



Petra Zimmermann
Julia Förster
Sophie Reiske
(Hrsg.)

DBT-Sucht

Dialektisch-Behaviorale
Therapie bei Borderline- und
Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)



Akkreditiert durch den
Deutschen Dachverband
DBT e.V.



DOWNLOAD

 **hogrefe**



Petra Zimmermann
Julia Förster
Sophie Reiske
(Hrsg.)

DBT-Sucht

Dialektisch-Behaviorale
Therapie bei Borderline- und
Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)



 **hogrefe**

Petra Zimmermann
Julia Förster
Sophie Reiske
(Hrsg.)

DBT-Sucht

**Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-
und Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)**

 **hogrefe**

Dipl.-Psych. Petra Zimmermann, geb. 1964. 1984–1989 Studium der Psychologie in Erlangen-Nürnberg. 1989–1994 Verhaltenstherapieausbildung, freie Mitarbeit in psychotherapeutischer Praxis und wissenschaftliche Mitarbeit an der Universität Erlangen-Nürnberg. 1994–1996 niedergelassen in eigener Praxis und Honorartätigkeit in therapeutischer Gemeinschaft für Heroinabhängige in San Sebastian, Spanien. 1996–2001 Psychotherapeutin in den Oberbergkliniken Weserbergland und Berlin Brandenburg, ab 1999 als leitende Psychologin. 1999 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2001 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin. Tätigkeit als Dozentin, Trainerin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und DBT.

Dipl.-Psych. Julia Förster, geb. 1978. 1998–2005 Studium der Psychologie in Berlin. Seit 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus und Stationspsychologin der DBT-Sucht-Station. 2012 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2014 Tätigkeit als Dozentin und Supervisorin für DBT (DDBT). 2014–2018 Therapeutin in der Release Trauma-Ambulanz des Zentrums für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin (ZPHU). Seit 2019 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin.

Dipl.-Psych. Sophie Reiske, geb. 1975. 1996–2002 Studium der Psychologie in Berlin. 2004–2016

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus (bis 2011) und Stationspsychologin der DBT-Sucht-Station (bis Juli 2006) unterbrochen und verkürzt durch Elternzeit. 2008 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2009–2013 Freiberufliche Tätigkeit als Psychologische Psychotherapeutin an der Hochschulambulanz der FU Berlin und in freier Praxis. Seit 2014 Leiterin des Referates DBT-Sucht des Dachverbandes DBT. Seit 2017 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin. Tätigkeit als Dozentin, Trainerin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und DBT.

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

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images / styf22

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg;

www.klausgehrmann.net

Format: EPUB

1. Auflage 2021

© 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3021-8; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-3021-9)

ISBN 978-3-8017-3021-5

<https://doi.org/10.1026/03021-000>

Nutzungsbedingungen:

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

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

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

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

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

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

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

Anmerkung:

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

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

I. Theoretischer Hintergrund

1 Beschreibung der Störungsbilder

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.2 Substanzgebrauchsstörungen

1.3 Diagnostik der Komorbidität

1.4 Epidemiologische Befunde zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.5 Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und andere psychische Störungen

2 Störungsmodell – Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Substanzgebrauchsstörung

2.1 Die Rolle biologischer Faktoren bei der Entstehung von BPS

2.2 Die Rolle sozialer Faktoren bei der Entstehung der Störung

2.3 Die Eigendynamik der Substanzgebrauchsstörung im Rahmen des Ätiologiemodells

3 Entwicklung der DBT-S

3.1 Stand der Therapieforschung zu DBT-S

3.2 Veränderungen in der Versorgungslandschaft

II. Therapie

4 Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie und Erweiterungen in der DBT-S

