

# Patientinnen mit Selbstverletzungen in der Praxis des Hausarztes

Teil 2: Behandlungsansätze bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild, das etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung betrifft – in der Schweiz also etwa 100 000 Menschen. Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten Experten heute eine Störung der Affektregulation. Dieser zweite Teil beschäftigt sich mit dem therapeutischen Vorgehen.

**THOMAS KÜHLER, KIRSTEN SCHEHR,  
KLAUS HÖSCHEL, MARTIN BOHUS**

## Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT wurde in den Achtzigerjahren von M. Linehan, USA, als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patienten mit BPS entwickelt (14, 15). Die Therapie basiert auf einer neuro-behavioralen Theorie und den Wirkprinzipien der empirischwissenschaftlichen Psychotherapie.

Diese Therapie integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Meditation. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbare Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, mussten viele Richtlinien (Heuristiken) entwickelt werden. Die gesamte Therapie im ambulanten Setting erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren. Sie untergliedert sich in drei Phasen mit unterschiedlichen Behandlungszielen.

Die komplexe Beziehungsgestaltung der Borderline-Patienten erfordert zudem vom Therapeuten spezifische Interaktionsmuster, die von Linehan als «dialektisch» bezeichnet werden. Gemeint ist eine schwierige Balance zwischen Akzeptanz der

## Merksätze

- Mit der Einführung der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) steht auch in der Schweiz eine effektive und evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung.
- Die flächendeckende Versorgung mit ausgebildeten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten steht aber noch in den Anfängen, sodass häufig auf spezialisierte Zentren zurückgegriffen werden muss.
- Die Datenlage hinsichtlich Wirksamkeit von Psychopharmaka in der Behandlung der Borderline-Störung ist im Vergleich mit ähnlich relevanten psychiatrischen Störungen ausgesprochen schlecht.

jeweiligen Gegebenheiten und Drängen auf Veränderung. Die Therapie gliedert sich in vier Behandlungskomponenten: *Einzeltherapie, Telefonberatung, Fertigkeitentraining* und *Supervision*. Der Einzeltherapeut muss motivieren. Er analysiert das Verhalten und die Bedingungen für die dysfunktionalen Verhaltensmuster und erarbeitet Alternativen auf der kognitiven, emotionalen oder Handlungsebene.

In Krisensituationen steht er telefonisch zur Verfügung. Im Rahmen der Fertigkeitengruppe (Skillsgruppe) erlernt oder verbessert die Patientin ihre Stresstoleranz. Sie lernt den Umgang mit emotionaler Erregung sowie adäquate interpersonelle Kommunikation und Fokussierung der Aufmerksamkeit. Diese Gruppe erstreckt sich unter ambulanten Bedingungen über den Zeitraum eines Jahres. Der Einzeltherapeut ist verantwortlich für die Generalisierung des Erlernten im sozialen Umfeld.

Um den Anforderungen im deutschsprachigen Raum gerecht zu werden (stationäre Regelbehandlung, keine Versorgung mit ambulant tätigen ausgebildeten DBT-Therapeuten), wurde in Deutschland, zuerst an der Uniklinik in Freiburg im Breisgau, aus der Supervision und Beratung von Linehan ein stationäres Behandlungskonzept nach den Richtlinien der DBT (16–18).

Eine intensive dreimonatige stationäre Behandlung mit anschliessender ambulanter Weiterbehandlung durch Therapie-

Tabelle 2: **Phasen und Behandlungsziele**

Phase I:	Behandlung von Suizidalität und Selbstverletzung Bearbeitung von Verhaltensmustern, die die Therapiecompliance gefährden Bearbeitung von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität der Patientin erheblich belasten, z.B. Drogenkonsum, Essstörungen, Wohnungslosigkeit, dissoziative Störungen etc.
Phase II:	Bearbeitung von emotionalen und kognitiven Folgen früher Traumatisierung
Phase III:	Neuorientierung und Integration, Entwicklung von Lebensplänen

ten mit spezieller Qualifikation in DBT, wie sie in Deutschland entwickelt wurde, erscheint uns auch in der Schweiz als empfehlenswertes Behandlungsmodell für Patienten mit schwerer BPS oder gefährlicher Symptomatik.

