2018; **41**: 583–93.

66

Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Personal Disord* 2014; **28**: 734–50.

67

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatr Serv Wash DC* 2015; **66**: 15–20.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2012; **169**: 476–83.

69

Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics* 2014; **134**: 782–93.

70

Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2017; **4**: 7.

71

Hu N, Glauert RA, Li J, Taylor CL. Risk factors for repetition of a deliberate self-harm episode within seven days in adolescents and young adults: A population-level record linkage study in Western Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; **50**: 154–66.

72

Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; **68**: 297–306.

73

Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, Chanen A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology* 2013; **46**: 55–62.

74

Santangelo PS, Koenig J, Kockler TD, Eid M, Holtmann J, Koudela-Hamila S, et al. Affective instability across the lifespan in borderline personality disorder - a cross-sectional e-diary study. *Acta Psychiatr Scand* 2018; **138**: 409–19.

75

Wertz J, Caspi A, Ambler A, Arseneault L, Belsky DW, Danese A, et al. Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; **59**: 1165–1177.e2.

76

Kaess M, Herpertz SC, Plener PL, Schmahl C. Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother* 2020; **48**: 1–5.

77

Sharp C. Bridging the gap: the assessment and treatment of adolescent personality disorder in routine clinical care. *Arch Dis Child* 2017; **102**: 103–8.

78

Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for Borderline Personality Disorder in Outpatient Youth. *J Personal Disord* 2008; **22**: 353–64.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Coltart W-WHOWPMI. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien*. (10th edn) Hogrefe AG, 2015.

80

American Psychiatric Association AP. *Diagnostische Kriterien DSM-5: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, ... Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig*. (2., korrigierte Auflage 2020.) Hogrefe Verlag, 2020.

81

Herpertz SC. Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11. *Fortschritte Neurol · Psychiatr* 2018; **86**: 150–5.

82

Skodol AE, Bender DS, Oldham JM. The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. In *Textbook of Personality Disorders. 3rd edition*. (eds AE Skodol, JM Oldham): American Psychiatric Association, 2021.

83

Jeung-Maarse H, Herpertz SC. Neues zur Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen – Änderungen in ICD-11. *Nervenarzt* 2020. doi:10.1007/s00115-020-00936-7.

84

World Health Organisation (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 09/2020). 2020. (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/941859884/mms/unspeified>).

85

Stoffers-Winterling J, Krause-Utz A, Lieb K, Bohus M. Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Nervenarzt* 2021; **92**: 643–52.

86

Stieglitz RD. Diagnostik und Screening von Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatr Neurol* 2016; : 22–3.

87

Renn D, Höfer S, Schüssler G, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, et al. [A dimensional diagnostic approach using the 'Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)' Questionnaire]. *Z Psychosom Med Psychother* 2008; **54**: 214–26.

88

Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, et al. [Validation of the 'Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)' Questionnaire]. *Z Psychosom Med Psychother* 2007; **53**: 111–28.

89

Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kuhler T, Stieglitz RD. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology* 2007; **40**: 126–32.

90

Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, et al. The short version of the

Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology* 2009; **42**: 32–9.

91

Renneberg B, Schmidt-Rathjens C, Hippin R, Backenstrass M, Fydrich T. Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: development and validation of a self-report inventory. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; **36**: 173–82.

92

Renneberg B, Seehausen A. Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen (FGG): Ein Screening Instrument für Borderline-spezifisches Denken. *Z Für Klin Psychol Psychother* 2010; **39**: 170–8.

93

Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. 1997. (https://pure.mpg.de/pubman/faces/ViewItemFullPage.jsp?itemId=item_1646481_1).

94

First MB. *SCID-5-PD: strukturiertes klinisches Interview für DSM-5 Persönlichkeitsstörungen: deutsche Bearbeitung des Structured clinical interview for DSM-5® - personality disorders* von Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer: Manual. Hogrefe, 2019.

95

Margraf J, Cwik JC, Suppiger A, Schneider S. DIPS Open Access. *OMP Ruhr-Univ Boch* 2018. (<https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/100/89/589-1>).

96

Loranger AW, Mombour W, Weltgesundheitsorganisation. *International personality disorder examination IPDE ; ICD-10 Modul ; Manual mit Interview.* , 1996.

97

Bach B, Sellbom M, Kongerslev M, Simonsen E, Krueger RF, Mulder R. Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatr Scand* 2017; **136**: 108–17.

98

Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. [Erratum appears in *Psychol Med.* 2012 Sep;42(9):1891]. *Psychol Med* 2012; **42**: 1879–90.

99

Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T, Holtforth MG, Pretsch J, Alexopoulos J, et al. The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *J Personal Disord* 2014; **28**: 518–40.

100

Hopwood CJ, Good EW, Morey LC. Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report. *J Pers Assess* 2018; **100**: 650–9.

101

Zimmermann J, Benecke C, Bender DS, Skodol AE, Krueger

RF, Leising D. Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut* 2013; **58**: 455–65.

102

Hutsebaut J, Kamphuis JH, Feenstra DJ, Weekers LC, De Saeger H. Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personal Disord* 2017; **8**: 94–101.

103

Zettl M, Taubner S, Hutsebaut J, Volkert J. [Psychometric Evaluation of the German Version of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1)]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; **69**: 499–504.

104

Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am* 2018; **41**: 583–93.

105

Schneider DÄG Redaktion Deutsches. Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dtsch. Ärztebl. 2019. (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/208750/Mortalitaet-und-somatische-Komorbiditaet-bei-Menschen-mit-schweren-psychischen-Erkrankungen>).

106

Doering S. Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosom Med* 2019; **81**: 584–94.

107

Frankenburg FR, Zanarini MC. Personality disorders and medical comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 2006; **19**: 428–31.

108

Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res* 2013; **47**: 1499–506.

109

Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res* 2016; **79**: 8–20.

110

Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; **74**: 319–28.

111

McLaughlin SPB, Barkowski S, Burlingame GM, Strauss B, Rosendahl J. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy* 2019; **56**: 260–73.

112

Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2018; : 4867418791257.

113

Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, *et al.* Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; **5**: CD012955.

114

Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; : CD005652.

115

Keefe JR, McMMain SF, McCarthy KS, Zilcha-Mano S, Dinger U, Sahin Z, *et al.* A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personal Disord* 2020; **11**: 157–69.

116

Spong AJ, Clare ICH, Galante J, Crawford MJ, Jones PB. Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2021; **83**: 101937.

117

Zahediabghari S, Boursiquot P, Links P. Impact of Psychotherapy on Psychosocial Functioning in Borderline Personality Disorder Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2020; **17**. doi:10.3390/ijerph17124610.

118

Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2011; **123**: 327–38.

119

Ball SA, Maccarelli LM, LaPaglia DM, Ostrowski MJ. Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis* 2011; **199**: 319–28.

120

Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; **156**: 1563–9.

121

Bateman A, Fonagy P. 8-Year Follow-up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry* 2008; **165**: 631–8.

122

Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; **166**: 1355–64.

123

Bellino S, Zizza M, Camilla R, Filippo B. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2006; **51**: 453–60.

124

Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal

psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2010; **55**: 74–81.

125

Blum N. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up (American Journal of Psychiatry (2008) 165 (468-478) DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07071079). *Am J Psychiatry* 2008; **165**: 777.

126

Carter G, Willcox C, Lewin T, Conrad A, Bendit N. Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; **44**: 162–73.

127

Cottraux J, Note I, Boutitie F, Milliere M, Genouilhac V, Yao S, *et al.* Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychother Psychosom* 2009; **78**: 307–16.

128

Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, Verbraak MJPM. A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2010; **198**: 299–304.

129

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Personal Disord* 2004; **18**: 52–72.

130

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007; **164**: 922–8.

131

Davidson KM, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, *et al.* The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Personal Disord-65 2006 Oct* 2006.

132

Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2010; **197**: 456–62.

133

Doering S, HÅrjz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, *et al.* Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; **196**: 389–95.

134

Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with

- borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; **40**: 317–28.
135
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, *et al.* Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; **63**: 649–58.
136
- Gregory R, Remen A, Soderberg M, Ploutz-Snyder R. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. *J Am Psychoanal Assoc* 2009; **57**: 199–205.
137
- Gregory R, DeLucia-Deranja E, Mogle J. Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2010; **198**: 292–8.
138
- Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA, Linehan MM. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *J Consult Clin Psychol* 2008; **76**: 1068–75.
139
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, *et al.* Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001; **32**: 371–90.
140
- Kramer U, Berger T, Kolly S, Marquet P, Preisig M, de Roten Y, *et al.* Effects of motive-oriented therapeutic relationship in early-phase treatment of borderline personality disorder: a pilot study of a randomized trial. *J Nerv Ment Dis* 2011; **199**: 244–50.
141
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; **48**: 1060–4.
142
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, *et al.* Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; **63**: 757–66.
143
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, *et al.* A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. [Erratum appears in *Am J Psychiatry*. 2010 Oct;167(10):1283]. *Am J Psychiatry* 2009; **166**: 1365–74.
144
- Morey LC, Lowmaster SE, Hopwood CJ. A pilot study of Manual-Assisted Cognitive Therapy with a Therapeutic Assessment augmentation for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res* 2010; **178**: 531–5.
145
- Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1995; **9**: 190–8.
146
- Rowe SL, Jordan J, McIntosh VVW, Carter FA, Bulik CM, Joyce PR. Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; **42**: 1021–9.
147
- Schuppert HM, Giesen-Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, *et al.* Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother* 2009; **16**: 467–78.
148
- Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, *et al.* Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; **51**: 1314–1323.e2.
149
- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, *et al.* Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther* 2009; **47**: 353–8.
150
- Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract* 2000; **7**: 413–9.
151
- Tyrer P, Jones V, Thompson S, Catalan J, Schmidt U, Davidson KM, *et al.* Service variation in baseline variables and prediction of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: The Popmact study. *Int J Soc Psychiatry* 2003; **49**: 58–69.
152
- Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, Van Den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005; **43**: 1231–41.
153
- Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter Jr CJ. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Personal Disord* 2006; **20**: 482–92.
154
- Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2008; **22**: 284–90.
155
- Amianto F, Ferrero A, Pierò A, Cairo E, Rocca G, Simonelli B, *et al.* Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry* 2011; **11**: 181.
156

- Andreoli A, Burnand Y, Cochennec M-F, Ohlendorf P, Frambati L, Gaudry-Maire D, *et al.* Disappointed Love and Suicide: A Randomized Controlled Trial of 'Abandonment Psychotherapy' Among Borderline Patients. *J Personal Disord* 2016; **30**: 271–87.
157
- Antonsen BT, Kvarstein EH, Urnes O, Hummelen B, Karterud S, Wilberg T. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. *Psychother Res J Soc Psychother Res* 2017; **27**: 51–63.
158
- Bianchini V, Cofini V, Curto M, Lagrotteria B, Manzi A, Navari S, *et al.* Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. *Crim Behav Ment Health CBMH* 2019; **29**: 122–30.
159
- Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, *et al.* Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2013; **82**: 221–33.
160
- Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, *et al.* Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013; **202**: 357–64.
161
- Bozzatello P, Bellino S. Interpersonal Psychotherapy as a Single Treatment for Borderline Personality Disorder: A Pilot Randomized-Controlled Study. *Front Psychiatry* 2020; **11**: 578910.
162
- Davidson KM, Brown TM, James V, Kirk J, Richardson J. Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial. *Psychiatr Bull* 2014; **38**: 108–11.
163
- Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol* 2012; **51**: 121–41.
164
- Gleeson JFM, Chanan A, Cotton SM, Pearce T, Newman B, McCutcheon L. Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: a pilot randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry* 2012; **6**: 21–9.
165
- Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med* 2014; **44**: 2099–112.
166
- Haeyen S, van Hooren S, van der Veld W, Hutschemaekers G. Efficacy of Art Therapy in Individuals With Personality Disorders Cluster B/C: A Randomized Controlled Trial. *J Personal Disord* 2018; **32**: 527–42.
167
- Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014; **55**: 7–17.
168
- Jahangard L, Haghghi M, Bajoghli H, Ahmadpanah M, Ghaleiha A, Zarrabian MK, *et al.* Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with borderline personality disorder and depression. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012; **16**: 197–204.
169
- Jochems EC, van der Feltz-Cornelis CM, van Dam A, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. The effects of motivation feedback in patients with severe mental illness: A cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; **11**.
170
- Jorgensen C, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013; **127**: 305–17.
171
- Kamalabadi MJ, Ahmadi SA, Etemadi O, Fatehizadeh M, Bahrami F, Firoozabadi A. A study of the effect of couple dialectical behavioral therapy on symptoms and quality of marital relationships and mental health of Iranian borderline personality couples: A controlled trial. *Interdiscip J Contemp Res Bus* 2012; **3**: 1480–7.
172
- Kramer U, Pascual-Leone A, Berthoud L, de Roten Y, Marquet P, Kolly S, *et al.* Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clin Psychol Psychother* 2016; **23**: 189–202.
173
- Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, Xie H, Gottlieb JD, Rosenberg SD, *et al.* Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2017; **249**: 86–93.
174
- Laurensen EMP, Luyten P, Kikkert MJ, Westra D, Peen J, Soons MJB, *et al.* Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Psychol Med* 2018; **48**: 2522–9.
175
- Leichsenring F, Masuhr O., Jaeger U., Rabung S., Dally A., Dimpelmann M., *et al.* Psychoanalytic-Interactional Therapy versus Psychodynamic Therapy by Experts for Personality Disorders: A Randomized Controlled Efficacy-Effectiveness Study in Cluster B Personality Disorders. *Psychother Psychosom* 2016; **85**: 71–80.

Leppänen V, Hakko H, Sintonen H, Lindeman S. Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. *Community Ment Health J* 2016; **52**: 216–27.

177

Majdara E, Rahimmian I, Talepassand S, Gregory RJ. A Randomized Trial of Dynamic Deconstructive Psychotherapy in Iran for Borderline Personality Disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 2019; **67**: NP1–7.

178

McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017; **135**: 138–48.

179

Mehlum L, Tormoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, *et al.* Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; **53**: 1082–91.

180

Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, Bakhtiarpour S, Hafezi F. Comparing of the effect of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on reducing mood activity and suicidal thoughts in patients with borderline personality disorder. *Acta Medica Mediterr* 2017; **2017**: 1025–31.

181

Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cogn Behav Pract* 2012; **19**: 527–44.

182

Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J. Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Eur Addict Res* 2018; **24**: 1–8.

183

Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2012; **81**: 356–65.

184

Reneses B, Galián M, Serrano R, Figuera D, Fernandez Del Moral A, López-Ibor JJ, *et al.* A new time limited psychotherapy for BPD: preliminary results of a randomized and controlled trial. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; **41**: 139–48.

185

Robinson P, Hellier J, Barrett B, Barzdaitiene D, Bateman A, Bogaardt A, *et al.* The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials Electron Resour* 2016; **17**: 549.

Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; **51**: 1304–1313.e3.

187

Salzer S, Cropp C, Jaeger U, Masuhr O, Streeck-Fischer A. Psychodynamic therapy for adolescents suffering from comorbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2014; **44**: 2213–22.

188

Santisteban DA, Mena MP, Muir J, McCabe BE, Abalo C, Cummings AM. The Efficacy of Two Adolescent Substance Abuse Treatments and the Impact of Comorbid Depression: Results of a Small Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Rehabil J* 2015; **38**: 55–64.

189

Schilling L, Moritz S, Kriston L, Krieger M, Nagel M. Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: Preliminary results. *Psychiatry Res* 2018; **262**: 459–64.

190

Stanley B. Treating Suicidal Behavior and Self-Mutilation in People With Borderline Personality Disorder - Study Results - ClinicalTrials.gov. 2017. (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT00533117>).

191

Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, Fitzmaurice GM. Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry* 2018; **79**. doi:10.4088/JCP.16m11153.

192

Wetzelaer P, Lokkerbo J, Arntz A, van Aselt T, Smit F, Evers S. Cost-effectiveness and Budget Impact of Specialized Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Synthesis of the Evidence. *J Ment Health Policy Econ* 2017; **20**: 177–90.

193

Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize HJ, Renneberg B, *et al.* Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther* 2014; **61**: 12–22.

194

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; **336**: 924–6.

195

Bohus M. *Borderline-Störung*. (2., vollständig überarbeitete Auflage 2019.) Hogrefe Verlag, 2019.

196

Taubner S, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalisierungsbasierte Therapie*. (1. Auflage 2019.) Hogrefe Verlag, 2019.

197

Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Simonsen E, Lieb K.

- Störungsspezifische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut* 2020; **65**: 344–50.
198
- Stiglmayr C. Das ambulante Borderline-Netzwerk in Berlin. *Psychother Forum* 2020; **24**: 139–45.
199
- Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, *et al*. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; **72**: 475–82.
200
- Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006; **37**: 25–35.
201
- Jørgensen MS, Storebø OJ, Stoffers-Winterling J, Faltinsen E, Todorovac A, Simonsen E. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features—A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLOS ONE* 2021; **16**: e0245331.
202
- Wong J, Bahji A, Khalid-Khan S. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2020; **65**: 5–15.
203
- Jorgensen MS, Storebo OJ, Stoffers-Winterling JM, Faltinsen E, Todorovac A, Simonsen E. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features—A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PloS One* 2021; **16**: e0245331.
204
- Chanen A, Jackson H, McCutcheon L, Jovev M, Dudgeon P, Yuen H, *et al*. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; **43**: 397–408.
205
- Beck E, Bo S, Jorgensen M, Gondan M, Poulsen S, Storebo O, *et al*. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2019. doi:10.1111/jcpp.13152.
206
- McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, *et al*. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide. *JAMA Psychiatry* 2018; **75**: 777–85.
207
- Ryle A, Leighton T, Pollock P. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: the model and the method*. John Wiley, 2001.
208
- Gleeson JF, Lederman R, Wadley G, Bendall S, McGorry PD, Alvarez-Jimenez M. Safety and privacy outcomes from a moderated online social therapy for young people with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv* 2014; **65**: 546–50.
209
- Rossouw TI. Mentalization-based treatment: Can it be translated into practice in clinical settings and teams? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; **52**: 220–2.
210
- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics* 2014; **134**: 782–93.
211
- Buerger A, Fischer-Waldschmidt G, Hammerle F, von Auer K, Parzer P, Kaess M. Differential Change of Borderline Personality Disorder Traits During Dialectical Behavior Therapy for Adolescents. *J Personal Disord* 2018; : 1–16.
212
- Farooq S, Singh SP. Fixed dose-combination products in psychiatry: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol (Oxf)* 2015; **29**: 05.
213
- Hancock-Johnson E, Griffiths C, Picchioni M. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs* 2017. doi:10.1007/s40263-017-0425-0.
214
- Ingenhoven T, Duivenvoorden HJ. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *J Clin Psychopharmacol* 2011; **31**: 489–96.
215
- Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder—current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep* 2015; **17**: 534.
216
- Vita A, De Peri L, Sacchetti E. Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *J Clin Psychopharmacol* 2011; **31**: 613–24.
217
- Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, *et al*. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs* 2021; **35**: 1053–67.
218
- Amminger GP, Chanen AM, Ohmann S, Klier CM, Mossaheb N, Bechdolf A, *et al*. Omega-3 Fatty Acid Supplementation in Adolescents With Borderline Personality Disorder and Ultra-High Risk Criteria for Psychosis: A Post Hoc Subgroup Analysis of a Double-Blind, Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry-Rev Can Psychiatr* 2013; **58**: 402–8.
219
- Bellino S, Bozzatello P, Rocca G, Bogetto F. Efficacy of omega-3 fatty acids in the treatment of borderline personality disorder: a study of the association with valproic acid. *J Psychopharmacol Oxf Engl* 2014; **28**: 125–32.

220

Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. [References]. *Am J Psychiatry* 2014; : 1174–82.

221

Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M, Bellino S. Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs* 2017; **31**: 809–19.

222

Crawford M, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G, Dale O, Ganguli P, *et al.* The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: a Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2018; **175**: 756-764.

223

Jarhani M, Saaki M, Nazari H, Birjandi M. The effect of Olanzapine and Sertraline on personality disorder in patients with methadone maintenance therapy. *Psychiatr Danub* 2010; **22**: 544–7.

224

Kulkarni J, Thomas N, Hudaib A-R, Gavrilidis E, Grigg J, Tan R, *et al.* Effect of the Glutamate NMDA Receptor Antagonist Memantine as Adjunctive Treatment in Borderline Personality Disorder: An Exploratory, Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *CNS Drugs* 2018; **32**: 179–87.

225

Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, *et al.* Efficacy of extended-release divalproex combined with 'condensed' dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr* 2012; **24**: 255–60.

226

Schmahl C, Kleindienst N, Limberger M, Ludascher P, Mauchnik J, Deibler P, *et al.* Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2012; **27**: 61–8.

227

Shafti S, Kaviani H. A Comparative Study on Olanzapine and Aripiprazole for Symptom Management in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol* 2015; **25**: 38–43.

228

Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapies for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs* 2008; **22**: 671–92.

229

Duggan C, Huband N, Smailagic N, Ferriter M, Adams C. The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personal Ment Health* 2008; **2**: 119–70.

230

Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe

personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010; **71**: 14–25.

231

Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010; **196**: 4–12.

232

Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Personal Disord* 2009; **23**: 156–74.

233

Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev Online* 2010; **6**. doi:10.1002/14651858.CD005653.pub2.

234

Varghese BS, Rajeev A, Norrish M, Khusaiby SBMA. Topiramate for anger control: A systematic review. *Indian J Pharmacol* 2010; **42**: 135–41.

235

Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2007; **52**: 718–25.

236

Bogenschutz MP, Nurnberg HG. Olanzapine Versus Placebo in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**: 104–9.

237

De la Fuente J, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994; **4**: 479–86.

238

Eli Lilly and Company. Efficacy and safety of olanzapine in patients with borderline personality disorder: a randomized double-blind comparison with placebo [Summary ID #6253. Clinical Study Summary: Study F1D-MC-HGKK]. 2008.

239

Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: A double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2002; **63**: 442–6.

240

Hallahan B, Hibbeln JR, Davis JM, Garland MR. Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm: Single-centre double-blind randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007; **190**: 118–22.

241

Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, *et al.* A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; **62**: 199–203.