4.1 Grundlagen der DBT

4.2 Therapeutische Grundhaltungen und Motivation

4.3 Therapiestruktur und Prioritätensetzung

4.3.1 Die dynamische Hierarchisierung und Therapiestadien

4.3.2 DBT- und DBT-S-Behandlungsvertrag

4.4 Therapiemodule und ihre Erweiterung in der DBT-S

4.4.1 Einzeltherapie

4.4.2 Telefoncoaching

4.4.3 Skills-Training

4.4.4 Konsultationsteam

4.4.5 Supervision

4.5 Multiprofessionelle Behandlungsmöglichkeiten

4.5.1 Pharmakotherapie der BPS

4.5.2 Pharmakotherapie bei komorbider
Substanzgebrauchsstörung

4.5.3 Substitution

4.5.4 Selbsthilfegruppen

5 Behandlungsstrategien und ihre Erweiterungen in der DBT-S

5.1 Attachmentstrategien

5.2 Dialektische Strategien

5.3 Validierungsstrategien

5.4 Veränderungsstrategien

5.4.1 Selbstbeobachtung

5.4.2 Verhaltensanalysen/Rückfallanalysen

5.4.3 Aufbau von Alternativfertigkeiten (Skills)

5.4.4 Kontingenzmanagement

5.4.5 Kognitive Strategien

5.4.6 Expositionsverfahren

5.5 Commitmentstrategien

5.6 Strukturelle Strategien

5.7 Umgang mit Konsum während der Behandlung

5.8 Therapeutische Beziehung

6 DBT-S-Skills

6.1 Einführung und Umsetzung der DBT-S-Skills im Skills-Training

6.2 Beschreibung der DBT-S-Skills

6.2.1 Basisinformation

6.2.2 Einführung

6.2.3 Achtsamkeit

6.2.4 Stresstoleranz

6.2.5 Umgang mit Gefühlen

6.2.6 Zwischenmenschliche Fertigkeiten

6.2.7 Rückfallprävention

III. Praktische Umsetzung der DBT-S

7 Stationäres und tagesklinisches Therapiekonzept DBT-S

7.1 Die Station „St. Felicitas“ im St. Hedwig-Krankenhaus

7.2 Die stationäre und tagesklinische DBT-S-Flex-Behandlung

7.2.1 Vorbereitung auf die Therapie

7.2.2 Die Struktur der DBT-S-Flex-Therapie

7.2.3 Therapiebausteine

7.2.4 Umgang mit Konsum

7.2.5 Therapiepausen

7.2.6 Umgang mit therapiezerstörendem und den
Therapiefortschritt behinderndem Verhalten

7.2.7 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

7.3 Hilfreiche Strukturen im Team

7.4 Abschließende Bemerkungen

8 DBT-S-Körpertherapie

8.1 Ablauf der DBT-S-Körpertherapie

8.2 Aufbau der Körpertherapie-Stunden

8.2.1 Körperbezogene Stresstoleranz-Skills und Anti-
Craving-Skills

8.2.2 Achtsamkeitsbezogene Körper-Skills

8.2.3 Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschlichen
Fertigkeiten und Selbstfürsorge