### Therapiephasen der DBT

Die DBT gliedert sich in drei Therapiephasen (Tabelle 2). In der vorgeschalteten Vorbereitungsphase stehen zunächst die diagnostische Einschätzung, die Aufklärung über Störungsbild und Behandlungsablauf sowie die Verpflichtung zur Einhaltung der Regeln im Vordergrund. Erst wenn ein Patient sich auf die notwendigen Vereinbarungen einlässt (hierzu gehören u.a. eine Non-Suizid-Vereinbarung und die Bereitschaft des Patienten, an therapiestörendem und selbstschädigendem Verhalten zu arbeiten), beginnt die erste Therapiephase.

In dieser Phase (Phase 1) helfen die Behandler beim Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Achtsamkeit, der zwischenmenschlichen Kompetenzen, der Emotionsregulation und der Stresstoleranz, um eine wesentliche *Stabilisierung* im Leben der Patienten zu erreichen. Die manualisierten Therapiestrategien von Linehan beziehen sich im Wesentlichen auf die Arbeit in der ersten Behandlungsphase. Erst wenn Patienten mit BPS eine grundlegende Stabilisierung in ihrem Leben erreicht haben, können in der zweiten Therapiephase die Folgen posttraumatischer Belastungsstörungen behandelt werden.

Von einer erfolgreichen Stabilisierung kann ausgegangen werden, wenn Patienten mit BPS keine suizidalen Verhaltensweisen, keine Selbstverletzungen und keine Suchtmittel mehr benutzen, um Spannungszustände oder emotionale Belastungen

zu regulieren. Die dissoziative Symptomatik sollte für die Patienten soweit kontrollierbar geworden sein, dass auftretende Dissoziationen im Alltag nicht mehr behindern. Zudem sollte vor Beginn der zweiten Therapiephase ein intaktes soziales Netz (mit stabilen Beziehungen zu anderen Personen) bestehen und soziale Sicherheit mit geregelterm Einkommen, einer Arbeitstätigkeit und einer festen, erträglichen Wohnsituation erreicht sein.

Zur zweiten und dritten Therapiephase sind bis heute keine ausgearbeiteten DBT-Manuale erschienen. Für traumatisierte Patienten mit BPS ist die *Bearbeitung posttraumatischer Belastungsfolgen (Phase 2)* oft schwierig, da sie bei allen traumatherapeutischen Verfahren mit traumatischen Erinnerungen konfrontiert werden, wie bei der Methode des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMD-R), der Desensibilisierung in sensu oder in vivo oder der kognitiven Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen. Die damit verbundenen emotionalen Belastungen können Patienten nur dann erfolgreich bewältigen, wenn die Stabilisierung in der ersten Therapiephase erfolgreich verlaufen ist und sie Emotionen regulieren und Stress tolerieren können. Bei einem Beginn der Behandlung posttraumatischer Belastungsfolgen ohne eine ausreichende Stabilisierung der Patienten wäre zu befürchten, dass Patienten nach der Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen erneut auf selbstschädigendes oder sogar suizidales Verhalten zurückgreifen, um die Belastungen zu regulieren. In der dritten Therapiephase (Phase 3) geht es um das Erreichen individueller Ziele des Patienten und schliesslich auch um die oft schwierige Ablösung aus der Behandlung.

### Hierarchie der Ziele erstellen

Ein wesentliches Merkmal der DBT ist die sorgfältige Hierarchisierung von Therapiezielen. Da die Symptomatik von Patienten mit BPS in der Regel komplex und oft auch gefährlich ist und die Gefahr von Therapieabbrüchen nicht unterschätzt werden darf, ist ein gewissenhaftes Einhalten der von Linehan vorgeschlagenen Zielhierarchisierung für Therapeuten und Patienten hilfreich. Immer wenn Verhaltensweisen einer höheren Zielhierarchiestufe auftauchen, hat die Behandlung und Veränderung dieser Verhaltensmuster Vorrang vor anderen Therapieinhalten.