242

- Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, *et al.* Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* 2003; **28**: 1186–97.
243
- Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, Gil FP. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, Part II: An 18-month follow-up. *J Psychopharmacol (Oxf)* 2008; **22**: 805–8.
244
- Leone NF. Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. *J Clin Psychiatry* 1982; **43**: 148–50.
245
- Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, *et al.* Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2006; **26**: 61–6.
246
- Loew TH, Nickel MK. Topiramate treatment of women with borderline personality disorder, part II: an open 18-month follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 2008; **28**: 355–7.
247
- Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, *et al.* Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**: 1515–9.
248
- Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muehlbacher M, Tritt K, *et al.* Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: A double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; **57**: 495–9.
249
- Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa GF, Bachler E, *et al.* Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2006; **163**: 833–8.
250
- Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Perez-Egea R, Tiana T, Alvarez E, *et al.* Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry* 2008; **69**: 603–8.
251
- Rinne T, van den Brink W, Wouter L, van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; **159**: 2048–54.
252
- Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, Bohus M, Detke HC, Trzaskoma Q, *et al.* Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2008; **193**: 485–92.
253
- Shafti SS, Shahveisi B. Olanzapine Versus Haloperidol in the Management of Borderline Personality Disorder A Randomized Double-Blind Trial. *J Clin Psychopharmacol* 2010; **30**: 44–7.
254
- Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, *et al.* Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**: 379–85.
255
- Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, *et al.* Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 1221–4.
256
- Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, *et al.* Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: Final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 1989; **9**: 238–46.
257
- Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; **50**: 377–85.
258
- Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, *et al.* Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol (Oxf)* 2005; **19**: 287–91.
259
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001; **62**: 849–54.
260
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry* 2003; **160**: 167–9.
261
- Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J PersDisord* 2008; **22**: 284–90.
262
- Ziegenhorn A, Roepke S, Schommer N, Merkl A, Danker-Hopfe H, Perschel F, *et al.* Clonidine improves hyperarousal in borderline personality disorder with or without comorbid posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2009; **29**: 170–3.
263
- Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, *et al.* A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2011; **72**: 1353–62.
264
- Garcez H, Fernandes C, Barbosa F, Pereira MR, Silveira C, Marques-Teixeira J, *et al.* Effects of benzodiazepines administration on identification of facial expressions of

- emotion: a meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)* 2020; **237**: 1–9.
265
- Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2015; **25**: 763–72.
266
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**: 903–7.
267
- Riffer F, Farkas M, Streibl L, Kaiser E, Sprung M. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2019; **23**: 178–88.
268
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment Rates for Patients With Borderline Personality Disorder and Other Personality Disorders: A 16-Year Study. *Psychiatr Serv* 2015. doi:10.1176/appi.ps.201400055.
269
- Giernalczyk T, Petersen G-K. Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapy* 2007; **12**: 288–96.
270
- Trull TJ, Freeman LK, Vebares TJ, Choate AM, Helle AC, Wycoff AM. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2018; **5**: 15.
271
- Carpenter RW, Wood PK, Trull TJ. Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Lifetime Substance Use Disorders in a Nationally Representative Sample. *J Personal Disord* 2016; **30**: 336–50.
272
- Kapil V, Green JL, Le Lait C, Wood DM, Dargan PI. Misuse of benzodiazepines and Z-drugs in the UK. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2014; **205**: 407–8.
273
- Orsolini L, Chiappini S, Grandinetti P, Bruschi A, Testa R, Provenzano A, et al. 'Z-trip'? A Comprehensive Overview and a Case-series of Zolpidem Misuse. *Clin Psychopharmacol Neurosci Off Sci J Korean Coll Neuropsychopharmacol* 2021; **19**: 367–87.
274
- Zaami S, Graziano S, Tittarelli R, Beck R, Marinelli E. BDZs, designer BDZs, and Z-drugs: pharmacology and misuse insights. *Curr Pharm Des* 2021. doi:10.2174/1381612827666210917145636.
275
- Buth S, Holzbach R, Martens M-S, Neumann-Runde E, Meiners O, Verthein U. Problematic Medication With Benzodiazepines, "Z-drugs", and Opioid Analgesics. *Dtsch Aerzteblatt Online* 2019. doi:10.3238/arztebl.2019.0607.
276
- Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2006; **51**: 453–60.
277
- Sinnaeve R, van den Bosch LMC, Hakkaart-van Roijen L, Vansteelandt K. Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2018; **5**: 12.
278
- Smits ML, Feenstra DJ, Eeren HV, Bales DL, Laurensen EMP, Blankers M, et al. Day hospital versus intensive outpatient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: multicentre randomised clinical trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2020; **216**: 79–84.
279
- Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, et al. Efficacy of extended-release divalproex combined with 'condensed' dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr* 2012; **24**: 255–60.
280
- Kienast T, Stoffers J, Bermpohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. [Review]. *Dtsch Arzteblatt Int* 2014; **111**: 280–6.
281
- Linehan MM, Schmidt IH, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999; **8**: 279–92.
282
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. 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* 2002; **67**: 13–26.
283
- Gregory RJ, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy* 2008; **45**: 28–41.
284
- Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J. Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Eur Addict Res* 2018; **24**: 1–8.
285
- Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder

- and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 2016; **16**: 304.
286
- Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, *et al.* Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2148.
287
- Ralevski E, Ball S, Nich C, Limoncelli D, Petrakis I. The impact of personality disorders on alcohol-use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid Axis I disorders. *Am J Addict* 2007; **16**: 443–9.
288
- Penzenstadler L, Kolly S, Rothen S, Khazaal Y, Kramer U. Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2018; **13**: 10.
289
- Newton-Howes GM, Foulds JA, Guy NH, Boden JM, Mulder RT. Personality disorder and alcohol treatment outcome: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; **211**: 22–30.
290
- Black DW, Simsek-Duran F, Blum N, McCormick B, Allen J. Do people with borderline personality disorder complicated by antisocial personality disorder benefit from the STEPPS treatment program?: BPD and ASPD. *Personal Ment Health* 2016; **10**: 205–15.
291
- Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Grilo CM, Markowitz JC, Morey LC, *et al.* Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry* 2014; **75**: 829–34.
292
- Smits ML, Feenstra DJ, Eeren HV, Bales DL, Laurensen EMP, Blankers M, *et al.* Day hospital versus intensive outpatient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: multicentre randomised clinical trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2019; : 1–6.
293
- Pearce S, Scott L, Attwood G, Saunders K, Dean M, Ridder R, *et al.* Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2017; **210**: 149–56.
294
- Westling S, Daukantaite D, Liljedahl S, Oh Y, Westrin Å, Flyckt L, *et al.* Effect of Brief Admission to Hospital by Self-referral for Individuals Who Self-harm and Are at Risk of Suicide: a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2019; **2**: e195463.
295
- WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). (<https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>).
296
- Sinnaeve R, van den Bosch LMC, Hakkaart-van Roijen L, Vansteelandt K. Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2018; **5**: 12.
297
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, *et al.* Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; **42**: 487–99.
298
- Kleindienst N, Limberger MF, Schmahl C, Steil R, Ebner-Priemer UW, Bohus M. Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2008; **196**: 847–51.
299
- Sollberger D, Gremaud-Heitz D, Riemenschneider A, Agarwalla P, Benecke C, Schwald O, *et al.* Change in Identity Diffusion and Psychopathology in a Specialized Inpatient Treatment for Borderline Personality Disorder. *Clin Psychol Psychother* 2015; **22**: 559–69.
300
- Smits ML, Feenstra DJ, Bales DL, Blankers M, Dekker JJM, Lucas Z, *et al.* Day hospital versus intensive outpatient mentalization-based treatment: 3-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder in a multicentre randomized clinical trial. *Psychol Med* 2020; : 1–11.
301
- Włodarczyk J, Lawn S, Powell K, Crawford GB, McMahon J, Burke J, *et al.* Exploring General Practitioners' Views and Experiences of Providing Care to People with Borderline Personality Disorder in Primary Care: A Qualitative Study in Australia. *Int J Environ Res Public Health* 2018; **15**: E2763.
302
- Lamont E, Dickens GL. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *J Ment Health Abingdon Engl* 2021; **30**: 619–33.
303
- Stapleton A, Wright N. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *J Ment Health Abingdon Engl* 2019; **28**: 443–57.
304
- Winsper C. Borderline Personality Disorder: Course and Outcomes Across the Lifespan. *Curr Opin Psychol* 2020. doi:10.1016/j.copsyc.2020.09.010.
305
- Lambert M, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I, *et al.* [Mental health of children, adolescents and young adults--part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; **81**: 614–27.

306

Bailey RC, Grenyer BFS. The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personal Ment Health* 2015; **9**: 21–32.

307

Whalen DJ, Malkin ML, Freeman MJ, Young J, Gratz KL. Brief report: Borderline personality symptoms and perceived caregiver criticism in adolescents. *J Adolesc* 2015; **41**: 157–61.

308

Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for personality disorders: a practical guide.* , 2016.

309

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process* 2005; **44**: 217–25.

310

Project Air Strategy for Personality Disorders. *Family, partner and carer intervention manual for personality disorders.* University of Wollongong, Illawarra Health and Medical Research Institute. www.projectairstrategy.org, 2016 (www.projectairstrategy.org).

311

Bateman A, Fonagy P. A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personal Disord* 2018. doi:10.1037/per0000298.

312

Grenyer BFS, Bailey RC, Lewis KL, Matthias M, Garretty T, Bickerton A. A Randomized Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons With Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord* 2019; **33**: 214–28.

313

Fitzpatrick S, Wagner AC, Monson CM. Optimizing borderline personality disorder treatment by incorporating significant others: A review and synthesis. *Personal Disord* 2019. doi:10.1037/per0000328.

314

Kirtley J, Chiochi J, Cole J, Sampson M. Stigma, Emotion Appraisal, and the Family Environment as Predictors of Carer Burden for Relatives of Individuals Who Meet the Diagnostic Criteria for Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord* 2018; : 1–18.

315

Flynn D, Kells M, Joyce M, Corcoran P, Herley S, Suarez C, et al. Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2017; **4**: 18.

316

Liljedahl SI, Kleindienst N, Wångby-Lundh M, Lundh L-G, Daukantaitė D, Fruzzetti AE, et al. Family Connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-randomised comparison study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2019; **6**: 14.

317

Miller ML, Skerven K. Family skills: A naturalistic pilot study of a family-oriented dialectical behavior therapy program. *Couple Fam Psychol Res Pract* 2017; **6**: 79–93.

318

Kirby JS, Baucom DH. Treating emotion dysregulation in a couples context: a pilot study of a couples skills group intervention. *J Marital Fam Ther* 2007; **33**: 375–91.

319

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E. Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *J Ment Health* 2007; **16**: 69–82.

320

Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016; **47**: 85–105.

321

Florange JG, Herpertz SC. Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Curr Psychiatry Rep* 2019; **21**: 9.

322

Stapp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personal Disord* 2011; **3**: 76–91.

323

Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S. Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health* 2015; **18**: 67–75.

324

Buck-Horstkotte S, Renneberg B, Rosenbach C, Julius Beltz GmbH & Co. KG. *Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung das Trainingsmanual 'Borderline und Mutter sein'*. , 2015.

325

Renneberg B, Rosenbach C. 'There is not much help for mothers like me': Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder - a newly developed group training program. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2016; **3**: 16.

326

Zalewski M, Maliken AC, Lengua LJ, Martin CG, Roos LE, Everett Y. Integrating dialectical behavior therapy with child and parent training interventions: A narrative and theoretical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2020; : e12363.

327

Barnow S, Aldinger M, Arens EA, Ulrich I, Spitzer C, Grabe H-J, et al. Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study. *J Personal Disord* 2013; **27**: 806–19.

328

National Collaborating Centre for Mental Health (Commissioned by the National Institute for Health and

- Clinical Excellence). NICE Clinical Guideline 78. Borderline Personality disorder: treatment and management. Full guideline (January 2009). 2009.
329
- NICE National Institut for Health and Care Excellence. 2018 *surveillance of personality disorders (NICE guidelines CG77 and CG78). Surveillance report. Published 19 July 2018. Available from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/2018-surveillance-of-personality-disorders-nice-guidelines-cg77-and-cg78-4906490080/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>*. , 2018.
330
- Sappok T, Diefenbacher A, Winterholler M. The Medical Care of People With Intellectual Disability. *Dtsch Arzteblatt Int* 2019; **116**: 809–16.
331
- McNair L, Woodrow C, Hare D. Dialectical Behaviour Therapy [DBT] with People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Narrative Analysis. *J Appl Res Intellect Disabil JARID* 2017; **30**: 787–804.
332
- Klein V, Brunner F, Nieder TO, Reed G, Briken P. Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 – Dokumentation des Revisionsprozesses. *Z Für Sex* 2015; **28**: 363–73.
333
- Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012; **24**: 568–77.
334
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS; federführende Fachgesellschaft), et al. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung AWMF-Register-Nr. 138|001. 2018. (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html>).
335
- Seikowski K, Gollek S, Harth W, Reinhardt M. Borderline-Persönlichkeitsstörung und Transsexualität. *Psychiatr Prax* 2008; **35**: 135–41.
336
- Santangelo PS, Koenig J, Kockler TD, Eid M, Holtmann J, Koudela-Hamila S, et al. Affective instability across the lifespan in borderline personality disorder - a cross-sectional e-diary study. *Acta Psychiatr Scand* 2018; **138**: 409–19.
337
- Beatson J., Broadbear J.H., Sivakumaran H., George K., Kotler E., Moss F., et al. Missed diagnosis: The emerging crisis of borderline personality disorder in older people. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; **50**: 1139–45.
338
- Deutsches Cochrane-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. *Manual systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien*. , 2013 (<http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-aktuell/detail/news/manual-systematische-literaturrecherche-fuer-die-erstellung-von-leitlinien.html>).
339
- www.iqwig.de - Methodenpapier. (<https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html>).
340
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). www.delbi.de. (<http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/leitlinienbewertung/delbi>).
341
- NICE. NICE Clinical Guideline 78. Borderline Personality disorder: treatment and management. Full guideline (January 2009). 2009.
342
- Lieb K, Osten-Sacken J von der, Stoffers-Winterling J, Reiss N, Barth J. Conflicts of interest and spin in reviews of psychological therapies: a systematic review. *BMJ Open* 2016; **6**: e010606.
343
- NHMRC (National Health and Medical Research Council). *NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines*. Canberra, 2009 (http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/evidence_statement_form.pdf).
344
- Mehlum L, Ramleth R, Tjørmoen A, Haga E, Diep L, Stanley B, et al. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; **60**: 1112-1122.
345
- Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res* 2011; **186**: 287–92.
346
- Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; **49**: 4–10.
347
- Richter C, Heinemann B, Kehn M, Steinacher B. Effektivität der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) in der tagesklinischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Bedeutung von Medikation und Behandlungskosten. *Psychiatr Prax* 2013; **41**: 148–52.
348
- Bateman A, Fonagy P. Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Psychiatric Care. *Am J Psychiatry* 2003; **160**: 169–71.
349
- Heard H. Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy

in the treatment of borderline personality disorder. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng* 2000; **61**.

350

Palmer S, Davidson KM, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J, *et al*. The cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the BOScot trial. *J Personal Disord*-81 2006 Oct 2006.

351

Arnevik E, Wilberg T, Urnes Å, Johansen M, Monsen JT, Karterud S. Psychotherapy for personality disorders: 18 months' follow-up of the Ullevål Personality Project. 2010; **24**: 188–203.

352

Jørgensen CR, Freund C, Bøye R, Jordet H, Andersen D, Kjølbbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013; **127**: 305–17.

353

Zanarini MC, Schulz S, Detke H, Zhao F, Lin D, Pritchard M, *et al*. Open-label treatment with olanzapine for patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2012; **32**: 398–402.

354

Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JHR, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2008; **69**: 999–1005.

355

Van Den Broek PJA, Penterman B, Hummelen JW, Verkes RJ. The effect of quetiapine on psychotic-like symptoms in borderline personality disorder. A placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; **18 (S4)**: S425–6.

356

Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Resick, P: Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. (1st edn) Guilford Publications, 2017.

15. Anhänge

15.1 Anhang 1: Übersicht der Fragestellungen und Empfehlungen

Frage Nr. ²	Übersetzung/Adaption	Kapitel	Empfehlungen ³
Erkennen und Beurteilen der BPS			
1.	Wie können Behandelnde Merkmale der BPS (bei jungen Menschen) identifizieren?	3.1	E 1-5
2.	Sollen standardisierte Testverfahren eingesetzt werden? Falls ja, welche?	3.4.1-2	E 6-7
ADD1 ⁴	Nach welchen psychischen und somatischen Komorbiditäten soll gesucht werden?	3.5.1-2	-
ADD2	Welche differenzialdiagnostische Abklärung soll erfolgen?	3.5.3	-
Management von Risikofaktoren und Prävention			
3.	Welche Risikofaktoren für BPS sind bekannt?	2.2	-
4.	Welche präventiven Maßnahmen gibt es zur Reduktion der Inzidenz einer BPS (als primärem oder sekundärem Outcome)?	2.3	-
Management der BPS			
5.	Durch welche Interventionen und Behandlungsprozesse kann bei Jugendlichen unter 18 Jahren, die die diagnostischen Kriterien einer BPS (außer dem Alterskriterium) erfüllen, der Entwicklungsverlauf positiv beeinflusst oder das Behandlungsergebnis verbessert werden ⁵ ?	4.3.1	E 14-17
6.	Welche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für Betroffene mit BPS führen zu Verbesserungen der konsentierten Ergebnisvariablen ³ und weisen dabei ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?	4.1.2	E 8-11
7.	Welche Psychotherapien sind wirksam? (Fokus auf grundsätzlicher Wirksamkeit, explizit kein Vergleich zwischen verschiedenen Methoden)	4.1.2	E 8-11
8.	Welche psychosozialen Interventionen sind wirksam ³ ?	4.1.2	E 8-11

² Nummerierung analog der NHMRC-Leitlinien⁵⁹

³ Die Empfehlungen sind analog ihres chronologischen Erscheinens im Leitlineintext fortlaufend durchnummeriert. Zur Zuordnung zur ursprünglichen Nummerierung in den NHMRC-Leitlinien s. @Leitlinienreport.

⁴ Präfix „ADD“: neue, ergänzende Fragestellungen der S3-LL, die in den NHMRC-Leitlinien nicht behandelt wurden

⁵ Primäre Endpunkte (untereinander gleichwertig): Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten („Life-threatening behaviour“), Psychopathologie, einschließlich selbstverletzenden Verhaltens („psychopathology“, „self-injury“), psychosoziales Funktionsniveau („Functioning“), Lebensqualität; sekundäre Endpunkte (untereinander gleichwertig): Kosten, Unerwünschte Wirkungen

Frage Nr. ²	Übersetzung/Adaption	Kapitel	Empfehlungen ³
9.	Welche medikamentösen Interventionen/Behandlungsmöglichkeiten weisen, insbesondere bei Vorliegen bestimmter Komorbiditäten, ein günstiges Nutzen-Schaden-Profil auf?	4.4.1	E 18-27
10.	Sind multimodale Therapien (medikamentös, psychotherapeutisch, Gruppeninterventionen, teil- oder vollstationäre Programme, Familientherapie, Systemische Therapie, therapeutische Gemeinschaften) effektiver als unimodale Therapien bezüglich der definierten Ergebnisvariablen?	4.2, 4.2.1, 4.5	E 12.1, E13, E28
11.	Welche Interventionen sind bei Menschen mit BPS und komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen wirksam bezüglich der definierten Ergebnisvariablen?	4.6	E 29-31
13.	Müssen anderweitige psychische Störungen, die gleichzeitig mit einer BPS vorliegen, anders als üblich behandelt werden? Falls ja, wie?	4.6	E 29-31
Organisation spezifisch ausgerichteter Behandlungsangebote für von BPS Betroffene			
15.	Welche Versorgungsstrukturen/Therapiesettings sollten angeboten werden (ambulant, stationär, tagesklinisch, therapeutische Wohngruppen, aufsuchende Behandlung, ASP, stepped care, „case management“)?	5.2	E32
16.	Welchen Stellenwert haben stationäre Behandlungsangebote im Rahmen forensischer/gesicherter Settings (ambulante und stationäre forensische Settings, geschlossene Wohnheime)?	5.2	E 33
20.	Was sollen Behandler anderer Fachbereiche als der Psychiatrie und Psychotherapie im Umgang mit Menschen mit BPS beachten (Hausärzte, Notaufnahmen, Intensivstationen)?	5.3	E 34
22.	Wie können Menschen, die mit der Versorgung und Behandlung von Menschen mit BPS befasst sind, unterstützt werden (Supervision, Fortbildung, zugeordnete Fallzahlen etc.)?	5.4	E 35-36
ADD3	Wie sollen Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination im Transitionsbereich adaptiert werden?	5.5	E 37
Unterstützung für Angehörige und Betreuende			
23.	Benötigen Familien und Angehörige (insbesondere Kinder) von Menschen mit BPS besondere Unterstützung?	7.1	E 47

Frage Nr. ²	Übersetzung/Adaption	Kapitel	Empfehlungen ³
24.	Falls ja, welche spezifischen Angebote sollen angeboten werden?	6.2.1, 6.2.2, 7.1	E 42-44, E 46, E 48
25.	Können Familien und Angehörige durch Ihr Verhalten oder ihre Beziehungsgestaltung den Verlauf der BPS (im klinischen und sozialen Outcome und im Wohlergehen des Patienten) beeinflussen?	6.1	-
26.	Falls ja, welche Interventionen sollen angeboten werden?	6.1, 6.2.1	E 38-41
Spezielle Gruppen mit BPS			
	Wie sollen Behandlungsmöglichkeiten und deren Koordination adaptiert werden für...		
ADD5 ⁶	...Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen? Welche Rolle spielt deren Schweregrad?	7.3	E 50-53
ADD6 ⁷	...Angehörige ethnisch diverser Gruppen?	7.2	E 49
ADD7 ⁸	...von BPS Betroffene, die eine Elternschaft planen, Eltern werden oder sind?	7.1	E 45
ADD8	...mit genderspezifischen Besonderheiten?	7.4	E 54
ADD9	...im höheren Lebensalter	7.5	-

⁶ NICE-Fragestellung Nr. 13

⁷ NICE-Fragestellung Nr. 14

⁸ NICE-Fragestellung Nr. 15

15.2 Anhang 2: Evidenzgraduierung (Levels of Evidence)³⁴³

Level	Intervention	Diagnostic accuracy	Prognosis	Aetiology	Screening Intervention
I	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies	A systematic review of level II studies
II	A randomised controlled trial	A study of test accuracy with: an independent, blinded comparison with a valid reference standard, among consecutive persons with a defined clinical presentation	A prospective cohort study	A prospective cohort study	A randomised controlled trial
III-1	A pseudorandomised controlled trial (i.e. alternate allocation or some other method)	A study of test accuracy with: an independent, blinded comparison with a valid reference standard, among non-consecutive persons with a defined clinical presentation	All or none	All or none	A pseudorandomised controlled trial (i.e. alternate allocation or some other method)
III-2	A comparative study with concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-randomised, experimental trial ▪ Cohort study ▪ Case-control study ▪ Interrupted time series with a control group 	A comparison with reference standard that does not meet the criteria required for Level II and III-1 evidence	Analysis of prognostic factors amongst persons in a single arm of a randomised controlled trial	A retrospective cohort study	A comparative study with concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-randomised, experimental trial ▪ Cohort study ▪ Case-control study
III-3	A comparative study without concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historical control study ▪ Two or more single arm study ▪ Interrupted time series without a parallel control group 	Diagnostic case-control study	A retrospective cohort study	A case-control study	A comparative study without concurrent controls: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historical control study ▪ Two or more single arm study
IV	Case series with either post-test or pre-test/post-test outcomes	Study of diagnostic yield (no reference standard)	Case series, or cohort study of persons at different stages of disease	A cross-sectional study or case series	Case series