8.3 Einzeltherapie

8.4 Therapeutisches Klettern

9 DBT-S in der ambulanten Psychotherapie

9.1 Zugangswege zur Praxis und Voraussetzungen der
Patient*innen

9.2 Behandlungsmöglichkeiten nach den
Psychotherapierichtlinien

9.3 Die Vorbereitung der Behandlung

9.3.1 Psychotherapeutische Sprechstunde

9.3.2 Umgang mit Wartezeiten

9.3.3 Die probatorischen Sitzungen

9.3.4 Zielklärung und Commitment

9.3.5 Abschluss des DBT-S-Therapievertrags

9.4 Umsetzung der DBT-S-Behandlungsstrategien

9.4.1 Attachmentstrategien

9.4.2 Gruppen- und Einzel-Skills-Training

9.4.3 DBT-S-spezifische Themen in der ambulanten Einzeltherapie

9.5 Umgang mit Konsumvorfällen – dialektische Abstinenz

9.5.1 Verzögert aufgedeckter Konsumvorfall

9.5.2 Verdeckter Konsumvorfall

9.5.3 Konsumvorfälle oder Konsummuster?

9.5.4 Konsumvorfall und Lösungsanalyse

9.6 Die Arbeit im ambulanten Konsultationsteam

9.7 Kooperationen mit anderen Berufsgruppen

9.8 Dauer der ambulanten DBT-S-Behandlung

10 Fester Stand bei maximaler Flexibilität – Konzept für eine komplementäre DBT-S-Einrichtung

10.1 Einführung

10.2 Komplementäre DBT-S-Behandlungseinheit –
Rahmenbedingungen, Personalstruktur, Zugang

10.3 Grundlagen der Betreuung

10.4 Behandlungskonzept

10.5 Skills-Training

10.6 Besondere Attachmentstrategien

10.7 Umgang mit Aggressionen, Gewaltandrohungen
und Gewaltausübung

10.8 Fallbeispiel

11 „DBT-Sucht“ mit Opiatabhängigen

11.1 DBT-S als Angebot

11.2 Durchführung DBT-S

11.3 Erfahrungen

12 Implementierung eines DBT-S-Konzeptes

12.1 Implementierungsprozesse in verschiedenen
Konstellationen

12.2 Der Weg zum routinierten DBT-S-Bereich – ein
Change-Management-Prozess

12.3 Die sechs häufigsten Irrtümer über das DBT-S-
Konzept

13 Ausblick

Literatur

Anhang

Hinweise zu den Online-Materialien

Die Autorinnen und Autoren des Bandes

^[11] **Einleitung**

Für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mittels der in den 1980er Jahren von Marsha Linehan (Universität of Washington, Seattle, USA) entwickelten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) kann auf gut ausgearbeitete Literatur im deutschsprachigen Raum zurückgegriffen werden. Die DBT erfuhr im Laufe ihrer Weiterentwicklung verschiedene Adaptationen an Komorbiditäten wie Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörung, AD(H)S, um nur einige zu nennen. Im vorliegenden Buch wird erstmalig im deutschsprachigen Raum eine Anpassung der DBT für die Behandlung von Betroffenen einer BPS und einer gleichzeitig bestehenden Substanzgebrauchsstörung praxisnah vorgestellt. Die Notwendigkeit, diese Komorbidität explizit zu berücksichtigen, ergibt sich aus der Beobachtung, dass ca. 78 % der Menschen mit einer BPS zusätzlich im Laufe ihres Lebens eine Substanzgebrauchsstörung entwickeln ([Kienast et al., 2014](#)) und einer Behandlungsform bedürfen, die beiden Problemlagen gleichermaßen gerecht wird. Für die Entwicklung der DBT-Sucht (DBT-S) legten [Linehan und Dimeff mit dem 1997](#) erstellten unveröffentlichten Manuskript zu DBT-S einen Grundstein, der die Basis für nachfolgende Studien darstellte.

Die Autor*innen dieses Buches bilden auf der Basis ihrer DBT-S-Behandlungserfahrung seit vielen Jahren eine Arbeitsgruppe (Referat DBT-S des Dachverbands DBT), die

im deutschsprachigen Raum Anpassungen, Implementierungen und die Weiterentwicklung der DBT-S für verschiedene Behandlungssettings vorantrieb und begleitete. Mit dem Buch ist der Wunsch verbunden, die Erfahrungen und Fallstricke in der Umsetzung der DBT-S zur Verfügung zu stellen. Dies in dem Bewusstsein, dass fortlaufender Austausch mit Patient*innen, Kolleg*innen und die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen eine stetige Weiterentwicklung bedeuten wird.

Die Therapie der BPS mit gleichzeitiger Substanzgebrauchsstörung stellt für Betroffene und Behandelnde eine Herausforderung dar. Im ersten Teil des Buches werden zunächst zentrale Aspekte der BPS und der Substanzgebrauchsstörung, Besonderheiten dieser Komorbidität und das zugrunde liegende Ätiologiemodell beschrieben (vgl. [Kapitel 1](#) und [2](#)). In [Kapitel 3](#) wird auf die Veränderungen in der Versorgung dieser Patient*innengruppe eingegangen und es wird der bisherige Forschungsstand zur DBT-S dargestellt.