Die allgemeinen Regeln der Zielhierarchisierung sehen vor, dass der Bearbeitung und Veränderung suizidaler oder direkt lebensbedrohlicher Verhaltensmuster Vorrang einzuräumen ist (oberste Zielhierarchiestufe: suizidales oder lebensbedrohliches Verhalten). An zweiter Stelle in der Zielhierarchie stehen

**Stabilisierung zuerst! Erst wenn Patienten in einer ersten Behandlungsphase gelernt haben, ihre Spannungszustände abzubauen, ohne sich zu schädigen, ist die weitere therapeutische Arbeit, etwa an zentralen emotionalen Problemen oder an den Folgen von Traumatisierungen, möglich.**

Verhaltensmuster, die die Therapie behindern oder unmöglich machen (z.B. Nicht-Erscheinen zu Sitzungen, Brechen von Vereinbarungen, stationäre Klinikaufnahme zur Vermeidung von Problemen im Alltag etc.).

Die Bearbeitung und Veränderung therapiegefährdenden Verhaltens hat Vorrang vor der Veränderung von Verhalten, das die Lebensqualität einschränkt (dritte Hierarchiestufe), da eine effektive therapeutische Hilfe bei der Erhöhung der Lebensqualität die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut voraussetzt. Typische Beispiele für Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken, sind *Essstörungen* (sofern nicht vital bedrohlich), *Angststörungen*, leichtere und nicht lebensbedrohliche Selbstverletzungen oder Probleme im Umgang mit Wut oder Traurigkeit. Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken, können bei Patienten mit BPS vielfältig sein, und innerhalb dieser Verhaltensweisen sollte eine erneute Abstufung der Therapieziele nach Gefährlichkeit und Alltagsrelevanz getroffen werden (19).

Manchmal ist es nötig, unterschiedliche die Lebensqualität einschränkende Verhaltensmuster parallel zu bearbeiten, wie etwa bei der häufigen Kombination von sozialphobischem Vermeidungsverhalten und gleichzeitiger depressiver Passivität.

werden präzise herausgearbeitet. Erst bei einem ausreichenden Verständnis solcher kleiner Verhaltenssequenzen kann nach alternativen Lösungen und nach Veränderungsmöglichkeiten gesucht werden. Die Umsetzung derselben erfordert häufig die Aneignung neuer oder den verbesserten Einsatz bereits nutzbarer Fähigkeiten. Tagebuchkarten mit täglichen Aufzeichnungen zur Schwere suizidaler Gedanken, dem Auftreten von selbstverletzendem Verhalten, dem Missbrauch von Drogen oder Medikamenten und anderen Problemen erleichtern dem Einzeltherapeuten die Fokussierung auf zentrales Problemverhalten.

Das *Skillstraining* wird in Gruppen von maximal neun Patienten mit BPS durchgeführt. «Skills» sind alle erwünschten Verhaltensweisen, die geeignet sind, Ziele ohne längerfristige negative Folgen zu erreichen. Das Skillstraining findet in einer strukturierten Lern- und *Übungsgruppe* mit Seminarcharakter statt. Fertigkeiten aus dem Bereich zwischenmenschlicher Kompetenzen, der Emotionsregulation und der Stresstoleranz werden durch zwei Skillstrainer vermittelt und von den Patienten in den Sitzungen und im Alltag intensiv geübt. Grundlage des Skillstrainings sind Fertigkeiten zur inneren und äusseren Achtsamkeit, das heisst spielerisch erlernbare Techniken in der

## Die Zukunft der Behandlung von Patienten mit BPS wird in Netzwerken liegen, in denen Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter und Ämter fachlich fundiert und problembezogen miteinander kooperieren.