15.3 Anhang 3: Bewertung der Evidenz: adaptiertes *Evidence-Statement-Formular*

Key question:	
Evidence base	
I) NICE 2009 findings	
II) NHMRC findings	
III) NICE 2018 findings	
III) Updated search	
Consistency	(if only one study was available, rank this component as 'not applicable')
A	All studies consistent
B	Most studies consistent and inconsistency can be explained
C	Some inconsistency, reflecting genuine uncertainty around question
D	Evidence is inconsistent
N/A	Not applicable (no or one study only)
Clinical impact	(indicate in the space below if the study results varied according to some unknown factor (not simply study quality or sample size) and thus the clinical impact of the intervention could not be determined)
A	Very large
B	Substantial
C	Moderate
D	Slight/restricted
Generalisability	(How well does the body of evidence match the population and clinical settings being targeted by the Guideline?)
A	Evidence directly generalisable to target population
B	Evidence directly generalisable to target population with some caveats
C	Evidence not directly generalisable to the target population but could be sensibly applied

Applicability	D	Evidence not directly generalisable to target population and hard to judge whether it is sensible to apply (Is the body of evidence to the German healthcare context in terms of health services/delivery of care and cultural factors?)
	A	Evidence directly applicable to German healthcare context
	B	Evidence applicable to German healthcare context with few caveats
	C	Evidence probably applicable to German healthcare context with some caveats
	D	Evidence not applicable to German healthcare context
Other factors		(indicate here any other factors that you took into account when assessing the evidence base (for example, issues that might cause the group to downgrade or upgrade the recommendation))

15.4 Anhang 4: Strukturierter Kommentierungsbogen

Kommentierung der Konsultationsfassung der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung

Name:	
E-Mail-Adresse:	
Adresse:	
Institution:	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)

15.5 Interessenkonflikte der Mandatstragenden

Fachellschaft/Organisation	Mandatastragende	Hauptmandatstragende® (M)/stellvertretend Mandatstragende® (Stv)	Richtlinienverfahren	Verfahren/Methoden, die in der eigenen Psychotherapieaus- oder -weiterbildung erlernt wurden	Verfahren/Methoden, die als Inhaber/in einer Leitungsposition verantwortet werden (z.B. in einer Klinik)	Zusammenarbeit/persönliche Beziehungen mit/zu pharmazeutischer Industrie oder Medizinprodukteherstellern
BDP Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	Dipl.-Psych. Ralph Schlieuwenz	M.	VT	GT, Hypno, Klientenzentrierte Spieltherapie, System. Th.	VT	keine
BDP Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	Dipl.-Soz.Päd. nge Neiser	Stv.	TP	keines	keine	keine
BKJ e.V. Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Dipl.-Soz.Päd. Beate Leinberger	M.	VT	Schematherapie, EMDR, Traumatherapie (Krest)	keine	keine
BKJ e.V. Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Dipl.-Soz.Päd. Kerstin Kubesch	Stv.	TP	TP, positive Psychotherapie, strukturelle Therapie nach Rudolf, konfliktfokussierte Psychotherapie, traumatherapeutische Methoden nach Reddemann, MBT, Selbst- Objekt-Regulierung nach Kernberg und Mentzos, Kohut	keine	keine
Borderline-Trialog	Dipl.-Soz.Päd. (FH) Anja Link	M.	keine	keine	keine	keine
Borderline-Trialog	Dipl.-Psych. Katrin Zeddies	Stv.	keines	innere Kindarbeit, Psychodrama, STEPPS, system. Familienth. system. integrative Th.	keine	keine
Bundestherapeutenkammer	Dr. Andrea Benecke	M.	VT	Hypno	VT	keine

Bundestherapeutenkammer	Dr. Alessa Jansen	Stv.	VT	keines	keine	keine
BVVP Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten	Dipl.-Psych. Rainer Cebulla	M.	VT	Gestalt	keine	keine
BVVP Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten	Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius	Stv.	VT	System. Th.	keine	keine
DÄVT Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Michael Armbrust	M.	VT	DBT, KVT	DBT, KVT, ST, VT	keine
DÄVT Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Markus Reicherzer	Stv.	PA, TP, VT	DBT	VT, DBT, DBT-PTSD, TREEP	keine
DDBT Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie e.V.	Prof. Dr. Martin Bohus	M.	TP, VT	Bioenergetik, KVT, DBT, Hypno	DBT, KVT	keine
DDBT Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie e.V.	Prof. Dr. Christian Schmahl	Stv.	VT	DBT	KVT, DBT	Böhringer Ingelheim - Beratertätigkeit
DeGPT Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	Prof. Dr. Ingo Schäfer	M.	VT	Hypno, EMDR	KVT	keine
DeGPT Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	Prof. Dr. Astrid Lampe	Stv.	PA	EMDR, GT, PITT, spez. Psychotherapie	EMDR, GT, PA	keine
DFPP Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Dr. rer. medic. Susanne Schoppmann	M.	keine	keine	keine	keine
DFPP Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Dorothea Sauter	Stv.	keine	keine	keine	keine
DGGÖ Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.	Prof. Dr. Hans-Helmut König	M.	keine	keine	keine	keine
DGGÖ Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.	Dr. Christian Brettschneider	Stellv. Mandatsträger	keine	keine	keine	keine
DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Michael Kaess	M.	VT	CAT, DBT-A, VT	DBT-A, system. Therapie, TFP, VT	keine
DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Paul Plener	Stv.	VT	DBT-A, EMDR	"schulenübergreifend"	Shire - Vortragstätigkeit (3000€)
DGPs Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Prof. Dr. Babette Renneberg	M.	VT	DBT	KVT	keine
DGPs Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Prof. Dr. Christoph Kröger	Stv.	VT	DBT, GT, IPT	VT, DBT	keine
DGPM Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	Univ.-Prof. Dr. Stephan Doering	M.	PA	TFP	PA, TFP	keine

DGPM Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	Univ.-Prof. Dr. Anna Buchheim	Stv.	TP, PA	TFP	DBT, humanist. Verfahren, KVT, MBT, PA, PD, ST, system. Verfahren	keine
DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Sabine Herpertz	M.	PA	TP, KVT	DBT, KVT, MBT, ST, TP	keine
DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Martin Driessen	Stv.	PD, VT	Familientherapie	CRA, DBT, Familie, IPT, NET, PD, VT	keine
DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Christian Schmahl	Stv.	VT	DBT	KVT, DBT	Böhringer Ingelheim - Beraterstätigkeit
DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe	M.	PA, TP	Familientherapie, Paartherapie	Familientherapie, PA, Paartherapie, TP	keine
DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	PD Dr. Dipl.-Psych. Claudia Subic-Wrana	Stv.	PA, TP	keine	PA, TP	keine
DGSF Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.	Martina Lochmann, Dipl.-Sozialarbeiterin, System. Therapeutin	M.	System. Th.	keines	keine	keine
DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Rudi Merod	M.	VT	DBT	VT, DBT	keine
DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Prisca Weiser	Stv.	VT	DBT, Psychoonkologie	VT, DBT	keine
DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Prof. Dr. Michael Withöft	Stv.	VT	VT	VT	keine
DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	Univ.-Prof. Dr. Anna Buchheim	M.	PA, TP	TFP	DBT, humanist. Verfahren, KVT, MBT, PA, PD, ST, system. Verfahren	keine
DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	Univ.-Prof. Dr. Stephan Doering	Stv.	PA	TFP	PA, TFP	keine

DPV Deutsche Psychoanalytische Vereinigung	Prof. Dr. Joachim Küchenhoff	M.	PA, TP	konzentrierte Bewegungsth., Psychodrama	analyt. Kunst- u. Musikth., Gruppentherapie nach Yalom, Gruppentherapie nach Foulkes, konzentrierte Bewegungsth., KVT, PA, system. Th, TFP	keine
DPV Deutsche Psychoanalytische Vereinigung	Dipl.-Psych. Christa Leiendecker	Stv.	PA, TP	GT	keine	keine
DVT Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Ulrich Schweiger	M.	VT	VT	ACT, BA, CBASP, DBT, KVT, MCT, ST	Servier, Janssen, Neuraxpharm - finanzielle Unterstützung von Tagungen
DVT Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	Dr. Claudia Stromberg	Stv.	VT	VT, ST	VT, ST	
GePs, Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.	Dr. Birger Dulz	M.	TP	TFP	DBT, MBT, TFP, TP, VT	keine
GePs, Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.	Prof. Dr. Carsten Spitzer	Stv.	TP	psychoanalyt. interaktionelle Methode	PD, CBASP, DBT, MBT, MCT	Jannssen-Cilag: AMDP-Seminare (2017), Honorar 1500 €
Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	Prof. Dr. phil. Svenja Taubner	M.	PA, TP	MBT	MBT, PA, TP	keine
Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	Dr. Jana Volkert	Stv.	TP	TFP, MBT	keine	keine
VAKJP - Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer	M.	PA, TP	TP	analyt. Therapie, PiM, VT	keine
VAKJP - Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Prof. Dr. Simone Salzer	Stv.	PA, TP	PA, TP	keine	keine

15.6 Anhang 5: Evidenztabellen

Die folgenden Evidenztabellen enthalten die Evidenz, die jeweils im Zuge der Aktualisierungssuchen für den Zeitraum 2011 bis September 2021 identifiziert wurde.

15.6.1 Evidenztabellen Fragestellung 1

Level I

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J & Singh SP (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical Psychology Review</i> , 44: 13-24	SR of prospective (CAVE: but also retrospective and cross-sectional!) studies providing information on aetiological or psychopathological associations of adolescent (<19 years) BPD	N=61 studies	Clinical or community samples, aged 19 or under	n.a.	n.a.	Association of risk factors and psychopathological features to BPD pathology	n.a.	n.a.	criteria. Statistically significant pooled associations with youth (19 years of age and under) BPD were observed for sexual abuse (all youth: odds ratio = 4.88; 95% confidence interval = 3.30, 7.21; children: OR = 3.97; 95% CI = 1.51, 10.41; adolescents: OR =	adult and youth BPD share common aetiological and psychopathological correlates. This offers some support for the diagnostic validity of youth BPD and indicates the need for clinical recognition in this age group

								<p>5.41; 95% CI = 3.43, 8.53); physical abuse (all youth: 2.79 [2.03, 3.84]; children: 2.86 [1.98, 4.13]; adolescents: 2.60 [1.38, 4.90]); maternal hostility/verbal abuse (all youth: 3.28 [2.67, 4.03]; children: 3.15 [2.55, 3.88]; adolescents: 4.71 [1.77, 12.53]); and neglect (all youth: 3.40 [2.27, 5.11]; children: 2.87 [1.73, 4.73]; adolescents: 4.87 [2.24, 10.59]). Several psychopathological features were also associated with youth BPD, including comorbid mood (3.21 [2.13, 4.83]), anxiety (2.30 [1.44, 3.70]) and substance use (2.92 [1.60, 5.31])</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									disorders; self-harm (2.81 [1.61, 4.90]); suicide ideation (all youth: 2.02 [1.23, 3.32]; children: 6.00 [1.81, 19.84]; adolescents: 1.75 [1.20; 2.54]) and suicide attempt (2.10 [1.21, 3.66]).	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Level II

ull reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow- up	Effect Size	Comments
Wolke D., Schreier A., Zanarini M.C., und Winsper C. „Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study“. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> 53, Nr. 8 (2012): 846–55. UK	II (prospective cohort study)	N=6050	Children in the community born between April 1991 and December 1992 Mean age at interview: 11.8 years	n.a.		Associations between peer victimisation and presence of BPD symptoms; impact of kind of victimization (overt/relational), chronicity, severity on BPD severity. Controlled for known confounders such as sexual abuse, maladaptive parenting, family adversity	via child report, at 8 and 10 years of age, with the Bullying and Friendship Interview Schedule Parent and teacher report: 1 item from the Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997): ‘Picked on or bullied by other children in the past 6 months’ was used.	6 months	Accounting for known confounders, victims of peer bullying had an increased risk of BPD symptoms according to self-report (OR, 2.82; 95% CI, 2.13–3.72); mother report (OR, 2.43; 95% CI, 1.86–3.16); and teacher report (OR, 1.95; 95% CI, 1.34–2.83). Children who reported being chronically bullied (OR, 5.44; 95% CI, 3.86–7.66) or experienced combined relational and overt victimisation	Intentional harm inflicted by peers is a precursor or marker on the trajectory towards the development of BPD symptoms in childhood. Clinicians should ask users of mental health services routinely about adverse experiences with peers

										<p>(OR, 7.10; 95% CI, 4.79–10.51) had highly increased odds of developing BPD symptoms. Children exposed to chronic victimisation according to mother report were also at heightened risk of developing BPD symptoms (OR, 3.24; 95% CI, 2.24–4.68)</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15.6.2 Evidenztabellen Fragestellung 2

Level I

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Carcone, D., Tokarz, V. L. and Ruocco, A. C. (2015). A Systematic Review on the Reliability and Validity of Semistructured Diagnostic Interviews for Borderline Personality Disorder. <i>Canadian psychology/Psychologie Canadienne</i> 56, No. 2, 208–226	Level I (SR of Level II studies)	N=53 studies	studies examining reliability and validity of diagnostic interviews for BPD		SCID-II, IPDE, DIB-R, SIDP, DIPD	Reliability and validity	Interrater reliability, test-retest reliability, internal consistency, convergent validity (here: only categorially reported)	Test-retest-reliability: up to 6 months	SCID-II: Interrater reliability $\kappa \geq .89$, test-retest reliability (2 days) $\kappa \geq .87$, internal consistency Cronbach's $\alpha = .74$; BPD items moderately to strong correlated with self-report inventories assessing BPD (r_s .37 to .69) DIPD: interrater	Most studied: SCID-II; all interviews have high to moderate interrater reliability, all have moderate to high test-retest reliability (esp. short-term), convergent validity higher for dimensional assessments for BPD than categorial ones)

									<p>reliability mean $\kappa = .87$, high test-retest reliability ($\kappa = .80$), good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .84$), Convergent validity: good with PDQ-4 ($\kappa = .53$)</p> <p>IPDE: interrater reliability $\kappa = .80$, test-retest-reliability (6 months) $\kappa = .70$, convergent validity weak (MCMI: $\kappa = .30$, PDQ $\kappa = .16$)</p> <p>DIB-R: Interrater reliability $\kappa = .94$, test-</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>retest reliability (7-10 days) $\kappa=.91$, moderate convergent validity with Zan-BPD severity ($r_{s}\geq.45$)</p> <p>SIDP: Interrater reliability κ .85 to .94, no data on retest reliability available, internal consistency high (Cronbachs' $\alpha=.85$), convergent validity, no agreement with MCMII categorical assessment</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Germans S, van Heck GL & Hodiament PPG. Results of the search for personality disorder screening tools: clinical implications. <i>The Journal of Clinical Psychiatry</i> 73 (2): 165-73. The Netherlands	Diagnostic accuracy Level II (independent, blinded comparison with a valid reference, random sample from consecutive admissions)	The paper reports on three equivalent studies (different periods of patient recruitment, but same study site and roughly same methods: prospective, observational test validation studies), including N=195, N=79 and	Adult psychiatric outpatients referred to a community mental health care center; mean age 32.7, 34.3 and 33.7 years, resp.; 57.4%, 57.0% and 59.8% female, resp.	Application of different self-report questionnaires and informant-based interviews	Value of 8 questionnaires for predicting PD; 3 questionnaires thereof with capacity to diagnose BPD specifically (SCID-II-PQ with adjusted cut-off score by +3; PAS-Q and SAP)	SCID-II interview as gold standard		n.a.	Instruments capable of screening for BPD: PAS-Q sensitivity 80%, specificity 82%; SAP sensitivity 69%, specificity 76%, SCID-II-PQ with adjusted score sensitivity 78 to 100%, specificity 27 to 78%	Of PD screening instruments capable to screen for specific PDs, PAS-Q has best sensitivity and specificity, raising the odds that a patient in a psychiatric outpatient population will receive a personality disorder diagnosis from 50% to 81%

		N=102 patients								
<p>Van Alebeek, A., van der Heijden, P.T., Hessels, C., Thong, M.S.Y. & van Aken, M. (2017). Comparison of Three Questionnaires to Screen for Borderline Personality Disorder in Adolescents and Young Adults. <i>European Journal of Psychological Assessment</i> 33, no. 2: 123–28. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000279.</p> <p>The Netherlands</p>	<p>Diagnostic accuracy Level II (independent, blinded comparison with a valid reference standard, among consecutive persons with a defined clinical presentation)</p>	N=53	<p>Dutch-speaking adolescents and young adults, between the ages of 16 and 25 years, with a mean age of 19.2 years (SD = 1.86, seeking help at a center for adolescent psychiatry)</p>	n.a.	<p>Diagnostic accuracy of MSI, PDQ-4 and SCID-II-PQ BPD</p>	<p>BPD as diagnosed by use of SCID-II interview (reference standard)</p>	<p>MSI PDQ-4 SCID-II-PQ BPD</p>	n.a.	<p>Internal consistency (Cronbach's α) acceptable for MSI (.79) and SCID-II-PQ BPD (.85), poor for PDQ-4 (.68).</p> <p>Strong correlation between the questionnaires (r [PDQ-4, MSI] = .87; r [SCID-II PQ, PDQ-4] = .86 and r [MSI, SCID-II PQ] = .87)</p> <p>All questionnaires correlated substantially with BPD according to SCID-II (r [MSI] = .62, $p < .001$;</p>	<p>MSI-BPD and the SCID-II PQ BPD demonstrate an acceptable reliability. Strong correlations were found between all the questionnaires and the BPD criteria of the SCID-II. Using more questionnaires at the same time does not add to the explained variance in the SCID-II BPD</p> <p>All the questionnaires had acceptable levels of sensitivity</p>

									<p>r [PDQ-4] = .64, p < .001; r [SCID-II-PQ] = .65, p < .001)</p> <p>no differences in correlations with the SCID-II between the three screening instruments (.14 ≤ Z ≤ .56, p > .28)</p> <p>sensitivity and specificity in predicting five or more BPD criteria in the SCID-II: MSI (cut-off 5) sensitivity of .94 and specificity of .73; PDQ-4 (cut-off 6) sensitivity of .88 and</p>	<p>and specificity. Based on the assumption that sensitivity is more important than specificity in early detection of BPD, the MSI-BPD and the SCID-II-PQ BPD slightly outperformed the PDQ-4 BP.</p> <p>Considering the number of items of these screening instruments (i.e., 10 items for the MSI-BPD vs. 15 items for the SCID-II-PQ BPD) the MSI-BPD seems to be favorable in clinical practice</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

										a specificity of .81; SCID-II-PQ BPD sensitivity of .94 and a specificity of .84	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15.6.3 Evidenztabellen Fragestellung 5

Level I

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Jørgensen, MS, Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Faltinsen E, Todorovac A, Simonsen E. Psychological Therapies for Adolescents with Borderline Personality Disorder (BPD) or BPD Features-A Systematic Review of Randomized Clinical Trials with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis“. <i>PloS One</i> 16, Nr. 1 (2021): e0245331. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331	Level I/meta-analysis	N=10 RCTs (775 participants)	adolescent individuals with a BPD diagnosis or subthreshold BPD, any gender	well-defined, theory-driven psychotherapeutic treatments	control interventions, alternative specific psychotherapeutic interventions	BPD severity impulsivity (including self-harm, non-suicidal self-injury, suicide attempts, externalizing behaviours psychosocial functioning quality of life		post treatment	only meta-analytic statistical significant finding: DBT-A vs. control: Self-harm OR=0.45, 95% CI 0.26 to 0.76, 2 RCTs, 212 participants, I ² =0%	maximum 2 RCTs per comparison and outcome, meta-analytic pooling only feasible for CAT, DBT-A, ERT, MBT,

0.1371/journal.p one.0245331.											
Wong J, Bahji A, Khalid-Khan S. Systematic Review and Meta-Analyses of Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A systematic review and meta-analysis. Can J Psychiatry. 2020 May;65(1):5-15 CANADA ²⁰²	Level I/meta-analysis	N=7 RCTs (643 participants)	adolescents with minimum 2 BPD symptoms	psychotherapy	control	severity of symptoms	-	post-treatment	hedge's $g = -0.89$ (-1.75, -0.02)	small number of primary studies, large effect of symptom reduction post-treatment, not sustained at follow-up	
						externalizing symptoms			n.s.		
						internalising symptoms			n.s.		
						functioning			n.s.		
						treatment retention			n.s.		
						NSSI			n.s.		
						suicide attempts			n.s.		