[12] Der zweite Teil des Buches ist der Therapie gewidmet. Ausgehend von der Standard-DBT werden die Erweiterungen in der DBT-S erläutert. Zentral ist die dialektische Ausrichtung. Im Sinne eines „sowohl als auch“ bedeutet Dialektik in der DBT das Akzeptieren von Widersprüchen als scheinbar unvereinbare Positionen. [Linehan \(1996\)](#) führte das Bild einer Wippe ein, bei der sich Patient*in und Therapeut*in analog widersprüchlich wirkender Positionen gegenüberstehen. Beide bewegen sich in der Behandlung vor und zurück, balancieren aus und

bewegen sich hin zur Mitte, verhandeln eine gemeinsam getragene Position. Die Dialektik zeigt sich sowohl im Fokus auf Veränderung von Erleben und Verhalten als auch in der Akzeptanz beispielsweise sehr schmerzhafter Gefühle in der Therapie. Sie findet sich in der therapeutischen Grundhaltung wie z. B. der dialektischen Abstinenz bei zusätzlicher Substanzgebrauchsstörung, der Beziehungsgestaltung und im sogenannten Konsultationsteam wieder. Ohne Rigidität anzustreben, bietet DBT eine Struktur mit verschiedenen Therapiemodulen, die für die DBT-S erweitert und an Besonderheiten der Substanzgebrauchsstörung angepasst wurden. Vor Therapiebeginn werden transparente Absprachen getroffen. Mithilfe von Attachmentstrategien soll die Bindung an die Therapie erhöht werden, wenn diese zunächst in erlebter Konkurrenz mit den Suchtstoffen steht. Patient*innen mit einer BPS und einer Substanzgebrauchsstörung gelten aufgrund dieser Komorbidität als besonders belastet. Die daraus entstehende Fülle an gleichzeitig dringenden Anliegen und Problemverhaltensweisen in der Behandlung kann überfordern. Die aus der Standard-DBT bekannte dynamische Hierarchisierung des jeweiligen Behandlungsfokus erlaubt hier Prioritäten im Vorgehen zu setzen und berücksichtigt in der DBT-S zusätzlich substanzbezogene Problemverhaltensweisen. Des Weiteren schafft sie eine Struktur, um entlang des Fortschritts in der Therapie zwischen verschiedenen Stadien zu wechseln. Die DBT-S ist nicht ohne die Themen Commitment zur Abstinenz und Konsumvorfälle denkbar. Das Vorgehen muss vielen

Aspekten, u. a. der Eigendynamik einer Substanzgebrauchsstörung, den Commitmentmöglichkeiten der Patient*innen, dem Umgang mit verdeckten Rückfällen sowie dem Aufbau eines wirksamen Kontingenzmanagements, gerecht werden.

Ein umfangreiches DBT-S-Fertigkeitentraining (Skills-Training) wird im Kapitel DBT-S-Skills mit Informations- und Arbeitsblättern vorgestellt. Es beinhaltet spezifische, auf eine zusätzliche Substanzgebrauchsstörung abgestimmte, Fertigkeiten. Das Kapitel orientiert sich in seiner Systematik an den Modulen des Fertigkeitentrainings in der Standard-DBT. Es kann als eigenes DBT-S-Skills-Programm oder mit ausgewählten Materialien bedarfsorientiert genutzt werden. Neben didaktischen Ideen werden Erfahrungen aus der Vermittlung für jede dieser DBT-S-Fertigkeiten beschrieben. Beispielhaft ausgefüllte Arbeitsblätter verdeutlichen ihren Einsatz.

Ein Herzstück des Buches bildet die praktische Umsetzung der DBT-S in den verschiedenen Settings, die exemplarische Praxisbeispiele darstellen. Anschaulich ^[13] wird das Vorgehen in einem stationären und teilstationären, sogenannten DBT-S-Flex-Programm vorgestellt. In diesem Rahmen wird in einem separaten Kapitel die DBT-S-bezogene Ausgestaltung der Körpertherapie mit konkreten Übungen im Raster der Skills-Module dargelegt. Ein weiteres Kapitel widmet sich der ambulanten DBT-S-Behandlung und illustriert diese anhand eines konkreten Behandlungsfalles mit Beispieldialogen. Die soziale Arbeit im betreuten Wohnen erfordert pragmatisches und konkretes Handeln.

Wie werden die mit dem Klientel verbundenen Herausforderungen im Rahmen einer komplementären DBT-S-Behandlungseinheit eines Trägers der Drogenhilfe bewältigt? Erfahrungen mit DBT-S in einer Methadonambulanz mögen einladen, dieses Vorgehen in dem Bereich weiter zu etablieren.