### Behandlungselemente der DBT

In der «originalen» DBT von Linehan sind folgende Elemente feste Bestandteile des Konzepts: zwei Stunden ambulanter Einzelpsychotherapie pro Woche, ein zweistündiges Fertigkeiten-training in der Gruppe, die Möglichkeit zum Telefoncoaching (Patienten dürfen ihre Therapeuten in Krisensituationen anrufen und bekommen Hilfestellung in der Krisenbewältigung) sowie Supervision für Therapeuten und Behandlungsteam. Zusätzlich sind weitere Behandlungen (z.B. pharmakologisch oder mithilfe eines Sozialarbeiters) vorgesehen, sodass die Arbeit mit den Patienten nur in einem Team stattfinden kann. Unserer Einschätzung nach wird die Zukunft der ambulanten Behandlung in der Schweiz von Patienten mit BPS in *Behandlungsnetzwerken* liegen, wie sie an vielen Orten in Deutschland bereits entstanden sind (20).

Der DBT-Einzeltherapeut muss fortlaufend eine Hierarchie der Ziele festlegen. Patienten werden zum Üben und Ausprobieren neuer Fertigkeiten und Problemlösungen ermutigt. Bei den nicht selten auftauchenden Problemen mit gefährlichen oder therapiegefährdenden Verhaltensweisen wird zunächst auf verhaltensanalytischer Grundlage ein Problemverständnis erarbeitet, um erst dann gemeinsam nach Lösungen zu suchen. In Verhaltensanalysen wird wichtiges Verhalten genau betrachtet. Labilisierende Bedingungen, direkte Auslöser und kurz- und langfristige Konsequenzen problematischer Verhaltensweisen

Tradition der Zen-Meditation, durch die Patienten wie Therapeuten in die Lage versetzt werden, ihre Umwelt und sich selber konzentriert und nichtbewertend wahrzunehmen, zu beschreiben oder effektiv zu handeln.

Patienten dürfen sich unter bestimmten Voraussetzungen kurz mit ihren Therapeuten telefonisch beraten. Erwünscht sind *Anrufe in Krisensituationen*, sofern Patienten noch nicht auf ungünstige Lösungsversuche wie suizidale oder selbstverletzende Verhaltensweisen zurückgegriffen haben. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in einer raschen Abklärung der aktuellen Krisensituation und einer Beratung des Patienten, mit welchen Techniken die Krise ohne weitere Schädigungen überstanden werden kann. In der darauf folgenden Einzeltherapie-sitzung erhält der Patient eine Rückmeldung über sein Verhalten während des Telefoncoachings. Therapeuten sind beim Telefoncoaching angehalten, eigene persönliche Grenzen zu wahren (z.B. bestimmte Anrufzeiten festzulegen) und ungünstiges Verhalten von Patienten während eines Telefoncoachings als therapiegefährdendes Verhalten zu behandeln (z.B. wenn ein Patient Vorschläge mit dem Argument «das hilft doch sowieso nicht» nicht annimmt).

### Unterstützung im Team

Supervision und Teamsitzungen finden in Linehans Konzept regelmässig statt und sind fester Bestandteil der DBT. Grund-

Tabelle 3: Validierungsstrategien

Validierungsstufe	Beschreibung	Erläuterung
1	Aufmerksamkeit	Interessiertes Zuhören, Erinnern von früher Gesagtem, Nachfragen, nicht bewertend
2	Genau Reflexion	Vermitteln, dass das Gesagte verstanden worden ist; Patientenperspektive wird als «Ist-Zustand» verstanden, auch wenn sie nicht die einzig mögliche Perspektive ist
3	Artikulation von Nichtverbalisiertem	Ansprechen von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensmustern, die der Patient erlebt, aber nicht anspricht
4	Validierung in Termini vorangegangener Lernerfahrungen oder biologischer Dysfunktion	Das Erleben und Verhalten wird nicht «gutgeheissen», ist aber vor dem Hintergrund der Biografie oder von biologischen Parametern verständlich
5	Validierung in Termini gegenwärtiger Umstände	Das Erleben und Verhalten des Patienten ist aufgrund eines aktuellen Auslösers nachvollziehbar, unterschiedliche Wertmassstäbe werden respektiert
6	Patient als Person wird in radikaler Echtheit als valide behandelt; Entpathologisierung von Problemen und Symptomen	Patient wird als Person mit gleichem Status behandelt; Probleme werden als normal und nicht als pathologisch angesprochen (z.B. «es ist normal, traurig zu sein, wenn der Partner zu einer Reise aufbricht, das geht mir auch so»); Therapeut glaubt an die Fähigkeit des Patienten zur Veränderung

lage der gegenseitigen Unterstützung der Teammitglieder ist das Wissen, dass die Arbeit mit BPS-Patienten oft nervenaufreibend ist und «Einzelkämpfer» unter den Behandlern leicht überfordern kann. Aus eigener praktischer Erfahrung halten wir die emotionale Unterstützung im Team und das gegenseitige unterstützende Validieren und Korrigieren in schwierigen Therapiesituationen für unverzichtbar (Tabelle 3).