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Beck E, Bo S, Jørgensen MS, Gondan M, Poulsen S, Storebø OJ, Fjellerad Andersen C, Folmo E, Sharp C, Pedersen J, Simonsen E. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. <i>J Child Psychol Psychiatry</i> . 2020 May;61(5):594-604. doi: 10.1111/jcpp.13152. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31702058. Denmark	II/RCT	N=112	adolescents with minimum 4 BPD criteria (96% full BPD)	MBT-group	TAU	primary: BPD (self-rated) secondary: self-harm depression externalizing and internalizing symptoms caregiver reports social functioning BPS symptoms rated by blinded clinician	BPFSC-C RTSHIA BDI-Y YSR BPFS-P, CBCL C-GAS ZAN-BPD	1 year	MD -0.4 ($p=.91$) effect sizes n.s. for all outcomes	no sig. group differences at end of treatment for any outcome Robust TAU treatment: at least 12 individual supportive sessions, one per month; psychoeducation, counseling, if needed ad hoc crisis management and sessions with caregivers higher attrition in MBT-G (29% completed less than half

										of the sessions) as compared to TAU (7%)
Gleeson JFM, Chanen A, Cotton SM, Pearce T, Newman B, McCutcheon L (2012). Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: a pilot RCT. Early Intervention in Psychiatry, 6: 21-9 Australia	Level II/RCT	N=16	People aged 15 to 25 years meeting 4 or more BPD criteria (75% full BPD) with 1 week or more of psychotic symptoms and less than 6 months of previous antipsychotic medication; mean age 18.4 years, 81.2% females	SFET (description s. comparison treatment) + HYPE: rigorous personality pathology diagnosis, individual cognitive analytic therapy (CAT), development of a collaborative model of the individual's difficulties; 16 weekly sessions of individual therapy	SFET: Routine treatment at the Early Psychosis prevention and intervention centre, possibly including youth assessment, acute home treatment, outpatient case management, medical follow-up, family	Depression Overall burden Neg. symptoms Suicidality Aggression Substance use functioning	MADRS BPRS SANS AIAQ OAS-M ASSIST AUDIT SOFAS	16 weeks	Descriptive data reported only due to small sample size; HYPE+SEFT: fewer positive psychotic and negative symptoms, less anhedonia, less depression, better functioning, less irritable, more likely to be adherent, higher levels of alcohol misuse	Very small study with high dropouts (7 out of 16 participants involved)

					work , inpatient treatment, assertive outreach, psycho social recovery programme					
<p>McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J et al. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide – a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 75(8): 777-85</p> <p>USA</p>	Level II/RCT	N=173	Adolescents aged 12-18 years (mean age 14.89 years) with at least one lifetime suicide attempt, elevated past-month suicidal ideation, 3 or more BPD criteria (53.2% full BPD),	DBT: weekly individual psychotherapy, multifamily group skills training, youth and parent telephone coaching, weekly therapist team consultation. Parents offered 1 to 7 family sessions	Individual and Group supportive Therapy (CCT-based: acceptance, validation, connectedness/belonging); individual plus group therapy	Suicide attempts NSSI Self-harm Suicidal ideation	SASII SIQ-JR	6 months	Sig. less suicide attempts (OR 0.30; 95% CI 0.10, 0.91), NSSI episodes (OR 0.32, 95% CI 0.13, 0.77), self-harm episodes (OR 0.33, 95% CI 0.14, 0.78) in DBT- treated persons	

<p>Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.</i> 2014 Oct;53(10):1082-91. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.003. Epub 2014 Jul 22. PMID: 25245352. NORWAY</p>	<p>Level II/RCT</p>	<p>N=77</p>	<p>adolescents (12-18 years) with recent and repetitive self-harm and at least 2 criteria of DSM-IV BPD (plus the self-destructive criterion), or, alternatively, at least 1 criterion of DSM-IV BPD plus at least 2 subthreshold-level criteria, 87% female sex, 21% full BPD</p>	<p>Dialectical Behaviour Therapy adapted for adolescents (DBT-A)</p>	<p>enhanced usual care</p>	<p>self-harm episodes suicidal ideation depression hopelessness BPD symptoms</p>	<p>self-report SIQ-JR SMFQ MADRS BHS BSL</p>	<p>19 weeks</p>	<p>between-group difference in self-harm frequency was statistically significant (Δ slope=-0.92, 95% CI -1.69 to -0.15, $p=0.21$), also suicidal ideation (Δ slope=-0.62 per week, $p=.010$)</p>	<p>full diagnosis of BPD and high baseline depression predict higher depression at trial completion; DBT-A predictive of lower depression at completion of the trial³⁴⁴</p>
<p>Rossouw & Fonagy (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. <i>J Am Acad Child Adolesc</i></p>	<p>Level II/RCT</p>	<p>N=80</p>	<p>Adolescents presenting after self-harm, 12 to 17 years of age, 73% with BPD, 97% with MDD, 85% females, mean age 15.1 years</p>	<p>MBT-A: MBT for adolescents, weekly individual and monthly family sessions with focus on impulsivity and affect regulation</p>	<p>TAU: routine care by community-based services</p>	<p>Self-harm Depression</p>	<p>RTSHI (Risk Taking and Self-harm Inventory) Mood and Feelings Questionnaire RTSHI CI-BPD, BPFS-C</p>	<p>12 months</p>	<p>Sig. group differences at post-treatment for self-harm (OR 0.24, $p<.01$) and depression (OR 0.21, $p<.05$), BPD features (OR</p>	<p>MBT-A may be helpful in reducing both depression and BPD symptoms in adolescents with both disorders</p>

Psychiatry, 51(12): 1304-13						Risk taking BPD			0.07, p<.05 and OR -0.29, p<.05)	
UK										
Salzer S, Cropp C, Jaeger U, Masuhr O, Streeck- Fischer A (2014). Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. Psychological Medicine, 44: 2213-22	Level II	N=66, N=39 with full BPD	adolescents aged 14-19 years (mean 16.5 years), with mixed disorder of conduct and emotions (F92 according to ICD- 10), 59.1% full BPD	Psychodynamic Therapy based on the psychoanalytic- interactional method (PiM)	Waiting List/TA U	Remission (not meeting F92 criteria anymore) General psychopathology Mental health	SCID DISYPS-KJ SCL- 90R/GSI SDQ (Strengths an Difficulties Questionn aire	Post- treatment: mean 34.15 weeks (PiM)	Remission: OR=26.41 (95% CI 6.42- 108.55) SDQ: Between- group effect d=0.38 (no CI reported) SCL-90-R/GSI: between- group effect d=0.18 (no CI reported)	
Germany										
Santisteban DA, Mena MP, Muir J, McCabe BE, Abalo C, Cummings AM (2015). The efficacy of two adolescent substance use treatments and the impact of comorbid	Level II	N=25	Adolescents ages 14 to 17 years (mean 15.8 years), 37,5% females, all fulfilled criteria for substance abuse; recent use (30 days): 85% marijuana, 56% alcohol	I-BAFT: individual intervention, skills training modules from DBT and family interventions from structural family therapy Weekly family session and skills training or	IDC Individ ual drug counsel ing accodin g to 12- step philoso phy; 2	BPD diagnosis Therapeutic alliance BPD behavior Depression	DIB-R WAI MACI (Millon adolescent clinical inventory) DPS (Diagnostic Interview Schedule	12 months	No sig differences in conditions in working alliance, total number of sessions, BPD behavior, substance use	Unable to use data for effect size calculation

depression: results of a small randomized controlled trial. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(1); 55-64 USA				individual session with the adolescent	session /week	Substance use	for Children-Predictive Scales) Timeline Followback (TLFB) Urine samples			
Schuppert, H.M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T.G., Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M.G., & Nauta, M.H.(2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents- a randomized controlled pilot study. Psychology & Psychotherapy, 16(6), 467-478. The Netherlands	Level II	N=43 ERT+ TAU = 23 TAU= 20	Age ERT+TAU=16.23 years TAU=15.9 years Gender ERT+TAU=95.6% FM TAU=80% FM	Emotion Regulation Training: 17 sessions, one systems meeting and two booster sessions. The main goal of the training is to introduce alternative ways of coping with affective instability, daily stressors and psychological vulnerability. Reducing selfharm or harm to others is another important issue. The adolescents learn that they can take more responsibility for their behaviour and realize they have a choice in how to (re)act when emotionally distressed.	Treatment as usual (TAU): medication, individual psychotherapy, system-based therapy, inpatient psychiatric care and emergency services in case of self-harm	Summary: Repeated measure ANOVAs indicate improvement over time, measured by the total score of the BPDSI-IV. The other primary outcome measures demonstrated no significant improvement over time. Detail: Repeated measure ANOVAs on the BPDSI-IV showed that there was no significant level of change between groups for both the total and the subscale affective stability	BPDSI-IV to assess current severity and frequency of DSM-IV BPD symptoms. The Multidimensional Emotion Regulation Locus of Control (MERLC) The Youth Self Report (YSR)	post treatment	BPDSI-IV total score = 0.27 BPDSI-IV affective stability=0.33 MERLC subscale internal locus of control=-.49 YSR subscale internalizing g =0.04 YSR subscale externalizing = 0.15	

					<p>or suicidal behavior.</p> <p>of the BPDSI-IV (BPDSI-IV total score $F [1,29] = 0.07$; $p = 0.79$; BPDSI-IV subscale affect regulation $F [1,29] = 0.24$; $p = 0.63$).</p> <p>With regard to our other primary outcome measure, we found a significant interaction effect on the adolescents' MERLC subscale internal locus of control ($F [1, 24] = 9.16$; $p = 0.006$). Adolescents in the ERT group reported an improvement in their feeling of having control over their emotions, whereas the adolescents in the TAU alone group reported a decrease of internal locus of control. The secondary outcome</p>				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

						measures for the adolescents showed no significant effect between groups, measured by the YSR, internalizing and externalizing subscales (YSRintern $F [1, 23] = 0.32$; $p = 0.58$; YSRextern $F [1, 24] = 0.06$; $p = 0.82$).				
Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM et al. (2012). Emotion regulation training for adolescents with BPD traits: a randomized controlled trial. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> , 51 (12): 1314-23. The Netherlands	Level II	N=109	Adolescents aged 14-19 years (mean 15.98 years) with emotion regulation problems/BPD feature, minimum two BPD criteria fulfilled; 73% full BPD , 95% female	Emotion Regulation Training (ERT): addition group training, adaption of STEPPS for adolescents, DBT- and CBT-based; 17 weekly sessions plus two booster sessions 6 and 12 weeks after the weekly course	TAU: no restrictions (pharmacy, individual therapy, counseling, family therapy, inpatient or emergency care)	BPD severity Quality of life Emotional dysregulation Locus of control Depression	BPDSI-IV-ado Youth Quality of life-research version Life Problems Inventory, subscale emotional dysregulation Multidimensional Health Locus of Control Children's Depression Inventory	29 weeks	No sig. differences between groups on any measurement	Both groups improved equally on severity of BPD symptoms, general psychopathology, and quality of life

						ADHD, oppositional- defiant disorder symptoms	Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale			
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Level III

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
*Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., McGorry, P.D. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: Quasiexperimental comparison with treatment as usual. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43(5), 397-408.	Partial quasiexperimental design with historical cohort control Level III-1	N=110 TAU=32 CAT=41 GCC=37	CAT participants same as Chanen et al. 2008. Fulfilled two to nine DSM-IV criteria for borderline personality disorder. Age CAT=16.3yo GCC=16.6yo TAU=16.2yo Gender CAT 2.9% M GCC 67.6% FM TAU 71.9% FM	Cognitive Analytic Therapy (CAT)	GCC as in Chanen et al 2008 Historical TAU Summary: At 24 month follow up: (i) HYPE + CAT had lower standardized levels of improvement in, internalizing and externalizing psychopathology, compared with HTAU; and (ii) HYPE + GCC had lower standardized levels of internalizing psychopathology and a faster rate of improvement in global functioning than HTAU. HYPE + CAT yielded the greatest median improvement on the four continuous	Psychopathology (SCID-II borderline personality disorder dimensional score) Internalising and externalising psychopathology scores were derived from the Youth Self-Report (YSR) questionnaire or the Young Adult Self-Report (YASR) Parasuicida	24 months		TAU not randomised	

						<p>outcome measures over 24 months. No adverse effects were shown with any of the treatments.</p>	<p>l behaviour was assessed by semistructured interview Global functioning was assessed using the widely used Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS).</p>			
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

15.6.4 Evidenztabellen Fragestellung 6, 7 und 8

Search last updated: 27 August 2021

Includes meta-analyses with the following characteristics:

- involving three or more relevant level-I-studies (inclusion criteria: RCT, ≥70% participants with BPD, adults, reporting on at least one of the pre-defined outcomes, comparing active treatment to controls)
- analysing between-group differences (data not included if only one RCT arm of was analysed, e.g., pre-post outcomes of control arms of RCTs)

Level I

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Calati, Raffaella, und Philippe Courtet. „Is Psychotherapy Effective for Reducing Suicide Attempt and Non-Suicidal Self-Injury Rates? Meta-Analysis and Meta-Regression of Literature Data“. <i>Journal of Psychiatric Research</i> 79 (August 2016): 8–20. https://doi.org/10.1016/j.jpsychres.2016.08.002	Level I/meta-analysis of RCTs	N=32 included RCTs overall	self-harming and/or with suicidal behavior N=8 RCTs focusing on BPD or subthreshold (3 or more criteria) BPD	Psychotherapy or treatment with substantial psychotherapeutic component	TAU	Suicide attempts, non-suicidal self-injury rate	diverse	12 to 18 months	Sig. risk reduction of suicide attempts within BPD samples (p <.00001) and non-suicidal self-injury (p=0.002)	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
0.1016/j.jpsychires.2016.04.003										
Cristea, Ioana A., Claudio Gentili, Carmen D. Cotet, Daniela Palomba, Corrado Barbui, und Pim Cuijpers. „Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis“. <i>JAMA Psychiatry</i> 74, Nr. 4 (1. April 2017): 319–28. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287 .	Level I/meta-analysis of RCTs	N=33 RCTs, N=28 RCTs available for effect size calculation	N=2256 adult patients with BPD	Psychotherapy (any); categorized as stand-alone (experimental group received full course of BPD psychotherapy, control TAU or another therapy not specific for BPD) or add-on (both groups received TAU and experimental group an additional BPD therapy)	Control ; not eligible : alternate psychot herapy specifically developed for BPD	Borderline-relevant outcomes (including BPD symptoms, self-harm, parasuicidal behavior, suicide), composite of all borderline-relevant outcomes defined above, health service use, general psychopathology	diverse		Main effect at post-test for all designs: Hedges' g = 0.35; 95% CI 0.20-0.50 (27 trials); Stand-alone designs: sig. effects for all outcomes with hedges g ranging from 0.31 to 0.44; add-on treatments no sig. effects for self-harm/parasuicidal behavior and health service use, remaining effects ranging from Hedges g 0.35 to 0.40 Subgroup analyses:	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									DBT ($g=0.34$, 95% CI 0.15 to 0.53; 9 trials) and psychodynamic approaches (including MBT, TFP, Short Adlerian Therapy and Deconstructive Psychotherapy; $g=0.41$, 95% CI 0.12 to 0.69, 7 trials)	
Keefe, John R, Shelley F, McMain, Kevin S, McCarthy, Sigal, Zilcha-Mano, Ulrike Dinger, Zeynep Sahin, Kathryn Graham, und Jacques P Barber. „A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality	Level I/meta-analysis of RCTs in individuals with BPD or Cluster C personality disorders	N=16 RCTs, n=10 RCTs there of including persons with BPD	n=1207 BPD participants	Psychodynamic therapies (PDT)	control condition intended and expected to underperform against any uniquely therapeutic treatment	BPD symptoms, suicidality, axis-I symptomatology, interpersonal problems, psychosocial functioning, dropout, diagnostic remission	SCID-II-criteria counts, PD specific measures; SCL-90-R, BDI, BAI, IIP, GAF, SAS, treatment dropout, remission from PD per a structured interview	post treatment	PDT stat. sig. superior to control treatments regarding general psychiatric symptoms (Hedge's $g=-0.38$, 95% CI -0.68 to -0.08, $p=0.19$) psychosocial functioning (Hedge's $g=-0.66$, 95% CI -	Concrete studies and numbers of studies/participants included in corresponding analyses not specified

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
disorders.” <i>Personality disorders</i> 11, Nr. 3 (2020): 157–69. https://doi.org/10.1037/per0000382 .						ent (e.g., waitlist, non-bona fide supportive counseling, TAU)			1.01 to -0.32, $p=0.03$ no stat. sig. differences between PDT and control groups regarding core PD symptoms (Hedge’s $g=-0.25$, 95% CI -0.82 to 0.31, $p=.279$), suicidality (Hedge’s $g=-0.45$, 95% CI -1.31 to 0.40, $p=.217$), interpersonal problems (Hedge’s $g=-1.25$, 95% CI -3.22 to 0.71, $p=.111$)	
McLaughlin, Stephanie P. B., Sarah Barkowski, Gary M. Burlingame, Bernard Strauss, und Jenny	meta-analysis of RCTs	24 RCTs	BPD patients	Group therapies	TAU	BPD symptoms, suicidality/parasuicidality, general mental health, depression, anxiety,			Effect of group treatments on BPD symptoms: $g=0.72$, $p<.001$; suicidality/par	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Rosendahl. „Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials“. <i>Psychotherapy (Chicago, Ill.)</i> 56, Nr. 2 (Juni 2019): 260–73. https://doi.org/10.1037/pst0000211 . USA						emergency visits, hospitalizations			asuicidal-ity: $g=0.46$, $p<.001$; anxiety/depression $g=.46$, $p<.001$; general mental health: $g=0.28$, $p<.001$; no sig. differences re hospitalizations or emergency visits	
Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BF. The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost	meta-analysis of controlled trials (RCTs, quasi-experimental controls, or	15 studies comparing psych other. Interventions to TAU	individuals with BPD	psychotherapeutic intervention	TAU	direct costs, indirect costs, intervention costs, cost offset psychotherapy vs. TAU		12 weeks to 3 years	cost offset PT vs. TAU: additional weighted mean cost-savings of PT: \$1,551.37 USD per person per year (SD=\$6,574.17, range \$83	includes one study with historical controls (Berrino 2011 ³⁴⁵), several quasi-experimental trials (Pasieczny 2011 ³⁴⁶) and a pre-post

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
offset analysis of economic evaluations. PLoS One. 2017 Mar 1;12(3):e0171592. doi: 10.1371/journal.pone.0171592. PMID: 28249032; PMCID: PMC5332029.	historical controls)								to \$29,392 per year)	comparative study (Richter 2014 ³⁴⁷); several primary studies doubly considered in analyses (Bateman 2003 ³⁴⁸ =Bateman 1999 ¹²⁰ ; Linehan 1991 ¹⁴¹ =Herd 2000 ³⁴⁹ , Davidson 2010 ¹³² =Palmer 2006 ³⁵⁰)
Oud M, Arntz A, Hermens MLM, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with BPD: a systematic review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52(10), 949-61	Level I	N=RC Ts	Samples of adult people with BPD (minimum 66% of overall sample)	DBT, MBT, TFP, ST	Specialized BPD psychotherapies, control groups (e.g., TAU, waiting list, attention	BPD severity Single BPD symptoms Dropout		Minimum 16 weeks	Specialized psychotherapies vs. TAU: <u>BPD severity:</u> total $k=4$; $n=151$; SMD -0.75 (-1.30, -0.19); DBT-PTSD SMD-0.85 (-1.57, -0.13); SFT-Group: SMD -1.66 (-2.54, -0.78)	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
					control, CTBE)				<p><u>self-injury:</u> total k=7,n=314, SMD =-0.33, 95% CI -0.57, -0.09; DBT k=5, SMD=-0.40 (-0.66,-0.13); MBT-PH RR=0.44 (0.24, 0.81);</p> <p>Specialized psychotherapies vs. CTBE: <u>BPD severity</u> total k=2, SMD=-0.47, 95% CI -0.78, -0.16; TFP SMD=-0.55 (-0.95, -0.16), <u>drop-out</u> total RR = 0.62, 95% CI 0.39, 0.99</p> <p>Specialized psychotherapies vs. protocolized psychological treatment</p>	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									(MBT vs. standardized CM, DBT vs. CCT, DBT vs. GPM, DBT vs. TFP vs. SFT) <u>Self-injury</u> DBT vs. CCT SMD=-1.28 (-2.17, -0.38); MBT-PH vs. SCM RR=0.56 (0.34, 0.92) DBT vs. TFP <u>Dropout</u> RR=2.07 (1.04, 4.10), fav. DBT SFT vs. TFP <u>BPD severity</u> SMD=-0.45 (-0.87, -0.02), <u>dropout</u> RR=0.52 (0.30, 0.92) No evidence of sig. effects for comparisons	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									SFT vs. SFT+therapist telephone availability;; DBT vs. DBT+DBT prolonged-exposure, DBT vs. DBT-skills training+case management, DBT vs. DBT individual therapy+activities group, DBT skills training+case management vs. DBT individual therapy+activities group	
Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Vollm B.A., Kongerslev M.T., Mattivi J.T., Jorgensen M.S., Faltinsen E., u. a. „Psychological Therapies for	Level I	N=75 RCTs	Adolescent and adult people with BPD	Psychotherapies	Control or active	BPD severity, self-harm, suicidality, functioning, BPD symptoms, depression, attrition, adverse events	diverse	Post-treatment and follow-up	Psychotherapy (any) vs. TAU BPD SEVERITY: SMD -0.52, 95% CI -0.70 to -0.33, 22 trials, 1244 participants, moderate-	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
People with Borderline Personality Disorder". <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2020, Nr. 5 (2020): CD012955. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2 .									<p>quality evidence</p> <p>SELF-HARM: SMD -0.32, 95% CI -0.49 to -0.14, 13 trials, 616 participants</p> <p>SUICIDE-RELATED SMD -0.34, 95% CI -0.57 to -0.11, 13 trials, 666 participants</p> <p>PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING SMD -0.45, 95% CI -0.68 to -0.22, 22 trials, 1314 participants</p> <p>DBT vs. TAU BPD SEVERITY SMD -0.60, 95% CI-1.05 to</p>	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									-0.14, 3 trials, 149 participants PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING SMD -0.36, 95% CI -0.69 to -0.03, 6 trials, 225 participants MBT vs. TAU SELF-HARM RR 0.62, 95% CI 0.49 to 0.80, 3 trials, 252 participants SUICIDALITY RR 0.10, 95% CI 0.04 to 0.30, 3 trials, 218 participants	
Zahediabghari, Soheil, Philippe Boursiquot, und	Level I/Meta-analysis	N= 10 RCTs, n=	adults, gender, diagnosis either BPD	BPD-specifically-designed psychotherapy	non-specific psychot	psychosocial functioning	GAF IIP SAS	post-treatment	stat. higher psychosocial sig.	primary studies identified

Full reference Country	Links of Evidence	Study Design/ Level of Evidence	N (n) participants	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Paul „Impact of Psychotherapy on Psychosocial Functioning in Borderline Personality Disorder Patients.“ <i>International journal of environmental research and public health</i> 17, Nr. 12 (2020). https://doi.org/10.3390/ijerph17124610 .		of level-II studies	880 participants				therapies (TAU, clinical management, standard treatment, community treatment by experts)		(8 weeks to 18 months)	functioning in participants who had received BPD-specific psychotherapies as compared to control groups (Hedges $g = -0.41$, 95% CI 0.09 to 0.73)	from reference list of Cristea 2017 ¹¹⁰

Level II

Studies meeting the following inclusion criteria:

- identified in update searches (January 2011 – August 2021; for Level I studies previously identified and included into the NHMRC guidelines s. Tabelle 10 and evidence tables in NHMRC guidelines⁵⁹)
- RCT
- ≥70% participants with BPD
- reporting on at least one of the pre-defined guideline outcomes
- comparing active treatment to controls
- analysing between-group differences (within-group comparisons are not included)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Amianto et al. 2011 ¹⁵⁵ Italy	Level II/RCT	N=35 (n=33)	Adults with BPD and heavy use of mental health services throughout the prior year. 20-50 years of age. Mean age: 39.5 years. 49% female. 100% with BPD	Supervised team management (STM) + sequential brief Adlerian psychodynamic psychotherapy (SB-APP)	STM only	Primary: Self-harm; Suicide-related outcomes; psychosocial functioning.	Number of self-harm incidents reported CGI-BPD, (Clinical Global Impression – Modified), Global Assessment of Functioning	12 months	“SB-APP treatment seemed more effective than STM on four CGI-M items at T6 and T12 (Table 3): disturbed relationships (p < .040), impulsivity (p < .025), self-damaging behaviors (p < .019), and chronic feelings of	“Independent of treatment group, patients were found to overall improve in terms of general symptoms and clinical severity (SCL-90-R; CGI; CGI-M 9 items), global functioning (GAF), and

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									emptiness ($p < .009$)." (Amianto et al. 2011, p. 7)	control of anger expression (STAXI) at T6 and T12." (Amianto et al. 2011, p. 7 Risk of affiliation bias (developer of experimental treatment is first author)
Andreoli et al. 2016 ¹⁵⁶ Switzerland	Level II/RCT	N=170 (n=151)	Consecutive patients admitted to the psychiatric crisis unit after suicide attempt , mean age: 31.9 years. 84.1% female. 10.6% substance abuse, 4.1% alcohol dependence, 21.8% alcohol abuse. 100% BPD, 100% comorbid major depressive disorder	abandonment psychotherapy (AP-P), or abandonment psychotherapy delivered by nurses (AP-N),	intensive community treatment-as-usual	Primary: Suicide-related outcomes, psychosocial functioning Secondary: adverse effects	Number of suicidal ideations	3 months	"Those patients assigned to AP had lower numbers on repeat suicide attempt, but the between-group differences did not reach significance. [...] participants who received either form of AP had fewer episodes of	No difference was observed for this short-term intervention being delivered by nurses or psychotherapists. Findings may be compromised by concurrent antidepressive medication that was part of of the

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									suicidal relapse (AP-P vs. TAU: Pearson $\chi^2 = 8.09$, $df = 1$, $p = .004$; AP-N vs. TAU: Pearson $\chi^2 = 9.33$, $df = 1$, $p = .002$). [...] they all also had increased survival to suicidal crisis relapse compared to patients assigned to TAU (AP-P vs. TAU log-rank test: Mantel $\chi^2 = 7.63$, $df = 1$, $p = .006$; AP-N vs. TAU log-rank test: Mantel $\chi^2 = 9.87$, $df = 1$, $p = .002$). Participants who received	treatment regimen (exact medication not specified). High risk of attention bias (substantially more attention paid to active groups than control group).