Vielleicht ist bei Ihnen während des Lesens der Wunsch entstanden, DBT-S in ihrem Behandlungssetting zu implementieren, vielleicht befinden Sie sich gerade in diesem Implementierungsprozess und sehen sich mit Fragen und Unsicherheiten konfrontiert. Ein Leitfaden für diesen Prozess legt Erfahrungen, Herausforderungen und gefundene Lösungen aus verschiedenen Blickwinkeln und für verschiedene Settings dar.

Bei der Erstellung des Buches haben wir verschiedene Varianten einer gendergerechten Sprache diskutiert. Das Buch sollte gut lesbar sein, aber keine Bevölkerungsgruppe benachteiligen. In diesem dialektischen Spannungsfeld haben wir uns für den Gender-Star und den Versuch, gendergerechte Formulierungen zu nutzen, entschieden. Auch hier eine Herausforderung.

Unser Dank gilt unseren Patient*innen. Sie sind der Grund für dieses Buch. Sie ermöglichen uns ein vertieftes individuelles Verstehen und fortschreitendes Miteinander-Lernen in der Anwendung und Weiterentwicklung der Methoden.

Des Weiteren danken wir unseren Kolleg*innen für ihre Anregungen und Hilfestellungen beim Erstellen dieses

Buchs, insbesondere Dorothee Pink und Hans Gunia für ihre zahlreichen fachlichen Rückmeldungen, Sandra Schauen, Sabine Koch, Wolf-Peter Stiftel, Lisa Kleint, Christian Stiglmayr, Rita Schmitt sowie Henrieke Joouval v. Hoerner.

Vom Hogrefe Verlag danken wir Susanne Weidinger für die sehr kompetente Unterstützung bei der Erstellung des Buches und Martina Hindermann, die geduldig alle unsere Fragen beantwortete.

Unser persönlicher Dank gilt denen, die uns im Herzen besonders nahe sind: Justus, Antonia und Klas Förster, Johannes Seib, Lotta, Ben, Lenie und Johannes Reiske, Heike Harms, Reiner und Jonas Marxsen sowie Christiane Quadflieg. Sie haben auf Zeit mit uns verzichtet und unser Vorhaben mit ihren Möglichkeiten unterstützt.

Berlin, Frühjahr 2021

*Petra Zimmermann,
Julia Förster und Sophie
Reiske*

|15|

I. THEORETISCHER HINTERGRUND

^[17] **1 Beschreibung der Störungsbilder**

Sophie Reiske

Im Folgendem werden zuerst die Diagnosekriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und die Merkmale Substanzgebrauchsstörung erläutert, um dann auf die Kombination beider Störungen und die hieraus resultierenden Probleme für die betroffenen Menschen und therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen einzugehen.

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

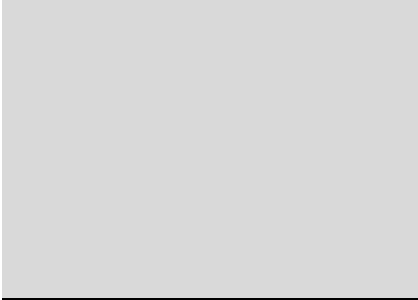
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) beschreibt, wie dies für jede Persönlichkeitsstörung gilt, eine tiefgreifende Veränderung im Erleben und Verhalten eines Menschen. Die ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO) und das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual der amerikanischen Psychiatriegesellschaft, Version 5) stellen die Grundlage der relevanten Diagnostik dar. In der sich auf Deutsch in Vorbereitung befindlichen 11. Auflage der ICD werden die Persönlichkeitsstörungen in ein dimensionales Modell überführt und in verschiedene Schweregrade unterteilt. Dabei wird es weiterhin die Möglichkeit geben, eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus zu diagnostizieren. Zukünftige