Ergänzende Behandlungen sind in der DBT nicht nur erlaubt, sondern sogar erwünscht, sofern ein Nutzen erwartet wird. Dieses trifft insbesondere auf die ergänzende Pharmakotherapie zu. Da es kein Medikament gegen «die BPS» gibt, werden einzelne Symptombereiche pharmakologisch behandelt. Tabelle 4 gibt einen Überblick über wissenschaftlich gesicherte pharmakologische Behandlungsempfehlungen. Die Datenlage hinsichtlich Wirksamkeit von Psychopharmaka in der Behandlung der Borderline-Störung ist im Vergleich mit ähnlich relevanten psychiatrischen Störungen ausgesprochen schlecht. Nur für wenige Substanzen liegen kontrolliert-randomisierte Studien – mit widersprüchlichen Ergebnissen – vor (Übersicht [21]). In der Praxis ist es sinnvoll, nicht «das Borderline-Syndrom», sondern ganz bestimmte Symptome zu therapieren.

So haben sich derzeit Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zur Stabilisierung der depressiven Symptomatik, Impulskontroll-

störungen und Angst durchgesetzt. Die Effizienz atypischer Neuroleptika ist noch unklar, einige Studien weisen jedoch auf ein breites Wirkspektrum hin. Dissoziative Symptomatik spricht häufig gut auf den Opiatantagonisten Naltrexon an, und akute Spannungszustände lassen sich mit Clonidin kupieren. Ein häufiges klinisches Problem ist die iatrogene Polypharmazie. Eine Studie in den USA zeigte, dass über 75 Prozent der betroffenen Borderline-Patienten zeitgleich mehr als drei Psychopharmaka einnehmen. Die Situation in Deutschland dürfte ähnlich sein. Es gehört also in den Verantwortungsbereich des behandelnden Psychiaters, unwirksame (oder teilwirksame) Medikamente auch wieder abzusetzen. Der Einsatz von Benzodiazepinen gilt als obsolet.

Zur Datenlage: Mittlerweile liegen sieben kontrollierte randomisierte Studien vor, die die Überlegenheit der ambulanten DBT gegenüber herkömmlichen, unspezifischen Verfahren nachweisen (22). Auch für den stationären Bereich liegen mittlerweile drei Studien vor, die eine rasche, signifikante Verbesserung sowohl auf der Verhaltensebene als auch im inneren Erleben der Patienten nachweisen. Damit gilt die DBT als dasjenige Verfahren in der Behandlung der Borderline-Störung, für welches die stärksten wissenschaftlichen Evidenzen vorliegen (22).

**Das Skillstraining (oder Fertigkeitentraining) zum Erlernen und wiederholten Üben von neuen Fertigkeiten im Umgang mit Spannungszuständen, mit schwierigen Gefühlen, mit zwischenmenschlichen Beziehungen und das Praktizieren von Achtsamkeit sind die innovativen und wichtigsten Bausteine der Dialektisch Behavioralen Therapie.**

Tabelle 4: **Auf Symptomgruppen bei BPS wirksame Pharmaka** (nach 26)

Symptomgruppe	Empfehlung
Depressive Symptomatik	Antidepressiva, vorzugsweise SSRI
Fremdaggressivität	SSRI
Impulsivität	SSRI, Stimmungsstabilisatoren
Dissoziation	Opiatantagonisten (Naltrexon)
Psychotische und pseudopsychotische Symptomatik	Atypische Neuroleptika
Angst	Antidepressiva
Zwang	SSRI