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										psychotherapy also showed [...] a greater improvement in terms of suicidal ideation compared to patients receiving TAU (AP-P: separate variances t test = 2.84, $df = 37.7$, $p = .007$; AP-N: separate variances t test = 3.44, $df = 33.3$, $p = .002$). No differences were found on suicidality measures when we compared AP-P and AP-N." (Andreoli et al. 2016, p. 281)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										<p>“The analyses of variance for repeated measures disclosed a marked positive effect of time on global functioning and symptom severity in all treatment cells as well as a significant positive time/treatment effect on the variability of GAS scores (AP-P vs. TAU: $F[1, 98] = 6.09, p = .015$; AP-N vs. TAU: $F[1, 98] = 6.65, p = .011$), CGI scores (AP-P vs. TAU: $F[1,$</p>

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									98] = 9.63, $p = .003$; AP-N vs. TAU: $F[1, 98] = 10.24, p = .002$, [...] (Andreoli et al., p. 282)	
Antonsen et al., 2017 ²³⁵ Norway	Level II / RCT	N=117 (n=52 with BPD)	women and men with BPD (85% women), mean age 29.0 years (SD 6.7)	Long-term combination program (18 weeks) day-hospital treatment (combination of psychodynamic and cognitive-behavioural group therapies; CP) followed by outpatient combined group (weekly) and individual psychotherapy (weekly); OIP)	Outpatient individual therapy (therapists in private practice; treatment according to their preferred method and practice)	primary outcomes: Psychosocial functioning Quality of life Self-harm, suicidal thoughts, suicide attempts	GAF 10-point Likert scale SIPP-118 Self-report/rerecord	Average duration: combined: 28 months, maximum 4 years Average duration outpatient: 24 months	stat. sig. interaction group x time > 36 months for GAF (LMM estimate - 0.31, 95% CI - 0.60,-0.05) no statistical sig. difference between treatment groups in quality of life ($p=.14$) “GLMM analyses did not reveal any significant differences in longitudinal outcome	“...patients in the CP continued to improve in psychosocial function during the threeto six-year period, while patients in the OIP showed a decline in psychosocial functioning over this same period [...] Both treatment conditions had a

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										<p>between treatment conditions regarding the proportion of patients who had been self-harming ($p = .56$), made suicidal attempts ($p = .14$), or experienced suicidal thoughts ($p = .43$). There were no significant differences between treatment conditions in the proportion of patients who had experienced suicidal thoughts during the last seven days ($p = .98$).</p> <p>BPD diagnostic remission rate of over 90% at the six-year follow-up.” (Antonsen et al. 2017, p. 56)</p> <p>Treatment adherence:DH P: “However, there was no formal training for the therapists, nor did the guidelines serve as a standard for treatment adherence.” (p.72). OIP: “The researchers gave no instructions to the OIP therapists regarding the duration and</p>

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									(Antonsen et al. 2017, p. 56-57)	<p>intensity of psychotherapy, nor did they interfere with any treatment decisions in the OIP conditions.” (p.72)</p> <p>Allegiance bias:Low risk of bias</p> <p>Attention bias: Similar total length. Frequency of therapy from once a month to three times a week in OIP. Frequency of therapy in groups were different. (Not reported in Arnevik, 2009³⁵¹).</p> <p>There was an obvious difference in the amount of</p>

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										therapy received. CP patients received 18 weeks' intensive day hospital treatment followed by conjoint treatment, while in OIP, most patients attended therapy once a week. The mean number of received therapy sessions at 18 months in OIP was 40. (Arnevik, 2010, p. 199)
Bianchini et al. 2019 ¹⁵⁸ Italy	Level II/RCT	N=21 (n=21)	men with BPD and a history of violence who were patients in three high intensity therapeutic facilities,	DBT (once-weekly individual therapy (60 minutes), once-weekly group sessions (120 minutes)) +TAU	Treatment as usual (pharmacotherapy, social skills,	secondary: impulsivity emotion regulation	BIS DERS	12 months	"There was a tendency for all scale scores to be slightly lower at the end of the study	small sample size; between-group effects not reported

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
			mean age 41.79 years (SD 8.14), 100% BPD							period than at the beginning, but there was a significant reduction in total impulsivity scores in the DBT-treated group alone [BIS-11 total score $p=0.05$] [...] there was an overall reduction in difficulties with emotional regulation in the DBT-treated group, [DERS total $p=0.04$]” (Bianchini et al., 2019, p. 6)
Bohus et al. 2013 ¹⁵⁹ Germany		N=74 (n=74), N=33 there of with	female participants with a diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD) and at least 4 criteria of	inpatient DBT for patients with PTSD after childhood sexual abuse (DBT-PTSD); including: modified DBT skills training group (1	Waiting list: continuation of already ongoing	secondary: BPD severity psychosocial functioning dissociation adverse events in terms of	BSL GAF DES	3 months	Hedges' g between groups: BSL 0.52, GAF 1.02, DES 0.50; time x group	large between-group effects regarding reduction of PTSD; BPD severity at

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
		full BPD (≥5 DSM criteria)	DSM-IV-BPD after childhood sexual abuse mean age 32.9 years	session of 90 minutes duration per week, modules: mindfulness, interpersonal skills, emotion regulation, stress tolerance; but less attention on interpersonal and detention skills as in standard DBT skills group); individual cognitive trauma therapy, exposure and discrimination training (2 sessions of 45 minutes duration per week); psychoeducation group concerning PTSD aetiology and treatment; additional group training in mindfulness- and acceptance-based techniques (three sessions of 20 minutes duration per week); participation in	treatments for 6 months , inpatient DBT-PTSD treatment afterwards; points of measurement: baseline, 3 months , 4.5 months and 6 months after study inclusion	worsening, suicide attempts, NSSI behaviours			interaction stat. sig. for GAF (0.503, p<.001) but not BSL or DES; no worsening of PTSD symptoms observed in any group,	intake was not related to treatment outcome

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
				music, arts and exercise therapy DBT skills training (DBT-ST), including DBT original skills for interpersonal effectiveness, emotional regulation, mindfulness and distress tolerance; 13 psychotherapy sessions of 120 min each, conducted by 2 therapists (a male and a female) for each group, in groups of 9-11 participants						
Borschmann 2013 ¹⁶⁰ United Kingdom	Level II/RCT	N=88 (n=73)	adult patients under ongoing care of community mental health team, 100% BPD, 80.7% female gender, mean age 35.8 years	Joint crisis plans plus TAU (joint elaboration of a list of topics to be considered for inclusion in the individuals crisis plan, care coordinators and significant others involved)	TAU	primary outcomes: Social functioning quality of life self-harm	WSAS EQ-5D unpublished questionnaire	6 months	"no significant difference in the proportion reporting self-harm between the JCP + TAU and TAU arms (OR = 1.9, 95% CI 0.53–6.5, P= 0.33)."	proportion of participants reporting self-harm fell in both groups, no sig. differences on any outcome, including health and social care costs. (Borschmann

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										et al. 2013, p. 360) “no significant differences between the groups on any of the secondary outcomes [WSAS, EQ-5D]” (Borschmann et al. 2013, p. 361)
Bozzatello et al. 2020 ¹⁶¹ Italy	RCT/Level II	N=43 (n=36)	adult outpatients with BPD (100%), 66.7% female gender, mean age 35.4 years	Interpersonal Psychotherapy adapted for BPD (IPT-BPD), including an intervention for patients’ family members in order to help them to understand and deal with the disorder of their relative	Waiting List+clinical management	primary BPD symptoms psychosocial functioning impulsivity aggression self-harm	BPDSI-IV SOFAS BIS MOAS DSHI	10 months	“A significant effect between subjects (treatment modality) was found for CGI-S (P = 0.009); for SOFAS (P = 0.02); for BIS-11 total score (P = 0.031) and subscale “non-planning impulsivity”	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									(P = 0.042); for BPDSI total score (P = 0.01) and items "interpersonal relationships" (P = 0.001), "impulsivity" (P = 0.03), "identity" (P = 0.014)." (Bozzatello et al. 2020, p. 11)	
Davidson et al. 2014 ¹⁶² United Kingdom	Level II/RCT	N=20 (n=15)	patients admitted to the medical receiving ward after an episode of self-harm, 85% BPD, gender n.s., mean age n.s.	Manual-assisted cognitive therapy (MACT) + TAU, 6 weekly sessions	TAU	primary: suicidal ideation acts of deliberate self-harm	BSS Acts DSH	3 months	stat. sig. lower suicidal ideation in MACT group (BSS: $t=-3.64$, $p=0.004$), no stat. sig. difference between groups regarding number of non-suicidal	sample poorly described (gender, age)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									self-harm episodes	
Feigenbaum et al. 2012 ¹⁶³ United Kingdom	Level II/RCT	N=42 (n=41)	Cluster B PD patients from secondary and tertiary care services, 73% females, 93% BPD, mean age 35.1 years	Standard DBT as delivered by staff of the UK NHS service	TAU	primary functioning self-harm/ suicide attempts aggression anger dissociation	CORE-OM SASII OAS STAXI DES	12 months	stat. sig. between-group differences favouring DBT regarding self-harm (F=8.4, p=0.001), anger (STAXI F=7.5, p=.001) no stat. sig. differences between groups regarding functioning (CORE-OM F=2.8, p=0.71), aggression (OAS F<1.0, p n.s.), dissociation (DES F<1.0, p n.s.)	slightly greater decrease also of PTSD symptom severity in DBT group; feasibility study indicating that DBT is feasible in routine care,
Gleeson et al. 2012 ¹⁶⁴ Australia	Level II/RCT	N=16	People aged 15 to 25 years meeting 4 or more BPD criteria (75% full	SFET (description s. comparison treatment) + HYPE: rigorous personality	SFET: Routine treatment at	Depression Overall burden Neg. symptoms Suicidality	MADRS BPRS SANS AIAQ	16 weeks	Descriptive data reported only due to small sample	Very small study with high dropouts (7 out of 16

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
			BPD) with 1 week or more of psychotic symptoms and less than 6 months of previous antipsychotic medication; mean age 18.4 years, 81.2% females	pathology diagnosis, individual cognitive analytic therapy (CAT), development of a collaborative model of the individual's difficulties; 16 weekly sessions of individual therapy	the Early Psychosis prevention and intervention centre, possibly including youth assessment, acute home treatment, outpatient case management, medical follow-up, family work, inpatient	Aggression Substance use functioning	OAS-M ASSIST AUDIT SOFAS		size; HYPE+SEFT: fewer positive psychotic and negative symptoms, less anhedonia, less depression, better functioning, less irritable, more likely to be adherent, higher levels of alcohol misuse	participants involved)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
						treatment, assertive outreach, psychosocial recovery programme				
Gratz et al. 2014 ¹⁶⁵ USA	Level II/RCT	N=61 (n=61)	female outpatients with subthreshold or full BPD and repeated self-harm, 89% full BPD, mean age 33.2 years	Emotion Regulation Group Therapy (ERGT; ACT- and DBT-based) + ongoing outpatient therapy	waiting list + ongoing outpatient therapy	primary deliberate self-harm BPD pathology BPD severity interpersonal problems psychosocial functioning quality of life emotion regulation	SHI, DSHI Zan-BPD BEST IIP-BPD SDS QOLIDERS	6 months	“The results revealed significant effects (accompanied by medium to large effect sizes) of ERGT on DSH and other self-destructive behaviors, emotion dysregulation (overall and across the dimensions of emotional non-	investigates the effects of an adjunct group program delivered in addition to ongoing individual therapy or case management

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									acceptance, difficulties engaging in goal-directed behaviors when distressed, and lack of access to effective regulation strategies), BPD symptoms on the ZAN-BPD, depression and stress symptoms on the DASS, and quality of life." (Gratz et al. 2015, p. 2105)	
Haeyen et al. 2014 ¹⁶⁶ , BPD subsample data taken from Storebø et al. 2020 ¹¹³	Level II/RCT	N=76 people with any Cluster	participants were recruited from a waiting list of patients targeted for PD treatment in a specialized outpatient	art therapy (aimed at improving mindfulness, self-validation, emotion regulation skills, interpersonal	waiting list	primary: psychosocial functioning interpersonal problems	OQ45-functioning OQ45-interpersonal	10 weeks	stat. sig. better functioning (SMD -1.34, 95% CI -2.21, -0.47) and	risk of affiliation bias (treatment developed by primary author) and attention bias

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
The Netherlands		B/C PD, n= 26 there of (34%) with full BPD; data on subsample with full BPD available from Storebø et al. 2020 ¹¹³	treatment unit for personality disorders	functioning and insight, and comprehension [...]The utilized art assignments consisted of individual, dual, and group components. Each session started with some minutes for tuning in and explaining the experiential assignment and the goals for the session. The sessions ended with discussion and reflection with the therapist together with the whole group, based on the art process and art product. This art therapy protocol made use of theoretical elements of dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996),					interpersonal problems (SMD -1.11, 95% CI -1.96, -0.27) in active group (subsample data for participants with full BPD, quoted from Storebø et al. 2020 ¹¹³)	(substantially more attention spent to active group)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
				schema-focused therapy (SFT) (Young, 1994; Young et al., 2003), gestalt art therapy (Rhyne, 1970, 1973a, 1973b), creative problem solving (Osborn, 2011), and the expressive therapies continuum (Hinz, 2009; Schweizer et al., 2009).“ (Haeyen et al. 2017, p. 316)						
Harned et al. 2014 ¹⁶⁷ USA	Level II/RCT	N=26	Women with BPD + PTSD, mean age 32.6 years	Standard DBT with DBT-PE protocol (+ Prolonged Exposure according to Foa et al., 2007)	One year of standard DBT 0.6 and 0.7(weekly individual therapy , weekly group skills training)	PTSD severity Self-injury Dissociation Trauma-related guilt inventory Shame General psychopathology Depression anxiety	PSS-I SASII DES Trauma-related guilt inventory Experience of Shame Scale ESS SCL-90-R-GSI HRSD HRSA	12 months	Hedges' g at post-treatment (between groups) for ITT sample (no p values reported): trauma-related guilt 1.0, suicide attempts 0.7, depression 0.5, shame 0.4, anxiety 0.3,	Large pre-post effects (g>1; ITT samples) in both conditions for PTSD severity, shame, depression, global psychopathology

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									dissociation 0.3, PTSD 0.0, non-suicidal self-injury acts 0.0 Large pre-post effects in both groups for PTSD (DBT+DBT PE (ITT) $g=1.8$; DBT (ITT) $g=1.3$) and non-suicidal self-injury in both groups (DBT+DBT PE (ITT) $g=1.0$, DBT (ITT) $g=0.8$) PTSD remission: DBT+DBT PE 80%, DBT 40%	
Jahangard et al. 2012 ¹⁶⁸ Iran	Level II/RCT	N=30	Inpatients with BPD and depressive disorder; 53% females, mean age 24.2	Emotional intelligence training, 12 sessions over 4 weeks	Any other care as received on ward (including	Depression Emotional intelligence	Ham-D Emotional Quotient inventory (EQ-I)	4 weeks	Sig. time x group interactions for emotional intelligence (F=10.12, p<.05) and depression	control group poorly described, very short observation period, all participants received SSRIs

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
					pharmacological treatment)				(F=20.21, p<.001)	concomitantly and benzodeziapines in case of sleep problems
Jochems et al. 2015 ¹⁶⁹ BPD subsample data taken from Storebø et al. 2020 ¹¹³ The Netherlands	Level II/RCT	N=294 of overall sample (including psychiatric or psychotic disorders) n=38 with diagnosis of BPD	outpatients of assertive community mental health care, mean age overall sample 45.0 years, 60.9 % male gender (overall sample)	Motivation feedback (monthly assessments of level and type of the patient's treatment motivation) assessed and provided to clinicians + TAU	TAU	primary: psychosocial functioning	HoNOS	12 months	SMD -0.42 (95% CI-4.23, 3.39) (BPD subsample data taken from Storebø et al. 2020 ¹¹³)	comparatively old and male sample
Jørgensen et al. 2013 ³⁵² Denmark	Level II/RCT	N=111 (n=58)	adult outpatients (100% BPD), 95.5% female,	intensive MBT: twice weekly combined	less intensive (biwee	primary: psychosocial functioning	SAS-SR, GAF	24 months	"Pre-post effect sizes (Cohen_s d)	high risk of attention bias (substantially less attention

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments	
			mean age 29.1 years	individual group MBT	and kly) supportive group therapy	interpersonal problems				were calculated based on those patients who started treatment. In both groups, a large or very large (0.5–2.1) and in most cases highly significant (all Ps < 0.01, in the MBT group most Ps < 0.00005) effect sizes on all measures of outcome were found“ [...] For self-report measures of depression,	spent to control group), high attrition rate (45% of ITT group)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										anxiety, social functioning, interpersonal function and general level of functioning, we found no statistically significant differences between the two groups (all Fs < 2.9, all Ps > 0.13) [...] Only therapist-rated global level of functioning showed statistically significant differences between the two

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									groups. Compared with patients in supportive group treatment, changes on both GAF-S and GAF-F were significantly higher in the MBT group (GAF-F: F = 8.0, P = 0.005; GAF-S: F = 12.7, P = 0.0004).“ (Jorgensen et al. 2013, p. 313)	
Kamalabadi et al. 2012 ¹⁷¹ Iran	Level II/RCT	N=30 couples	Males 18-50 years with their partners, at least one partner with BPD	14 weekly sessions of couple DBT	WL	primary BPD severity individual BPD symptoms psychosocial functioning	BPDSI-IV GHQ	14 weeks (post)	stat. sig. between-group differences at post-treatment (Cohen's d 0.76 to 0.91) reported for BPDSI-IV total	study methods poorly described, high risk of bias

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									and individual BPD symptoms (except dissociation) and psychosocial functioning (Cohen's d 0.39, $p=0.001$)	
Kramer et al. 2016 ¹⁷² Switzerland	Level II/RCT	N=41 (n=31)	adult outpatients with BPD (100%), mean age 34,4 years, 87.8% female gender	DBT-informed skills training (20 sessions) + TAU	TAU	primary: psychosocial functioning interpersonal problems	OQ-45	20 weeks	"significant omnibus effect favouring overall symptom reduction for SKILLS ($F(3, 34) = 2.92$; $p = 0.04$), compared with TAU", also psychosocial functioning ($F(3,34) = 12.13$; $p<.01$) and interpersonal problems ($F(3,34) = 7.09$, $p<.01$;	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									(Kramer et al. 2016, p. 195)	
Kredlow et al. 2017 ¹⁷³ USA	Level II/RCT	Study 1: N=27 participants Study 2: N=55 participants	Study 1: People aged 18 years or older, with PTSD and BPD, plus any severe mental illness (MDD (67%), bipolar disorder (33%)), Mean age 45.7 years, 96% females Study 2: People aged 18 years or older with PTSD and BPD + severe mental illness (MDD (27%), bipolar disorder (47%), schizoaffective disorder (26%)), mean age 40.4 years, 78% females	Study 1: CBT (12 to 16 sessions including psychoeducation about PTSD, breathing retraining for anxiety, safety planning, cognitive restructuring; N=15) Study 2: CBT (description s. study 1; N=29)	Study 1: TAU (continued community mental health service care; N=12) Study 2: Brief intervention (3 first sessions of CBT intervention, including psychoeducation, breathing retraini	Both studies: PTSD severity PTSD knowledge Posttraumatic Cognitions Depression Anxiety Study 1 only: General burden Physical and mental health Study 2 only: Rates of severe PTSD Schizophrenia severity Quality of life General functioning	CAPS PTSD knowledge test PTCI BDI BAI BPRS CAPS 65 or over PANSS QOLI GAF	Post-treatment	Study 1: no sig. time x group interactions for any primary or secondary outcome Study 2: no sig. time x group effects	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments	
Laurensen et al. 2018 ¹⁷⁴ The Netherlands	Level II/RCT	N=95 (n=95)	adults with BPD (100%),	day hospital mentalization-based treatment (MBT-DH; highly structured day hospitalization program with a maximum duration of 18 months, covering 5 days/ week, approximately 6 h/day; daily group psychotherapy, weekly individual psychotherapy, individual crisis planning, art therapy twice a week, mentalizing cognitive group therapy, and writing	ng for anxiety, safety planning)	primary: BPD severity and individual symptoms Quality of life	specialist TAU (manualised; offered by a well-established treatment service; extensive psychiatric examination, offering emotional and practical support and structu	BPDSI-IV, PAI-BOR EQ-5D	18 monhs	no stat. sig. differences between groups on any primary or secondary outcome (BPDSI-IV: MD 3.43, 95% CI - 3.72 to 10.57;	robust, manualized control condition; large. reductions of BPD severity within both groups (MBT-DH: $d = 1.33$, S-TAU: $d=1.28$; stat. significance not specified)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
				therapy; medication needed)	as	Patients were subsequently referred to evidence-based treatments that have no explicit focus on fostering mentalizing				
Leichsenring et al. 2016 ¹⁷⁵ Germany	RCT/Level II	N=122 (n=)	adult inpatients with Cluster B PD (83% BPD), 69% female gender, mean age 28.6 years	Psychoanalytic-Interactional Therapy (PIT): therapist in responsive mode (another feeling person in a dyadic interaction, selective self-	Waiting list (WL) or second active treatment: nonmanualize	primary BPD severity/symptoms interpersonal problems	BPI IIP	mean 2.5-3.5 months (post assessments done at discharge from ward)	"PIT (n = 44) was significantly superior to the [WL] controls (n = 46) in all outcome measures (BPI	risk of selective reporting (IIP scores not reported for comparison controls vs. PIT)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
				disclosure/use of countertransference to make the patient's interpersonal world more transparent),	dynamic therapy by experts in personality disorders (E-PDT); usual specialised treatment at the specialised clinic				– Total Score: [Cohen's d=0.61] p = 0.0043..." (Leichsenring et al. 2016, p. 78)	
Leppänen et al. 2016 ¹⁷⁶ Finland	RCT/Level II	N=71 (n=51)	adult outpatients (>20 years of age) with severe BPD (severe symptoms of BPD. Severe symptoms included parasuicidal behaviour (such as cutting, other	manualized SFT- and DBT-informed treatment called "Community treatment by experts"; 40 weekly individual therapy plus 40 weekly psychoeducational group; community	TAU (usual treatment received in the community)	primary: BPD symptoms quality of life	BPDSI-IV HRQoL	12 months	mean BPDSI-IV score was lower in the CTBE group, but not stat. sig. so (t(49)=-1.24, p=0.220) total quality of life was stat.	substantially higher attrition rate in control group (experimental treatment: 16%, TAU: 32.0%),