Darstellungen der Persönlichkeitsstörung in der ICD 11 finden sich anschaulich im Buch Persönlichkeitsstörungen von [Renneberg und Herpertz \(2021\)](#) erläutert. [Tabelle 1](#) zeigt die Diagnosekriterien der BPS nach DSM-5 und ICD-10 (vgl. auch [Bohus, 2019](#)). Nach DSM-5 müssen für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mindestens fünf der neun beschriebenen Kriterien erfüllt sein.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für BPS nach DSM-5 ([APA/Falkai et al., 2018](#)) und ICD-10 ([Dilling et al., 2016](#))

DSM-5 - Borderline-Persönlichkeitsstörung 1	Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: 1. ^[18] Verzweifelter Versuch, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (<i>Beachte:</i> Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) 2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. 3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
--	---

	4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (<i>Beachte:</i> Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) 5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten. 6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern). 7. Chronische Gefühle von Leere. 8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). 9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.
ICD-10 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Borderline-Typus (F60.31)	A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein. B. Mindestens drei der unter F60.30 B erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen: 1. Störungen und Unsicherheit bzgl. Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller) 2. Neigung sich auf 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 Selbstschädigung
 - 5. anhaltende Gefühle von Leere.
-

[19] Diese Kriterien der BPS lassen sich in drei Dimensionen einordnen, die sich wechselseitig beeinflussen ([Bohus, 2019](#); [Stiglmayr & Gunia, 2017](#)):

- 1. Störung der Affektregulation,
- 2. Störung der Identität,
- 3. Störung der sozialen Interaktion.

Störung der Affektregulation

Die Beeinträchtigung der Affektregulation steht im Mittelpunkt der BPS-Problematik ([Bohus, 2019](#)). Bei vielen Menschen mit BPS werden rascher intensive und länger andauernde Emotionen als bei Gesunden ausgelöst ([Bohus, 2019](#)). Gemäß der Annahme einer biologischen Disposition (vgl. [Kapitel 2](#)) verfügen sie über eine niedrige emotionale Reizschwelle, ein damit einhergehendes hohes emotionales Erregungsniveau, sowie eine verlangsamte Beruhigung auf das ursprüngliche Erregungsniveau. Diese Störungen der affektiven Prozesse beeinflussen fast alle Symptome der BPS. Im Bereich der Affekte erleben Menschen mit einer BPS daher häufig vielfältige und starke Emotionen, die sie jedoch unter starkem Stress nicht differenziert wahrnehmen können, und die sich dann in diffusen und aversiven

Spannungszuständen äußern ([Bohus, 2019](#); [Lieb et al., 2004](#); [Stiglmayr, 2003](#); [Stiglmayr & Gunia, 2017](#)). Deswegen leiden die Betroffenen unter starken, als unangenehm erlebten Gefühlen, die sich in depressiven Episoden, in Wutausbrüchen, Angst- und Panikzuständen ausdrücken können ([Linehan, 1996](#); [Lieb et al., 2004](#)). Durch eine übermäßige Reaktivität der Stimmung kommt es zu intensiven Stimmungsschwankungen, während derer die Betroffenen sehr schnell von einem Gefühlszustand zu einem nächsten, oftmals auch zu einem widersprüchlichen Gefühlszustand, wechseln ([Renneberg, 2001](#)). Dies kann mehrmals am Tag vorkommen und geschieht oftmals ohne erkennbaren situativen Auslöser ([Lieb et al., 2004](#)). In diesen Hochstressphasen ist das logische und planvolle Denken sowie die Selbstreflexion stark eingeschränkt. Die Betroffenen möchten diese belastenden Spannungszustände möglichst schnell beenden. Hierzu werden meist kurzfristig wirksame, aber leider dysfunktionale Strategien eingesetzt, wie zum Beispiel Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und Intoxikationen ([Bohus, 2019](#)).

„Die meisten manifesten Probleme auf der Verhaltensebene können als unmittelbare Folgen von Störungen der Emotionsregulation verstanden werden oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategien“ ([Bohus, 2019](#), S. 7 f.). Auf der Verhaltensebene zeigen sich vor allem impulsive Verhaltensmuster. Am bekanntesten ist das selbstverletzende Verhalten, welches laut [Petermann und Winkel \(2005\)](#) „... nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (S. 23). Selbstverletzende, lebensbedrohliche