### Gegenwärtige Behandlungsmöglichkeiten nach DBT in der Schweiz

Mit der Einführung der DBT in der Schweiz steht mittlerweile seit einigen Jahren eine effektive und wissenschaftlich abgesicherte Behandlungsmöglichkeit für Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung. Die flächendeckende Versorgung mit ausgebildetem ärztlichem und psychotherapeutischem Personal steht aber noch in den Anfängen, sodass häufig auf spezialisierte Zentren zurückgegriffen werden muss. In einigen vollstationären Einrichtungen werden Behandlungsprinzipien und Behandlungselemente (wie Skillstraining, Achtsamkeitsgruppe etc.) der DBT angeboten, sodass die Patientinnen eine erste grundsätzliche Orientierung hinsichtlich dieses Behandlungsansatzes gewinnen können. In der Klinik Meissenberg in Zug besteht seit Oktober 2002 eine auf DBT spezialisierte Station, die ein integriertes Behandlungsmodell auf allen Versorgungsebenen für Borderline-Patientinnen anbietet; diese Station ist in der Schweiz gegenwärtig die einzige, die vom DBT-Dachverband zertifiziert worden ist und das Programm vollumfänglich anbieten kann. Darüber hinaus gibt es mehrere Tageskliniken und ambulante Zentren, die Module der DBT in ihr Versorgungsangebot integriert haben und auch Einzeltherapie anbieten. Ambulante Netzwerke sind an mehreren Orten und Regionen am Entstehen. ■

*Dipl.-Psych. Dr. biol. hum. Thomas Kühler*

*Dipl.-Psych. Kirsten Schehr*

*Beide: Klinik Meissenberg, Postfach, 6301 Zug*

*E-Mail: thomas.kuehler@meissenberg.ch*

*Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Klaus Höschel*

*Prof. Dr. Martin Bohus*

*Beide: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit*

*Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie J5*

*D-68159 Mannheim*

Der erste Teil dieser Arbeit erschien in ARS MEDICI 23/06.

#### Literatur

- Jerschke S, Meixner K, Richter H & Bohus M (1998) Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 66: 545-552.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM & Bohus M (2004) Borderline personality disorder. Lancet 364: 453-461.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J & Silk KR (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 160: 274-283.
- Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Pagano ME, Yen S, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Morey LC, McGlashan TH (2004) Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. J Consult Clin Psychol 72: 767-775.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB & Silk KR (2004) Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry 161: 2108-2114.
- Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH, Gunderson JG & Zanarini MC (2003) Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. Comprehensive Psychiatry 44: 284-292.
- Loranger AW (1999) International personality disorder examination. Odessa, Florida, Psychological Assessment Resources.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Sickel AE & Yong L (1996) The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV). Belmont, Mass, McLean Hospital.
- Pfohl B, Blum N & Zimmermann M (1997) Structured interview for DSM-IV personality (SIPD-IV). Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR & Chauncey DL (1989) The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. J Personal Disord 3: 10-18.
- Stiglmayr C, Shapiro DA, Stieglitz RD, Limberger MF & Bohus M (2001) Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder – a controlled study. Journal of Psychiatric Research 35: 111-118.
- Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA (1998) Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. Arch Gen Psychiatry 55: 941-948.
- Bohus M, Schmahl C & Lieb K (2004) New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. Current Psychiatry Reports 6: 43-50.
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford press. (Deutsche Übersetzung: Linehan MM (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien.)
- Linehan MM (1993) Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, Guilford press. (deutsche Übersetzung: Linehan MM [1996] Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien.)
- Bohus M & Barthuff H (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. Psychotherapie im Dialog 4: 55-66.
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R & Linehan MM (2000) Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study. Behav Res Ther 38: 875-887.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Linehan MM (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther 42: 487-499.
- Evershed S, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M & Watson A (2003) Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. Crim Behav Ment Health 13: 198-213.
- Gunia H, Huppertz M, Friedrich J & Ehrental J (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 32: 651-662.
- Schmahl C & Bohus M (2001) Symptomorientierte Pharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Fortschr Neurol Psychiatr 69: 310-321.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004) Borderline personality disorder. Lancet 364: 453-461.

Interessenkonflikte: keine deklariert