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
			forms of self-harm, impulsive overdosing of medicines), attempted suicide, considerable emotional instability affecting social and professional life, and previous unsuccessful treatments (one or more), where the patient withdrew from treatment or was still suffering from severe symptoms despite treatment), 86.0% female gender, mean age 32.2 years	therapists had been educated one year on BPD, SFT, DBT and attachment therapy					sig. lower in CTBE than TAU group ($t(49)=2.10$, $p=.041$) stat. sig. within-group decreases of several BPD symptoms (both groups: BPDSI-IV total, interpersonal problems, identity disturbance, emptiness, anger; CTBE only: impulsivity, parasuicidalit y/suicidality, paranoid ideation/disso ciation)	completer analyses only
Majdara et al. (2019) ¹⁷⁷ Iran	RCT/Level II	N=30 (n=26)	60% female gender, mean age 27.3 years	Dynamic Deconstructive Psychotherapy	supportive treatment (medication manag	primary: BPD symptoms	BEST	12 months	stat. sig. less BPD severity in DDP group ($F(2,28)=13.55$, $p=.001$)	participants had to have a higher education degree to be eligible for study

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
						ement plus intermittent brief supportive psychotherapy sessions				participation (IQ not specified)
McMain et al. 2017 ¹⁷⁸ USA	Level II/RCT	N=84 (n=76)	adult outpatients with BPD and active self-harm, 78.6% female gender, mean age 29.7 years	DBT skills training	Waiting list	primary: BPD severity self-harm suicidal behaviour impulsivity psychosocial functioning	BSL DSHI DSHI BIS-11 SAS-SR	20 weeks	stat. sig. lower BPD severity in DBT group ($p<.01$), difficulties in emotion regulation ($p<.001$), and better psychosocial functioning ($p<.02$)	at 3 months follow up: greater reductions in DBT than WL participants on suicidal and NSSI behaviours between baseline and 32 weeks ($P < 0.0001$). DBT participants showed greater improvement than controls on measures of anger, distress

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										tolerance and emotion regulation at 32 weeks
McMurrin et al. 2016 UK BPD subsample data cited from Storebø et al. 2020 ¹¹³	RCT/Level II	N=306 (full sample), n=183 (BPD subsample)	adult individuals with PDs, 75.2% female gender (full sample), mean age (full sample) 38.6 years	Psychoeducation and Problem Solving + TAU	TAU	primary: psychosocial functioning	SFQ	72 weeks	psychosocial functioning at 72 weeks: no stat. sig. difference between groups, better scores in TAU group (SMD 0.22 [-0.14, 0.58])	authors conclude: PEPS therapy is not an effective treatment for improving social functioning of adults with personality disorder living in the community
Mehlum et al. 2014 ¹⁷⁹ NORWAY	Level II/RCT	N=77	adolescents (12-18 years) with recent and repetitive self-harm and at least 2 criteria of DSM-IV BPD (plus the self-destructive criterion), or, alternatively, at least 1 criterion of DSM-IV BPD plus at least	Dialectical Behaviour Therapy adapted for adolescents (DBT-A)	enhanced usual care	self-harm episodes suicidal ideation depression hopelessness BPD symptoms	self-report SIQ-JR SMFQ MADRS BHS BSL	19 weeks	between-group difference in self-harm frequency was statistically significant (Δ slope=-0.92, 95% CI -1.69 to -0.15, $p=0.21$), also suicidal ideation (Δ slope=-0.62	full diagnosis of BPD and high baseline depression predict higher depression at trial completion; DBT-A predictive of lower depression at completion of the trial ³⁴⁴

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
			2 subthreshold-level criteria, 87% female sex, 21% full BPD						per week, $p=.010$)	
Mohamadizadeh et al. 2017 ¹⁸⁰ Iran	RCT/Level III	N=36 (n=36)	adult inpatient women with BPD, mean age not specified	DBT-informed group (12 sessions) SFT-informed group (12 sessions)	no treatment	primary: suicide ideation	SSI	16 weeks	No between-group effects reported for individual active treatments against control. SSI scores post-treatment: DBT: mean=15.25, SD=1.65; SFT: mean=14.33, SD=1.55; control group: mean= 31.0, SD=0.96	effect size calculation on basis of reported data result in extraordinary large effect sizes, s. Storebø et al. 2020 ¹¹³ : DBT-control SMD - 11.27, SFT-control SMD - 16.67
Morton et al. 2012 ¹⁸¹ Australia	RCT/Level II	N=41 (n=24)	adult outpatients with four or more BPD criteria (87.8% full BPD), 92.7% female gender, mean age 34.8 years	ACT+TAU	TAU	BPD severity affective instability	BEST DERS	13 weeks	"The BEST Composite interaction between treatment condition and time was significant	risk of bias due to non-blinding of outcome assessors

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									<p>[estimate=9.71, SE=4.21, t(32.5)=2.30, p=.028, 95% CI: 1.13, 18.28, d=.81], with a significant and large improve</p> <p>[estimate=ment in the ACT+TAU mean 11.52, SE=2.75, 30.8)= t(4.18, p=.000, 95% CI: -17.14, -5.90, d=.99] and</p> <p>[estimate=no significant change in the TAU mean 1.80, SE=3.19, t(57, p=.575, 95% CI: -8.28, -4.67, d=.15]” (Morton et al., 2012, p. 537)</p>	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										<p>“The DERS total score condition interaction with timewas significant [estimate=23.94, SE=8.48, t(33.0)=2.82,p=.008, 95% CI: 6.69, 41.20, d=.98] with significant improvement and moderate effect size for the ACT+TAU=-31.8)=condition [estimate19.17, SE= 5.68, t(3.38,p=.002, 95% CI: -30.74, -7.60, d=.78] and no significant change for the TAU condition [estimate =4.77, SE=6.30,t(34.</p>

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									1)=-.76, p=.454, 95% CI: -8.03, 17.57, d=.19].” (Morton et al. 2012, p. 539)	
Philips et al. 2018 ²⁸⁴ Sweden	RCT/Level II	N=46 (n=24)	adult outpatients with BPD (100%) and substance dependence (45.7% alcohol, 39.1% opioids, 21.7% sedatives/hypnotics/anti-anxiety), currently undergoing substance dependence treatment, 80.4% female gender, mean age 36.7 years	MBT	TAU	primary: BPD symptoms self-harm suicide attempts interpersonal problems secondary: adverse effects	BPDSI-IV DSHI IIP	18 months	stat. sig. time effects on BPDSI-IV total and interpersonal problems; “no significant differences between the groups on any outcome variable.” (Philips et al. 2018, p. 1) 0 suicide attempts in MBT group, 4 (committed by 3 participants) in control group	“majority of the therapists did not show sufficient MBT adherence and quality” (Philips et al., p. 1)
Priebe et al. 2012 ¹⁸³	RCT/Level II	N=80 (n=74)	adult outpatients with a PD (98.8% with full BPD	DBT	TAU	primary self-harm	days with self-harm	12 months	“Patients allocated to	Pragmatic RCT including an

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
United Kingdom			according to Storebø et al. 2012 ¹¹³)			BPD symptoms quality of life secondary costs of care	Zan-BPD MANS		DBT showed a greater reduction of days with self-harm over time. There was a statistically significant interaction between treatment condition and time (incidence rate ratio 0.91; p<0.001).” (Priebe et al. 201, p. 360 “no significant effect of DBT on BPD symptoms obser-rated and self-reported	unselected sample

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									<p>psychiatric symptom severity, or subjective quality of life at month 12” (Priebe et al. 2012, p. 361)</p> <p>“Total service costs were higher for the DBT group (mean 5,685 8 6,431 GBP in DBT compared to 3,754 8 6,045 GBP in TAU), but the difference was not statistically significant (95% CI –603 to 4,599 GBP. (Priebe</p>	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									et al. 2012, p. 361)	
Reneses et al. 2013 ¹⁸⁴ Spain	RCT/Level II	N=53 (n=44)	adult outpatients with BPD (100% full diagnosis), 70.5% female gender, mean age 33.8 years	Psychic Representation focused Psychotherapy (PRFP)	TAU	primary: psychosocial functioning BPD symptoms impulsivity	SASS, CGI Zan-BPD BIS	20 weeks	“Clinical improvement was observed in both groups [...] of variables regarding disease symptoms (MADRS suicide scores $d=0.88$, $p=.006$; BIS $d=0.61$, $p=0.009$; Zanarini interpersonal cluster $d=0.83$, $p=.029$, Zan-BPD feeling of emptiness $d=0.84$, $p=0.046$) except for social adaptation measured with the SASS scale. The	large between-group effects, small sample size indicative of bias

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									latter increased in the control group and very significantly decreased in the experimental group [favouring the experimental treatment] ($d=0.80$, $p=0.001$).	
Robinson et al. 2016 ¹⁸⁵ UK	Level II/RCT	N=68 (n=43)	Adult patients with any eating disorder and BPD or BPD symptoms; Final sample: 76% had full BPD, 5.9% anorexia nervosa, 63.2% bulimia nervosa, 2.9% binge eating, 27.9% eating disorder NOS; 92.7% females	Outpatient MBT adapted for eating disorders; weekly individual and group sessions	Specialist supportive clinical management for eating disorders (SSCM-ED); control treatment designe	Eating Disorder psychopathology Global functioning BPD symptoms Quality of life General psychopathology(depression/anxiety) Service use Personality dimensions	Eating Disorder Examination (EDE) GAF Zan-BPD EuroQol-5D DASS-21 Adult Service Use Schedule	12 months	EDE, Zan-BPD did not differ sig. between groups at the end of treatment, nor for any other outcome	No indication for effects of MBT-ED as compared to Very high drop-out rates in both groups (78% overall)

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/ s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
							Big Five Inventory			
Rossouw et al. 2012 ¹⁸⁶ United Kingdom	Level II/RCT	N=80	Adolescents presenting after self-harm, 12 to 17 years of age, 73% with BPD, 97% with MDD, 85% females, mean age 15.1 years	MBT-A: MBT for adolescents, weekly individual and monthly family sessions with focus on impulsivity and affect regulation	TAU: routine care by community-based services	Self-harm, Depression, Risk BPD, severity	RTSHI (Risk Taking and Self-harm Inventory) Mood and Feelings Questionnaire RTSHI CI-BPD, BPFS-C	12 months	Sig. group differences at post-treatment for self-harm (OR 0.24, p<.01) and depression (OR 0.21, p<.05), BPD features (OR 0.07, p<.05 and OR -0.29, p<.05)	MBT-A may be helpful in reducing both depression and BPD symptoms in adolescents with both disorders

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/ s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Salzer et al. 2014 ¹⁸⁷ Germany	RCT/Level II	N=66, N=39 with full BPD	adolescents aged 14-19 years (mean 16.5 years), with mixed disorder of conduct and emotions (F92 according to ICD-10)	Psychodynamic Therapy based on the psychoanalytic- interactional method (PiM)	Waiting List/TAU	Remission (not meeting F92 criteria anymore) General psychopathology Mental health	SCID DISYPS-KJ SCL-90R/GSI SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)	Post-treatment: mean 34.15 weeks (PiM)	Remission: OR=26.41 (95% CI 6.42-108.55) SDQ: Between-group effect $d=0.38$ (no CI reported) SCL-90-R/GSI: between-group effect $d=0.18$ (no CI reported)	
Santisteban et al. 2015 ¹⁸⁸ USA	RCT/Level II	N=40 (n=24)	Adolescents ages 14 to 17 years (mean 15.8 years) with BPD, 37,5% females, all fulfilled criteria for substance abuse; recent use (30 days): 85% marijuana, 56% alcohol	I-BAFT: individual intervention, skills training modules from DBT and family interventions from structural family therapy Weekly family session and skills training or individual session with the adolescent	IDC Individual drug counseling according to 12-step philosophy; 2 session /week	BPD diagnosis Therapeutic alliance BPD behavior Depression	DIB-R WAI MACI (Millon adolescent clinical inventory) DPS (Diagnostic Interview Schedule for Children-Predictive Scales)	12 months	No significant differences between conditions in working alliance, total number of sessions, BPD behavior, substance use	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/ s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
						Substance use	Timeline Followback (TLFB) Urine samples			
Schilling et al. 2018 ¹⁸⁹ Germany	RCT/Level II	N=48 (n=48)	adult inpatients with BPD, mean age 30.3 years, 91.7% female gender,	meta-cognitive training plus standard treatment (a dialectical behavior therapy-oriented skills group (a total of eight one-hour sessions, twice a week), occupational therapy, physical activity, medical visits, a weekly psychotherapeutic individual session, and medication as needed)	progressive muscle relaxation (PMR) plus standard treatment (a dialectical behavior therapy-oriented skills group (a total of eight one-hour sessions,	primary BPD symptoms	BSL-23, Zan-BPD	4 weeks		“patients in the metacognitive training for BPD group benefited significantly more from the training than the patients in the progressive muscle relaxation group as measured by the reduction in symptom severity in the primary outcome Borderline Symptom List-23 (t(43) = 2.163, p =

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
						twice a week), occupational therapy, physical activity, medical visits, a weekly psychotherapeutic individual session, and medication as needed)			0.031) and Zanarini Rating Scale (t(36) = 2.078, p = 0.038).” (Schiling et al. 2018, p. 462)	
Sinnaeve et al. 2018 ²⁷⁷ The Netherlands	RCT/Level II	N=84 randomised, n=55 analysed	BPD (DSM-IV), 18-45 years, 95% women, ≥1 self-harm episode within prior month	3 months of residential DBT+6 months outpatient DBT	12 months of standard outpatient DBT	self-harm/suicidal behaviour BPD severity quality of life Costs of treatment	LPC BPDSI-IV EQ-5D-3L TIC-P	12 months	no sig. change in suicidal behaviour over 12 months (both groups); sig. decrease of the probability of	extremely high drop-out rate in standard DBT group: 55% of those allocated to this group did

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
									<p>NSSI over 12 months in step-down group only: OR=.90, 95% CI (.82 -.98), p=.02; BPD severity decreased sig. in both treatment groups: F(1, 109)=33.63, p<.0001; quality of life: step-down mean 0.65 (SD=.33), outpatient meant 0.62 (SD=.28); healthcare costs higher in step-down DBT (€19899, SD=14210) than outpatient DBT (€12472, SD=14300)</p>	<p>not start treatment</p> <p>decrease of NSSI small in size in both groups</p>

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Stanley et al. 2017 ¹⁹⁰ USA	RCT/Level II	N=86 (n=55)	eligibility criteria: adults 18-55 years with BPD, mean age: 30.2 years, 77.3% female gender	DBT + fluoxetine, DBT + placebo	supportive therapy + fluoxetine, supportive therapy + placebo	primary suicide attempts	counted in bimonthly assessments	12 months	less suicide attempts in DBT-treated groups, non-significant between-group effect (RR 0.51 [0.14, 1.90]; quoted from Storebø et al. 2020 ¹¹³)	results are only available from the study registry entry but have not been published in full
Zanarini et al. 2018 ¹⁹¹ USA	RCT/Level II	N=80 (n=74)	outpatient women with BPD, mean age 21.4 years	internet-based psychoeducation treatment group	internet-based control group without psychoeducation	primary BPD symptoms psychosocial functioning	Zan-BPD SDS	12 weeks	"In the acute phase of the study (see Table 2), those in the treatment group were found to have a significant decline in their scores on all ten outcomes studied. Those in the control group were found to have a significant	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										decline in their scores on seven of these outcomes— all but the cognition and impulsivity sector scores on the Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder and the Social Adjustment Scale total score. Two between-group differences were found to be significant. More specifically, those in the treatment group reported a significantly greater

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
										decline in their impulsivity as measured by the Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder and a significantly greater increase in their psychosocial functioning as measured by the Social Adjustment Scale than those in the control group.” (Zanarini et al. 2018, p. 55)

15.6.5 Evidenztabellen Fragestellung 9

Level I

Reference	Inclusion criteria	Antidepressants	Mood stabilisers	Antipsychotics	Others
Gartlehner 2021 ²¹⁷	SR and MA of RCTs, non-randomised controlled trials or observational controlled studies			adverse events as compared to placebo: $d=1.10$ (95% CI 1.00 to 1.21)	
Hancock-Johnson 2017 ²¹³⁹	SR and MA of RCTs and observational studies of long-term pharmacotherapy published since the Cochrane Review (Stoffers et al. 2010); search date: September 2016	Fluoxetine <u>1 RCT</u> (Bellino et al. 2010a ¹²⁴): 32 weeks of fluoxetine 20-40mg/d +IPT vs. fluoxetine 20-40mg/d +CM in 55 participants; significant effects favouring fluoxetine + IPT for SAT-P subscales “psychological functioning” ($p=.001$) and “social functioning” ($p=.03$), BPDSI-subcales “interpersonal relationships” ($p=.0001$), “impulsivity” ($p<.001$) and “affective instability” ($p=.0007$)	Valproic Acid (VA) <u>vs. Omega-3 fatty acids</u> (Bellino et al. 2014) ²¹⁹ : 12-week non-blinded RCT of VA compared to VA+omega-3 fatty acids in 43 participants. Improvement in both groups, more improvement; significantly better treatment outcomes by combined treatment for outbursts of anger ($p=.001$) and impulsivity ($p=.031$) Divalproex <u>vs. placebo</u> (Moen et al. 2012) ²²⁵ : double-blind RCT 12-weeks RCT in 15 participants who also took part in a DBT programme: improvements in both groups over time, no	Olanzapine: <u>vs. placebo</u> 1 open-label extension study (Zanarini et al. 2012) ^{353 252,263} additional 24 weeks of olanzapine treatment (after initial 12 weeks of either olanzapine or placebo) in N=451 patients with BPD: In those who had originally received olanzapine, mean scores continued to improve; those who originally had received placebo reported similar improved scores to those originally randomized to olanzapine by the second week of the open-label extension <u>vs. haloperidol</u> (Shafti et al. 2010) ²⁵³ : 8 week double-blind RCT in N=28 female	Naltrexone (opiod antagonist): <u>2 randomised cross-over trials</u> (Schmahl et al. 2012) ²²⁶ 1 st cross-over trial: 3 weeks of 50mg/d naltrexone, afterwards 3 weeks of placebo vs. vice versa in N=11 female patients; marginally more intense and longer dissociation under placebo ($d=.13$, $d=.09$), no significant between-group difference 2 nd cross-over trial: two treatment phases of 3 weeks duration each, namely: 50mg of naltrexone followed by placebo OR up to 200 mg/d naltrexone followed by placebo OR reverse in N=14 female participants; no significant differences

⁹ Review schließt RCTs und kontrollierte, nicht-randomisierte Beobachtungsstudien ein; hier nur RCTs (=Level-II-Evidenz) berücksichtigt.

			<p>significant between-group differences</p>	<p>inpatients; large effect sizes $d > .8$ in both treatment arms, no significant between-group differences</p> <p><u>vs. aripiprazole</u> (Shafti et al. 2015): 8-week open-label RCT in N=24 female inpatients; no significant differences between groups, large effect sizes for both ($d > .8$), reduced BPRS scores in both conditions (olanzapine $p < .01$, aripiprazole $p < .04$); reduction of CGI-S in olanzapine group ($p < .04$)</p> <p><u>vs. sertraline</u> (Jariani et al. 2010): un-blinded, 12-week RCT in female patients with BPD on methadone maintenance therapy. Significant post-treatment difference between groups: less self-injurious behavior in olanzapine group ($p < .001$); reduction of anxiety and depression in both groups, greater reduction of anxiety ($p = .00$) and aggression ($p = .025$) by olanzapine, greater reduction of depression by sertraline ($p = .017$)</p>	<p>between placebo and active treatment, numerically lower intensity and duration of dissociation by naltrexone ($d = .41$ and $d = .24$, n.s.)</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>Quetiapine vs. placebo 1 RCT (Black et al., 2014): 8-week double-blind RCT in 95 subjects of moderate clinical severity comparing low (150 mg/d) and higher (300 mg/d) doses of quetiapine to placebo; symptom improvement in all groups; only significant between-group difference: weekly change in total ZAN-BPD-score higher in low-dosage group as compared to placebo ($p=.031$), large effect indicating the difference between lower dosage group and placebo ($d=-.79$)</p>	
Ingenhoven 2011 ²¹⁴	<p>Meta-analysis of placebo-controlled RCTs on the effectiveness of antipsychotics regarding cognitive, impulsive and affective symptom domains</p> <p>16 RCTs identified, 11 RCTs <small>238,249,250,252,255–257,259,354,355</small></p> <p>included in meta-analyses (search date: January 2011)</p>			<p>Cognitive-perceptual symptoms: 9 RCTs; pooled <i>SMD</i> .23, (95% CI .11 to .35, $p=.0002$, $I^2=44\%$)</p> <p>Impulsive behavioural dyscontrol: 10 RCTs; pooled <i>SMD</i> .19 (95% CI -.01 to .38, $p=.05$, $I^2=52\%$)</p> <p>Affective dysregulation: <u>Depression</u></p>	

				<p>9 RCTs; pooled SMD .25 (95% CI -.03 to .53, p=.09, I²=76%)</p> <p><u>Anxiety</u> 6 RCTs; pooled SMD .23 (95% CI -.06 to .52; p=.13, I²=52%)</p> <p><u>Anger</u> 9 RCTs; pooled SMD .39 (95% CI .18 to .60, p=.0003, I²=56%)</p> <p><u>Mood lability</u> 5 RCTs; pooled SMD .20, 95% CI .07 to .33, p=.003, I²=0%)</p> <p><u>Global functioning</u> 8 RCTs; pooled SMD .25, 95% CI .03 to .47, p=.03, I²=61)</p>	
Stoffers & Lieb (2015) ²¹⁵	Review of RCTs and observational studies covering the period between publication of the Cochrane review in 2010 and August 2014. New findings are put in context of the Cochrane 2010 review and the need for changing of conclusions is discussed.	<p>Sertraline <u>vs. olanzapine</u>: 1 RCT (Jariani et al. 2010) Significant effects favouring sertraline for depression (SMD -.90), favouring olanzapine in terms of interpersonal problems (SMD .95), anger/aggression (SMD .77) and anxiety (SMD 1.12)</p> <p>Summary/Conclusion</p>	<p>Valproate semisodium <u>vs. placebo</u> (Moen et al. 2012): very small sample of N=15, no significant post-group differences after 12 weeks</p> <p>Summary/conclusion “[...] pooling these study findings to the remaining study estimates already included in the Cochrane Collaboration review does not result in any</p>	<p>Olanzapine <u>vs. haloperidol</u> (Shafti et al. 2010): no significant differences in terms of pre-post group differences</p> <p><u>vs. sertraline</u> (Jariani et al. 2010): less depression post-treatment in sertraline group (-.90, p<.0001), but Olanzapine significantly superior in terms of interpersonal problems (SMD .95,</p>	<p>Omega-3 fatty Acids <u>vs. placebo</u> (Amminger 2013): 12-week trial in 15 adolescent participants at high risk for psychosis; significant post-treatment group difference in terms of overall functioning (SMD 1.51)</p> <p><u>Omega-3 fatty acids+valproic acid vs. valproic acid alone</u> (Bellino 2014): significant effects</p>

		<p>“Conclusions drawn from RCTs included within the CC review still apply: Since no statistically or clinically significant effects of any SSRI were observed, SSRIs still lack evidence undermining their dominant role within BPD treatment. [...] As for other-class antidepressants, placebo-controlled RCTs of phenelzine and mianserin included in the CC review yielded no significant effects. The only antidepressant agent demonstrating superiority over placebo was the tricyclic antidepressant (TCA) amitriptyline, with a statistically significant, moderate effect in terms of depression (SMD -0.59, 95 % CI -1.12 to -0.06). However, TCAs may not be a treatment option due to severe toxic effects in case of overdose.” (p. 2, right column)</p>	<p>substantial changes. [...] Previous findings of the Cochrane Collaboration review still apply.” (p. 6)</p>	<p>p<.0001), anger/aggression (SMD .77, p<.0001), anxiety (SMD 1.12, p<.0001) and paranoid ideation (SMD 1.01, p<.0001)</p> <p><u>open-label extension of 2 placebo-controlled RCTs of olanzapine</u> (Zanarini 2011): Modest improvements for BPD core symptoms, no substantial difference at end of the observation period between those who had received a total of 24 weeks of olanzapine and those who had only 12 weeks.</p> <p>Quetiapine <u>Different dosages vs. placebo:</u> Black et al. (2014) Significant pre-post effects for both low and moderately dosed quetiapine for all kinds of BPD symptom domains (BPD severity, interpersonal cluster symptoms, affective cluster symptoms, cognitive cluster symptoms) except for impulsivity. Significant pre-post effects also for anger</p>	<p>favouring augmented treatment (BPD severity SMD-1.08, p=.001; impulsivity SMD-1.64, p<.0001; affective instability SMD -1.10, p=0.008; outbursts of anger SMD -1.79, p<.0001)</p> <p>Summary/conclusion “CC review [...] data indicated beneficial effects in terms of reducing elevated suicidality (RR.52) [...] and depression (RR.48) [...] omega-3 fatty acids have gained high amounts of attention, with positive results both as a stand-alone medical intervention and as augmentation.” (p.6 et seq.)</p> <p>Opioid Antagonists <u>2 randomised crossover trials of naltrexone and placebo</u> (Schmahl et al. 2012): no significant effects of naltrexone over placebo, but a decline of dissociative and flashback symptoms was observed.</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>and general psychopathology (moderate dose only). No significant pre-post effects on depression or functioning,</p> <p>Summary/Conclusion In sum, the available RCT evidence has not changed substantially, and the main conclusions of the CC review still apply. [...] Only the evidence base for quetiapine has accumulated recently with a first placebo-controlled RCT indicating beneficial effects. However, data are scarce regarding the outcome of self-harming behaviour, and a paradoxical effect on this domain (similar to that seen for olanzapine) cannot be ruled out. In fact, this study found least positive effects for impulsive cluster symptoms (including self-harming and suicidality) as compared to the remaining three BPD symptom clusters (affective, cognitive and interpersonal). Since at least two RCTs of</p>	
--	--	--	--	---	--

				quetiapine have been initiated but never been published in full, a possible publication bias cannot be excluded. Only open studies are available for the SGAs risperidone, paliperidone and especially clozapine, which is obviously highly used in special contexts with severely affected patients.” (p. 5 et seq.)	
Vita et al. (2011) ²¹⁶	Meta-analysis of RCTs and open-label trials testing antidepressants, mood stabilisers and antipsychotics in BPD; search date June 2010; Included here: Between-group effect sizes of RCTs, 27 RCTs included	<u>Affective dysregulation:</u> RCTs: Hedges $g=-.62$, $p=.001$ Open-label: Hedges $g=$ <u>Impulsive-behavioural dyscontrol:</u> RCTs: n.s.; Open-label: Hedges $g=-1.08$, $p<.001$ <u>Cognitive-perceptual:</u> RCTs: n.s. <u>Early discontinuation:</u> RCTs: n.s.	<u>Affective dysregulation:</u> RCTs: Hedges $g=-1.72$, $p<.001$; Open-label: Hedges $g=-1.71$, $p<.001$ <u>Impulsive-behavioural dyscontrol:</u> Hedges $g=-.84$, $p.011$; open-label: Hedges $g=-1.20$, $p<.001$ <u>Early discontinuation:</u> n.s.	<u>Affective dysregulation</u> RCTs: Hedges $g= -.27$, $p=.004$ (SGAs only); open-label: Hedges $g=-.88$, $p<.001$ <u>Impulsive-behavioural dyscontrol</u> RCTs: Hedges $g=-.43$, $p=.001$; open-label: Hedges $g=-1.07$, $p<.001$ <u>cognitive-perceptual</u> RCTs: symptoms Hedges $g=-.53$, $p=.020$; open-label: Hedges $g=-.93$, $p<.001$ <u>Early discontinuation:</u> n.s.	<u>Placebo</u> Significant global placebo effect on all BPD symptom domains pooled together: Hedges $g=.40$, $p<.001$ <u>Affective dysregulation:</u> Hedges $g=-.59$, $p<.001$ <u>Impulsive-behavioural dyscontrol:</u> Hedges $g=-.34$, $p<.001$ <u>Cognitive-perceptual symptoms:</u> Hedges $g=-.33$, $p=.001$

BIS-11 – Barrett Impulsivity Scale; BPDSI-IV – Borderline Personality Disorder Severity Index-IV; BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale; BSL-23 – Borderline Symptom List 23; CGI-BPD – Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder; CGI-S – Clinical Global Impression Scale-Severity; CM – Clinical Management; FGAs – first-generation antipsychotics; IPT – interpersonal Psychotherapy; HDRS – Hamilton Rating Scale for Depression; SAT-P – Satisfaction Profile; SGAs – second-generation antipsychotics; SOFAS – Social and Occupational Functioning Assessment Scale; ZAN-BPD – Zanarini Rating Scale for Borderline Personality disorder;

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
Amminger et al. (2013) ²¹⁸ Austria	RCT	N=15	mean age 16.2 years, 93% females, diagnosis of BPD and ultra-high risk of psychosis	Eicosapentaenoic Acid (EPA; 700 mg/d) + Docosahexaenoic acid (DHA; 480 mg/d) + Vitamin E (7.6 mg/d)	placebo (capsules with coconut oil)	BPD severity, psychosocial functioning, psychotic symptoms, depression	PANSS-BPD symptoms; GAF, PANSS-total, MADRS	12	significant better social functioning in active group (SMD 1.51, 95% CI 0.32 to 2.71)	Very small study, insufficient power. Sole RCT of drug therapy in adolescents.
Bellino et al. (2014) ²¹⁹ Italy	RCT	N=34	men age 25.2 years, 76% females, co-occurring major depression or substance use disorder excluded	Eicosapentaenoic Acid (EPA; 1.2 g/d) + Docosahexaenoic acid (DHA; 0.8 g/d)+valproic acid (plasma level 50–100 µg/ml, mean final doses 800 mg/d to 1300 mg/d)	valproic acid (plasma level 50–100 µg/ml, mean final doses 800 mg/d to 1300 mg/d)	BPD severity, self-harm, suicidality, psychosocial functioning, anger, affective instability, emptiness, impulsivity, interpersonal problems, abandonment, identity disturbance, dissociation/psychotic-like symptoms, adverse events	BPDSI-IV, SHI, CGI-S, MOAS, BIS, DOTES	12	significantly less BPD severity in combined treatment group (SMD -1.08, p=.001), significantly less impulsivity (SMD -1.64, p<.0001), affective instability (SMD -1.10, p=.008), anger (SMD -1.79, p<.0001)	completer analyses only (34 out of 43 participants initially enrolled)
Black et al. (2014) ²²⁰	RCT	N=95	mean age 29.5 years,	1. Qu etia	placebo	BPD severity, BPD symptoms,	Zan-BPD (clinician-rated	8	significant post-	Neither dose was effective

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
USA			71% females, current substance dependence or recent substance abuse (alcohol, nicotine abuse were not excluded)	150 mg /d 2. Qu etia pin e 300 mg /d		impulsivity, aggression psychosocial functioning, impulsivity, adverse events	and self-rated) BEST, BIS, MOAS, GAF, SDS,		treatment group effects of <u>150 mg/d quetiapine</u> compared to placebo: Zan-BPD (clinician rate d): total score (d=-.79, p<.05), cognitive cluster (d=-0.63, p<.05); Zan-BPD (self-rated) total score (d=-0.88, p<.01), cognitive cluster (d=-0.71, p<.05), interpersonal cluster (d=-0.86, p<.05), BEST: total score (d=-0.85, p<.01); aggression (d=-0.82, p<.05); SDS: days lost (d=0.49, p<.05);	in the reduction of impulsivity; high response rates in all groups (quetiapine 150 mg/d: 82%; quetiapine 300 mg/d: 67%; placebo: 62%); no clear dose response relation, trend of better outcomes in lower dose quetiapine compared to higher dose, more adverse events in higher dose group compared to lower dose

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
									<p>higher risk of weight gain (mean 1 lb/10 weeks, $p < .05$), mouth dryness (HR=9.32, $p < .05$)</p> <p>significant post-treatment group effects of <u>300 mg/d quetiapine</u> compared to placebo: Zan-BPD self-rated: total (D=-0.87, $p < .05$), affective cluster (d=-0.87, $p < .05$), cognitive cluster (d=-0.73, $p < .05$); BEST: total score (d=-0.75, $p < .05$); MOAS: total</p>	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
									aggression (d=0.75, p<.05); SDS: days lost (d=-0.54, p<.05); higher risk of sedation (HR=2.16, p<.05), change in appetite (HR=3.89, p<.05), weight gain (mean 3lbs/10 weeks, p=.001), mouth dryness (HR=16.77, p<.05)	
Bozzatello et al. (2017) ²²¹ Italy	RCT	N=51	Mean age 24.7 years, 63% females, co-occurring MDD or SUD excluded	Asenapine (5-10 mg/d)	Olanzapine (5-10 mg/d)	Overall severity of illness, depression, anxiety, functioning, BPD severity and symptoms, impulsivity, aggression,	CGI-S, HAM-D, HAM-A, SOFAS, BPDSI, BIS-11, MOAS, SHI, DOTES	12	Only two significant between-group effects: less affective instability by asenapine ($\eta^2=.53$; p=.001), less	Neither drug led to sig decreases of depression or aggression

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n) of	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
						self-harm, adverse effects			dissociation/ paranoid ideation by olanzapine ($\eta^2=.25$; $p=.021$)	
Crawford et al. (2018) ²²² UK	RCT	N=276	mean age 36.1 years, 76% females, diagnosis of BPD, bipolar I and II excluded	up to 200 mg/d of generic lamotrigine, 400mg/d in women taking the combined oral contraceptive pill	Placebo	Symptoms of BPD, depression, deliberate self-harm, social functioning, alcohol and drug use, quality of life, side effects	ZAN-BPD, BDI, Acts of Deliberate Self-harm Inventory, SFQ, ASSIST, EQ-5D-3L	52	No evidence of any difference in terms of significant effects for any outcome	High-quality, study, sufficient power to detect effects. Robust finding of no effect by lamotrigine treatment.
Jariani et al. (2010) ²²³ Iran	RCT	N=120	mean age 28 years, 83% females, BPD + opioid dependence, currently on methadone maintenance treatment	olanzapine (5-10 mg/d)	sertraline (50-100 mg/d)	self-harm, psychosocial functioning, anger, interpersonal problems, dissociation/psychotic-like symptoms	self-harm reports, SCL-90-R	12	sertraline: significantly less depression (SMD -0.90 , $p<.0001$); olanzapine: less interpersonal problems (SMD -0.95 , $p<.0001$), aggression (SMD -0.77 , $p<.0001$),	high risk of bias (allocation concealment, blinding, sponsoring unclear), study protocol unavailable

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
									paranoid ideation (SMD -1.01, p<.0001)	
Kulkarni et al. (2018) ²²⁴ Australia	RCT	N=33	Mean age 34.4 years, 88% females, all participants “stabilized on medication and psychotherapy”, study drug as adjunct	Memantine 20 mg	placebo	BPD severity, adverse effects	ZAN-BPD, AE questionnaire	8	Significant change of ZAN-BPD-total across time, compared with placebo (p=.02); no significant difference for any AE	First RCT of antideementia drug in BPD
Moen et al. (2012) ²²⁵ USA	RCT	N=15	mean age 35 years, 80% females, current or previous axis I disorders excluded	divalproex ER (1500-2000 mg/d, mean final dose 1583 mg/d)	placebo	BPD symptoms, psychosocial functioning	BEST, PANSS, GAF, BPDSI-IV	12	no significant between-group differences at post treatment	very small study without sufficient statistical power
Schmahl et al. (2012) ²²⁶ ; study 1 Germany	cross—over RCT	N=11	mean age 28.3 years, 100% females, current MDD excluded	naltrexone (50 mg)	placebo	dissociation	DES, DSS,	two 3-weekperi ods	marginally more intense and longer dissociation under placebo (d=.13, d=.09), no significant between-	small experiential study with insufficient statistical power to detect effects

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
									group difference	
Schmahl et al. (2012) ²²⁶ , study 2 Germany	cross-over RCT	N=14	mean age 29.2 years, 100% females, current MDD excluded	either period of naltrexone (50 mg/d) or of naltrexone (200 mg/d)	period of placebo sequence (all participants)	BPD severity, dissociation, anger	BSL, DES, DSS, STAXI	two 3-week periods	no significant differences between placebo and active treatments, numerically lower intensity and duration of dissociation by naltrexone (d=.41 and d=.24, n.s.)	small experiential study with insufficient statistical power to detect effects; numerical trend of less intense and shorter duration of dissociation (s. also Schmahl et al. 2012 ²²⁶ , study 1)
Shafti et al. (2015) ²²⁷ Iran	RCT	N=24	mean age 27.4 years, 100% female inpatients	Olanzapin (10 mg/d)	Aripiprazol (10 mg/d)	clinical severity, hostility, psychotic symptoms	CGI-S, BPRS, BDHI,	8	no significant differences between groups at post treatments, pre-post reductions of psychotic symptoms in both groups, olanzapine	open label study

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n) of	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up (weeks)	Effect Size	Comments
									also hostility and clinical severity	

AE – Adverse effects; ASSIST – Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test; BDI – Beck Depression Inventory; BDHI – Buss-Durkee Hostility Inventory; BIS-11 – Barrett Impulsiveness Scale; BPDSI – Borderline Personality Disorder Severity Index; BEST – Borderline Evaluation of Severity over Time; BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale; BSL – Borderline Symptom List; CGI-S – Clinical Global Impression Scale-Severity; DES – Dissociative Experiences Scale; DSS – Dissociative States Scale; DOTES – Dosage Record and Treatment-Emergent Symptom Scale; EQ-5D-3L –EuroQol Quality of Live questionnaire (5 dimensions, 3 levels); GAF – Global Assessment of Functioning; HAM-A – Hamilton Anxiety Rating Scale; HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale; MOAS – Modified Overt Aggression Scale; PANSS – Positive and Negative Symptoms Scale; SDS – Sheehan Disability Scale; SFQ – Social Functioning Questionnaire; SHI – Self-Harm Inventory; SOFAS – Social Occupational Functioning Assessment Scale; STAXI – State-Trait Anger Inventory; ZAN-BPD – Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder

15.6.6 Evidenztabellen Fragestellung 10

Level I

Keine relevanten Studien (Meta-Analyse auf Basis mindestens zweier Level-II-Studien) identifiziert.

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Antonsen BT, Kvarstein EH, Urnes O, Hummelen B, Karterud S et al. (2017). Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-	Level II / RCT	N=52	women and men with BPD (85% women), mean age 29.0 years (SD 6.7)	Long-term combination program (18 weeks) day-hospital treatment (combination of psychodynamic and cognitive-behavioural group therapies) followed by outpatient combined group (weekly) and individual psychotherapy (weekly)	Outpatient individual therapy (therapists in private practice; treatment according to their own preference)	Symptom distress Psychosocial functioning Interpersonal problems Quality of life Personal functioning Self-harm, suicidal thoughts, suicide attempts Diagnoses	SCL-90-R GAF CIP 10-point scale SIPP-118 Self-report/record SCID-I/SCID-II	Average duration: combined: 28 months, maximum 4 years Average duration outpatient: 24 months	No stat. sig. group x time interactions at 36 months for any relevant outcome	6 year-follow-up: stat. sig. interaction group x time

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
year follow-up of randomized study. Psychotherapy Research, 27(1); 51-63 ¹⁵⁷					ed method and practice					
Linehan MM, Korzlund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, McDavid J, Comtois KA, Murray-Gregory A. „Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals with Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis“. <i>JAMA Psychiatry</i> 72, Nr. 5 (Mai 2015): 475–82. ¹⁹⁹	RCT/Level II	N=99 randomized n=99 analyzed	99 women with DSM-IV-BPD and at least 2 suicide attempts within past 5 years, at least 1 suicide attempt in the last year, mean age 30.3 (8.9) years	33 women received standard DBT (individual DBT + DBT Skillsgroup)	33 women received DBT skillstraining +individual case management (DBT-S) 33 women received individual DBT therapy + activity-based	suicidality depression anxiety	SASI, SBQ, RLI Ham-D Ham-A	12 months	suicidality: no sig. between-group differences NSSI: frequency among those engaging in NSSI sig. higher in DBT-I (F1,85=59.1, p<.001) and DBT-S (F1, 85; p<.001) depression: less improvement in DBT-I than in standard DBT (t399 = 1.8[P = .03])	

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
USA					support group				and DBT-S DBT-S ($t_{399} = 2.9$ [$P = .004$]) anxiety: no sig. between-group differences	
Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, Adityanjee A, Schulz SC. „Efficacy of Extended-Release Divalproex Combined with ‘Condensed’ Dialectical Behavior Therapy for Individuals with Borderline Personality Disorder“. <i>Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of</i>	RCT/Level II	N=15 randomized	participants (80% women) with DSM-IV BPD and SCL-90-R total score of ≥ 150 after 4 weeks of condensed DBT	12 weeks of condensed DBT+divalproex semisodium (mean highest dose 1,600, range 1,000 to 2,000)	12 weeks of condensed DBT+placebo	Borderline severity impulsivity depression	BEST BIS Ham-D	12 weeks	no sig. between-group differences at post-treatment	small sample size

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
<i>Clinical Psychiatrists</i> 24, Nr. 4 (November 2012): 255–60. USA										
Sinnaeve R, van den Bosch LMC, Hakkaart-van Roijen L, Vansteelandt K. „Effectiveness of Step-down versus Outpatient Dialectical Behaviour Therapy for Patients with Severe Levels of Borderline Personality Disorder: A Pragmatic Randomized Controlled Trial“. <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i> 5 (2018): 12.	RCT/Level II	N=84 randomized, n=55 analyzed	BPD (DSM-IV), 18-45 years, 95% women, ≥1 self-harm episode within prior month	3 months of residential DBT+6 months outpatient DBT	12 months of standard outpatient DBT	self-harm/suicidal behaviour BPD severity quality of life Costs of treatment	LPC BPDSI-IV EQ-5D-3L TIC-P	12 months	no sig. change in suicidal behaviour over 12 months (both groups); sig. decrease of the probability of NSSI over 12 months in step-down group only: OR=.90, 95% CI (.82 -.98), p=.02; BPD severity decreased sig. in both treatment groups: F(1, 109)=33.63, p<.0001; quality of life: step-down mean 0.65	extremely high drop-out rate in standard DBT group: 55% of those allocated to this group did not start treatment decrease of NSSI small in size in both groups

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
https://doi.org/10.1186/s40479-018-0089-5									(SD=.33), outpatient meant 0.62 (SD=.28); healthcare costs higher in step-down DBT (€19899, SD=14210) than outpatient DBT (€12472, SD=14300)	
Smits ML, Feenstra DJ, Eeren HV, Bales DL, Laurensen EMP, Blankers M, Soons MBJ, Dekker JJM, Lukas Z, Verheul R, Luyten P. „Day Hospital versus Intensive Out-Patient Mentalisation-Based Treatment for Borderline	RCT/Level II	N=114 randomised, n=114 analysed	BPD (DSM-IV), ≥18 years (mean age 30.8 years, 82.5% women)	MBT day hospital treatment (MBT-DH)	MBT-intensive outpatient treatment (MBT-IOP)	BPD severity personality functioning symptom severity interpersonal problems quality of life self-harm/suicidality	PAI-BOR SIPP BSI-GSI IIP EQ-5D SSHI	18 months	no evidence of a differential rate of change between the two groups for the primary outcome (BPD severity) and most remaining outcomes. Exception: larger differential rate of change for MBT-DH ($\beta=0.12$, 95%	high risk of attention bias in terms of amounts of group sessions: MBT-DH includes 5-days per week treatment at the day hospital, with 9 group therapy sessions per week. MBT-IOP involves 2 group therapy

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Personality Disorder: Multicentre Randomised Clinical Trial". The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 22. Februar 2019, 1–6. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.9 . NL									CI 0.02 to 0.22, z=2.26, p=.024); on secondary outcomes, between-group effect sizes constantly favoured MBT-DH	sessions per week only

15.6.7 Evidenztabellen Fragestellungen 11 and 13

Level I

Keine relevanten Studien (Meta-Analyse auf Basis mindestens zweier Level-II-Studien) identifiziert.

Level II

Komorbidität	Stichprobe	Intervention	Vergleich	Zwischengruppenunterschiede zu Behandlungsende: BPS-bezogene Ergebnismaße	Zwischengruppenunterschiede zu Behandlungsende: Komorbiditätsbezogene Ergebnismaße
Substanzbezogene Störungen					
+Substanzbezogene Störungen 46% Alkohol, 39% Opioide, 22% Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika, 13% Amphetamine, 7% Cannabis) (Philips et al. 2018) ²⁸⁴	46 Männer und Frauen (80%) mit BPS	18 Monate MBT + Standard-Suchtbehandlung	18 Monate Standard-Suchtbehandlung	Keine	Keine
+Substanzmissbrauch (85% Cannabis, 57% Alkohol) (Santisteban et al. 2015) ¹⁸⁸	40 Jugendliche (14-17 Jahre)	12 Monate Integrative BPD-/DBT-orientierte Familientherapie (Einzeltherapie, Skillsgruppe, Familientherapie)	12 Monate Drogenberatung (Einzel)	Keine	Keine
Depressive Erkrankungen					
+MDD (Andreoli et al. 2016) ¹⁵⁶	170 Erwachsene mit BPS (84% Frauen, 18-60 Jahre) nach schwerem SVV	3 Monate „Abandonment-Psychotherapie“ (kognitiv-psychodynamische Intervention mit Fokus auf dem Erleben des Verlassenseins)	3 Monate ambulante Anbindung an Kriseninterventionszentrum	Ggü. Kontrolle weniger erneute Suizidversuche in AP-P (Pearson $\chi^2=8.09$, $df=1$, $p=.004$) und AP-A (Pearson $\chi^2=9.33$, $df=1$, $p=.002$)	Ggü. Kontrolle weniger Depressivität in beiden AP-Gruppen (AP-P: $F(1,98)=10.13$, $p=.002$; AP-N: $F(1, 98)=9.78$, $p=.002$)

		Gruppe AP-N: durchgeführt von Pflegepersonal, Gruppe AP-P: durchgeführt von Psychotherapeuten		Besseres psychosoziales Funktionsniveau in aktiven Gruppen (AP-P: $F(1, 98)=6.09, p=.015$; AP-N: $F(1, 98)=6.65, p=.011$)	
+depressive Erkrankungen n.n.b. (Jahangard et al. 2012) ¹⁶⁸	30 stationär behandelte Erwachsene mit BPS (53% Frauen, 18-35 Jahre)	12 Wochen Training der Emotionalen Intelligenz (EI)	12 Wochen Stationäre Standardbehandlung	Nicht erhoben	Sig. weniger Depressivität in EI-Gruppe $F(1, 28)=20.21, p<.001$
+MDD (Rossouw 2012) ¹⁸⁶	Jugendliche	12 Monate MBT-A	12 Monate TAU	BPS-Schweregrad über cut-off OR 0.07, $p<.05$ Selbstverletzungen ja/nein OR 0.24, $p<.01$)	Depressivität über cut-off (OR 0.21, $p<.05$)
Post-Traumatische Belastungsstörungen					
+PTBS (Bohus et al. 2013) ¹⁵⁹	33 Frauen mit BPS und PTBS nach sexuellem Missbrauch im Kindesalter	12 Wochen stationäre DBT erweitert für PTBS	Warteliste	Psychosoziales Funktionsniveau sig. größere Besserung in DBT-PTSD-Gruppe	PTBS-Schwere (CAPS) größere wöchentliche Besserung (CAPS=-1.510, SD=0.249, $p<.001$; PDS=-0.026, SD=0.009, $p=.007$)
+PTBS (Bohus et al. 2020) ²⁸⁶	193 Frauen mit BPS (mind. 3 DSM-Kriterien) und PTSD nach sexuellem Missbrauch im Kindesalter	15 Monate ambulante DBT-PTSD (DBT adaptiert für komorbide PTSD nach Missbrauch im Kindesalter)	ambulante Cognitive Processing Therapy (CPT) ³⁵⁶	BPS-Symptomatik: Cohen's $d=-0.55, p<.001$ Dissoziationen: Cohen's $d=-0.50, p<.001$	PTSD-Symptomatik: Cohen's $d=-0.57, p<.001$
+PTBS (Harned et al. 2014) ¹⁶⁷	26 Frauen mit BPD, im Mittel 32.6 Jahre alt	12 Monate Standard-DBT+DBT-PE (<i>Prolonged Exposure</i> -Therapie nach Foa)	12 Monate Standard-DBT	Weniger Suizidversuche in DBT+DBT-PE-Gruppe (38% vs. 50%), weniger SVV (69% vs. 88%), mehr Patienten mit normalem psychosozialen Funktionsniveau (58% vs. 50%)	Remissionsrate in DBT+DBT-PE-Bedingung höher (58% vs. 33%)
+PTBS (Kredlow 2017) ¹⁷³	27 Männer und Frauen (96%; alle Arten von Traumata)	16 Wochen Traumabezogene kognitive Verhaltenstherapie	16 Wochen TAU	Keine Zwischengruppenunterschiede zu Behandlungsende	PTBS-Sympomatik-Reduktion um mind. 30%: 29% in aktiver vs. 0% in Kontrollgruppe,

					PTBS-Schwere (CAPS) $d=1.07$, $p=.02$; Intrusionen ($d=1.17$, $p=0.02$), Depressivität ($d=1.22$, $p=.006$)
Essstörungen					
+Essstörungen (63% Bulimie, 28% Essstörung n.n.b., 6% Anorexie, 3% Binge Eating) (Robinson et al. 2016) ¹⁸⁵	86 Erwachsene mit BPS (93% Frauen)	18 Monate MBT-ED: MBT-Adaption für Essstörungen	18 Monate Kontrollbehandlung durch Spezialisten für Essstörungen	Keine	Sig. weniger Sorgen um Figur (adjusted mean difference = -0.7, $p = 0.029$) und Gewicht (adjusted mean difference = -0.7, $p = 0.037$, 95 % CI = -1.29 to -0.04)
Psychotische Störungen					
+erstmalige psychotische Episode	16 Jugendliche/junge Erwachsene (15-25 Jahre) mit BPS	CAT-Einzeltherapie und Frühinterventionen für BPS bei Jugendlichen + Anbindung an spezialisiertes Behandlungszentrum für Erstmanifestationen von Psychosen	Anbindung an spezialisiertes Behandlungszentrum für Erstmanifestationen von Psychosen	Keine Signifikanzberechnung aufgrund kleiner Stichprobe; Tendenz: besseres psychosoziales Funktionsniveau	Keine Signifikanzberechnung aufgrund kleiner Stichprobe; Tendenz: weniger Positiv- und Negativsymptomatik, bessere Medikationsadhärenz
Spezifische Persönlichkeitsstörungen					
+antisoziale PS (Bateman 2016) ²⁸⁵	40 Erwachsene (31% Frauen)	18 Monate MBT	18 Monate Standard-Kontrollbehandlung	Weniger Ärger (MD -0.75, $p<.05$), Feindseligkeit (MD -0.60, $p<.01$), paranoides Erleben (MD-0.75, $p<.05$), SVV Episoden (MD-0.66, $p<.001$), Anteil mit SVV (OR 0.03, $p<.05$), besseres psychosoziales Funktionsniveau (MD 11.51, $p<.001$), weniger interpersonelle Probleme (MD -0.44, $p<.001$) in aktiver (MBT-)Gruppe	Soziale Anpassung (MD-0.60, $p<.001$)

CAPS – DBT – Dialektisch-Behaviorale Therapie, MBT – Mentalisierungsbasierte Therapie, MD – Mittelwertsdifferenz, MDD, PS – Persönlichkeitsstörung, PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung, SVV – selbstverletzendes Verhalten, TAU – „Treatment as usual“/übliche Behandlung

15.6.8 Evidenztabellen Fragestellungen 15 und 16

Level I

No such evidence retrieved.

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure /s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Antonsen BT, Kvarstein EH, Urnes O, Hummelen B, Karterud S et al. (2017). Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up	Level II / RCT	N=52	women and men with BPD (85% women), mean age 29.0 years (SD 6.7)	Long-term combination program (18 weeks) day-hospital treatment (combination of psychodynamic and cognitive-behavioural group therapies) followed by outpatient combined group (weekly) and individual psychotherapy (weekly))	Outpatient individual therapy (therapists in private practice; treatment according to their own preference)	Symptom distress Psychosocial functioning Interpersonal problems Quality of life Personal functioning Self-harm, suicidal thoughts, suicide attempts Diagnoses	SCL-90-R GAF CIP 10-point scale SIPP-118 Self-report/record SCID-I/SCID-II	Average duration: combined: 28 months, maximum 4 years Average duration outpatient: 24 months	No stat. sig. group x time interactions at 36 months for any relevant outcome	6 year-follow-up: stat. sig. interaction group x time

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
of randomized study. Psychotherapy Research, 27(1); 51-63 ¹⁵⁷					ed method and practice					
Pearce, Steve, Lisle Scott, Gillian Attwood, Kate Saunders, Madeleine Dean, Ritz De Ridder, David Galea, Haroula Konstantinidu, und Mike Crawford. „Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised	Level II / RCT	N=70 rand.	adults with personality disorders (93% BPD), 21.4% women, mean age 32.9 years	Democratic therapeutic community (DTC) treatment (3-12 months DTC preparatory meetings, joining DTC if elected democratically by current members and staff, up to 18 months DTC	TAU: local primary care services	psychosocial functioning health care utilization	SFQ proportion with inpatient treatment, inpatient days, proportion with emergency department (ED) attendance, ED visits	12 months, 24 months	sig. between-group differences: 12 months: 48% fewer participants with ED attendance in DTC group (18.2% vs. 66.7%, p=0.019) 24 months: no stat. sig. difference on relevant outcomes	sig. higher client satisfaction in DTC group at 24 months

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
controlled trial." <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> 210, Nr. 2 (2017): 149–56. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184366 .										
Sinnaeve R, van den Bosch LMC, Hakkaart-van Roijen L, Vansteelandt K. „Effectiveness of Step-down versus Outpatient Dialectical Behaviour Therapy for Patients with Severe Levels of	RCT/Level II	N=84 randomised, n=55 analysed	BPD (DSM-IV), 18-45 years, 95% women, ≥1 self-harm episode within prior month	3 months of residential DBT+6 months outpatient DBT	12 months of standard outpatient DBT	self-harm/suicidal behaviour BPD severity quality of life Costs of treatment	LPC BPDSI-IV EQ-5D-3L TIC-P	12 months	no sig. change in suicidal behaviour over 12 months (both groups); sig. decrease of the probability of NSSI over 12 months in step-down group only:	extremely high drop-out rate in standard DBT group: 55% of those allocated to this group did not start treatment decrease of NSSI small in

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Borderline Personality Disorder: Pragmatic Randomized Controlled Trial". Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation 5 (2018): 12. https://doi.org/10.1186/s40479-018-0089-5 .	A								OR=.90, 95% CI (.82 -.98), p=.02; BPD severity decreased sig. in both treatment groups: F(1, 109)=33.63, p<.0001; quality of life: step-down mean 0.65 (SD=.33), outpatient meant 0.62 (SD=.28); healthcare costs higher in step-down DBT (€19899, SD=14210) than outpatient DBT (€12472, SD=14300)	size in both groups
Smits ML, Feenstra DJ, Eeren HV, Bales DL,	RCT/Level II	N=114 rand omis	BPD (DSM-IV), ≥18 years (mean age 30.8 years, 82.5% women)	MBT day hospital treatment (MBT-DH)	MBT-intensive outpat	BPD severity personality functioning	PAI-BOR SIPP BSI-GSI	18 months	no evidence of a differential rate of	high risk of attention bias in terms of amounts

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Laurensen EMP, Blankers M, Soons MBJ, Dekker JJM, Lukas Z, Verheul R, Luyten P. „Day Hospital versus Intensive Out-Patient Mentalisation-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Multicentre Randomised Clinical Trial“. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 22.		ed, n=114 analysed			ient treatment (MBT-IOP)	symptom severity interpersonal problems quality of life self-harm/suicidality	IIP EQ-5D SSHI		change between the two groups for the primary outcome (BPD severity) and most remaining outcomes. Exception: larger differential rate of change for MBT-DH ($\beta=0.12$, 95% CI 0.02 to 0.22, $z=2.26$, $p=.024$); on secondary outcomes, between-group effect sizes constantly	of group sessions: MBT-DH includes 5-days per week treatment at the day hospital, with 9 group therapy sessions per week. MBT-IOP involves 2 group therapy sessions per week only

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidenc e	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comp arison	Outcomes	Measure /s	Length of follow- up	Effect Size	Comments
Februar 2019, 1–6. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.9.292 NL									favoured MBT-DH	

15.6.9 Evidenztabelle zu Fragestellung 20

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.10 Evidenztabelle zu Fragestellungen 21 und ADD.3

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.11 Evidenztabelle zu Fragestellung 22

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.12 Evidenztabellen zu Fragestellungen 23 and 24

Level I

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Fitzpatrick, Skye, Anne C. Wagner, und Candice M. Monson. „Optimizing Borderline Personality Disorder Treatment by Incorporating Significant Others: A Review and Synthesis“. <i>Personality Disorders</i> , 4. Februar 2019. https://doi.org/10.1037/per0000328 .	Level I/ systematic review/synthesis including different kinds of studies, partly level II studies	N=4 Level II studies	Blum et al. 2008 ¹²⁵ , N=165 persons with BPD	STEPS+TAU	TAU	no carer-related outcomes assessed		20 weeks		positive effects observed for carer-related outcomes
			Bos et al. 2010 ¹²⁸ N=85 persons with BPD	STEPS+individual therapy	TAU	no carer-related outcomes assessed		6 months		(Staying Connected Programme, Couple DBT). Not in the review:
			Grenyer et al. 2019 N=68 carers	Staying Connected (SC; relationship-oriented program for carers)	WL	carer's relationship satisfaction		12 months	carer's relationship satisfaction: SC > WL from pre- to posttreatment, maintained at follow-up	Bateman & Fonagy 2018 (find at Level II evidence below).
						family empowerment			carer's reported family empowerment: SC>WL (pre- to posttreatment)	Study on Couple DBT ¹⁷¹ poorly described, high risk of bias

			Kamalabadi et al. 2012 ¹⁷¹ N=30 couples including minimum one person with BPD each	Couple DBT (CDBT)	WL	partner's perceived relationship quality		14 weeks	t, maintained at follow-up) CDBT>WL satisfaction (d=.59), commitment (d=.57), intimacy (d=.71), passion (d=.90), love (d=.72), trust (d=.59)
--	--	--	---	-------------------	----	--	--	----------	---

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Bateman, A & Fonagy P (2018) UK	RCT/Level II	N=56	Family members or significant others living with/supporting people with BPD	MBT-FACTS (supportive and skills-based program delivered by trained family members);5 evening meetings	Waiting List	Family-reported adverse incidents with person with BPD family well-being family empowerment burden anxiety depression	incident diary WEMWBS FES BAS STAI BDI	5 weeks of treatment + 4 weeks follow-up	Less adverse incidents in MBT-FACTS group (post: MD=-1.70; 95% CI -2.38, -1.01; z=-4.85; p<.000; follow-up: MD=-2.75; 95%CI -3.57, -1.94; z=-6.62; p<.000) family empowerment : sig. between group difference (one-tail) at follow-up (FES MD =9.41; 95% CI -0.41 19.24; z=4.98, p<.06) Sig. higher well-being in	MBT-FACTS delivered by families to families may be helpful, for family-related outcome (adverse events, family problems, family empowerment, well-being) No effects found on individual carers' well-being

									<p>MBT-FACTS group at the end of treatment and follow-up (post: MD=5.74; 95% CI 0.10, 11.39; z=1.99, p=.046; follow-up: MD=6.66; 95% CI 0.45, 12.78, z=2.11, p=.035)</p> <p>Sig. less family problems, difference increasing from week 2 on, highest difference at follow up (MD=-10.65; 95% CI -16.31, -4.99; z=-3.69, p=.0003).</p> <p>Anxiety, depression, burden: no sig. group differences at any time point; improvement</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									s in both groups	
Grenyer et al. (2018) Australia	Level II/RCT	N=68	Carers (aged 16 or older, mean age 54.2 years, 66.2% female, 73.5% parents) for a person (aged 14 or older, mean age 30.4 years, 75% female) with a diagnosis of personality disorder or symptoms consistent with personality disorder, including problems in managing strong emotions, self-harming behaviour, self-destructive behavior, problems with identity and sense of self	Group psychoeducation ("Staying Connected"), groups of 6 to 8 carers, 16 hours of face-to-face contact over 10 weeks (1-day psychoeducation group + 4 2-hour group sessions every 2 weeks), Treatment aims: Empower carers with skills to change themselves in relationships, provide knowledge about BPD and challenging behaviours, facilitate options for support, facilitate sharing experiences with other carers Based on Family systems theory (Bowen 1993), including experiential exercises (role play,	Waiting List (3 months)	objective and subjective burden, relationship quality, family empowerment, mental health, expressed emotion/criticism in the family	BAS, DAS-4, FES, MHI-5, TFQ	Post: 10 weeks, follow-up 12 months	Sig interaction (time X condition) for BAS (d=.78, p=.008); TFQ-emotional overinvolvement (d=-.35, p=.026); TFQ-Criticism (d=-.66, p=.026); FES (d=1.40, p=.003) No sig. interactions for MHI-5, BAS Sig. improvement after treatment up to 12-months follow-up only for BAS (d=.45, p=.042) and MHI-5 (d=.52, p=.047)	Effects on relationship quality and relationship behaviour Again, no immediate effects on carers' burden or mental health (but after 12-month follow-up)

				communication practice exercises)						
Kamalabadi et al. 2012 Iran	Level II/RCT	N=30 couples	Males 18-50 years with their partners, at least one partner with BPD	14 weekly sessions of couple DBT	WL	Relevant for Q24: Perceived relationship quality (partner-rated)	PRFQ	14 weeks (post)	couple DBT > waitlist for satisfaction ($d = .59$), commitment ($d = .57$), intimacy ($d = .71$), passion ($d = .90$), love ($d = .72$), and trust ($d = .59$)	study methods poorly described, high risk of bias

15.6.13 Evidenztabellen Fragestellungen 25 and 26

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021)

Level II

Full reference Country	Study Design/ Level of Evidence	N (n)	Participants Age Gender Diagnosis Other	Intervention	Comparison	Outcomes	Measure/s	Length of follow-up	Effect Size	Comments
Bateman, Anthony, und Peter Fonagy. „A Randomized Controlled Trial of a Mentalization-Based Intervention (MBT-FACTS) for Families of People with Borderline Personality Disorder“. Personality Disorders 10, Nr. 1 (2019): 70–79. UK	II (RCT)	N=56 adult carers	Family members or significant others living with/supporting people with BPD	MBT-FACTS (supportive and skills-based program delivered by trained family members);5 evening meetings	waiting list	Family-reported adverse incidents with person with BPD family well-being family empowerment family burden anxiety depression	incident diary WEMWBS FES BAS STAI BDI	5 weeks of treatment + 4 weeks follow-up	Less adverse incidents in MBT-FACTS group (post: MD=-1.70; 95% CI -2.38, -1.01; z=-4.85; p<.000; follow-up: MD=-2.75; 95%CI -3.57, -1.94; z=-6.62; p<.000) family empowerment : sig. between group difference (one-tail) at	MBT-FACTS delivered by families to families may be helpful, for family-related outcome (adverse events, family problems, family empowerment, well-being No effects found on

									<p>follow-up (FES MD =9.41; 95% CI -0.41 19.24; z=4.98, p<.06)</p> <p>Sig. higher well-being in MBT-FACTS group at the end of treatment and follow-up (post: MD=5.74; 95% CI 0.10, 11.39; z=1.99, p=.046; follow-up: MD=6.66; 95% CI 0.45, 12.78, z=2.11, p=.035)</p> <p>Sig. less family problems, difference increasing from week 2 on, highest difference at</p>	individual carers' well-being
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------

									<p>follow up (MD=-10.65; 95% CI -16.31, -4.99; z=-3.69, p=.0003).</p> <p>Anxiety, depression, burden: no sig. group differences at any time point; improvements in both groups</p>	
<p>Grenyer, Brin F. S., Rachel C. Bailey, Kate L. Lewis, Michael Matthias, Toni Garretty, und Annemaree Bickerton. „A Randomized Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons With Borderline Personality Disorder.“ <i>Journal of Personality Disorders</i> 33, Nr. 2 (April 2019): 214–28. Australia</p>	II (RCT)	N=68 adult carers of a person with PD (74% BPD)	carers: mean age 54.2 years, 66% women, 72% primary carers: persons cared for: mean age 30.4 years, 75% women	group program: “Staying Connected”; psychoeducation based on relationship model and family systems therapy; 16 hours within 10 weeks (one-day psychoeducation group followed by four 2-hour group sessions every other week)	waiting list	Burden (subjective/objective) Dyadic Adjustment Family empowerment mental health of the caring person expressed emotion/criticism	BAS DAS-4 FES MHI-5 TFQ	10 weeks (post-treatment), 12 months follow-up	<p>post-treatment (sig. interactions between time and conditions): DAS $F(1, 40, 184)=7.738$, $p=0.008$; TFQ-Emotional Overinvolvement $F(1, 55, 050)=5.247$, $p=0.26$; FES $F=(1, 55, 279)=9.898$, $p=.003$</p>	PE group led to improvements on outcome probably relevant for the well-being of the person cared for (dyadic adjustment, family empowerment, reduced expressed emotion)

									12-month follow-up: sig. improvement of MHI-5 ($d=0.52$, $p=0.47$) and BAS ($d=0.45$, $p=0.42$) between post-and follow-up	In addition, positive long-term effects on carers burden and mental health
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15.6.14 Evidenztabelle zur Fragestellung ADD5

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.15 Evidenztabelle zur Fragestellung ADD6

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.16 Evidenztabellen zur Fragestellung ADD7

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.17 Evidenztabelle zur Fragestellung ADD8

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

15.6.18 Evidenztabelle zur Fragestellung ADD9

Level I

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

Level II

Keine entsprechende Evidenz identifiziert (September 2021).

16. Abkürzungen

Noch nicht vollständig

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BEST	Borderline Evaluation of Severity Over Time
BIS 11	Barrett Impulsivity Scale
BPDSI-IV	Borderline Personality Disorder Severity Index-IV
BPD	Borderline personality disorder
BPI	Borderline Personality Interview
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
BSL-23	Borderline Symptom List 23
BSS	Beck Suicidal Scale
CAT	Cognitive-Analytic Therapy
CGI-BPD	Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder
CGI-S	Clinical Global Impression Scale-Severity
CM	Clinical Management
CORE-OM	Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan
DBT-A	DBT adaptiert für Jugendliche (adolescents)
DES	Dissociative Experience Scale
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale
DIB-R	Revised Diagnostic Interview for Borderlines
DIPD	Diagnostic Interview for Personality Disorders
DSHI	Deliberate Self-Harm Inventory
EQ-5D	EuroQol -5 dimensions
ERT	Emotion Regulation Training

GAF	Global Assessment of Functioning
GAS	Global Assessment Scale
GD	Geschlechtsdysphorie
GIK	Geschlechtsinkongruenz
GSI	Global Severity Index
IIP	Inventory of Interpersonal Problems
IPDE	International Personality Disorder Examination
FGA	first-generation antipsychotics
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression
HRQoL	Health-Related Quality of Life
IPT	Interpersonelle Therapie
MBT	Mentalisierungsbasierte Therapie nach Fonagy & Bateman
MD	Mittelwertsdifferenz
MSI	McLean Screening Instrument for BPD
OAS	Overt Aggression Scale
OQ-45	Outcome Questionnaire 45
OR	Odds Ratio
PAI-BOR	Personality Assessment Interview - Borderline
PAS-Q	Quick Personality Assessment Questionnaire
PD	Personality Disorder
PS	Persönlichkeitsstörung
PDT	Psychodynamische Therapie
PDQ-4-BPD	Personality Diagnostic Questionnaire 4 th edition, BPD scale
PSS-I	PTSD Symptom Scale Interview
PT	Psychotherapy
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
RCT	Randomisiert-kontrollierte Studie (“randomized controlled trial“)
RR	Risk Ratio
SAP	Standardised Assessment of Personality
SAS	Social Adjustment Scale
SAS-SR	Social Adjustment Scale – self-rating
SASII	Linehan Suicide Attempt Self Injury Interview
SATP	Satisfaction Profile

SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders
SCID-II-PQ	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders - Personality Questionnaire
SCL-90-R	Symptom Checklist 90-Revised
SD	Standardabweichung
SDS	Sheehan Disability Score
SFT	Schemafokussierte Therapie nach Young
SGA	Second-generation antipsychotics
SHI	Self-Harm Inventory
SMD	Standardisierte Mittelwertsdifferenz
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
STAXI	Spielberger State Trait Anger Expression Inventory
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitor (selective Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)
STEPPS	Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving
TFP	Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg ("Transference-Focused Psychotherapy)
WSAS	Work and Social Adjustment Scale
Zan-BPD	Zanarini Rating Scale for Borderline Personality disorder