

Psychotherapeut 2020 · 65:351–356
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00448-4>
 Online publiziert: 2. September 2020
 © Der/die Autor(en) 2020



Nora Seiffert¹ · Marialuisa Cavelti¹ · Michael Kaess^{1,2,3}

¹ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

³ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Bern 60, Schweiz

Klinische Stadienmodelle in der Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist mit weitreichenden, negativen Konsequenzen in diversen Lebensbereichen von Betroffenen verbunden (Zanarini et al. 2012). Um diese früher einzugrenzen, die Prognose zu verbessern und somit die Lebensqualität von Betroffenen zu steigern, scheint es von Vorteil zu sein, die Störung früh zu erkennen und zu behandeln (Chanen und Thompson 2018). In diesem Beitrag wird das Rationale der klinischen Stadienmodelle erläutert, und bereits vorgeschlagene Stadienmodelle der BPS sowie deren potenzielle Anwendung werden vorgestellt.

Frühintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die BPS ist eine schwere psychische Störung, die typischerweise erstmals in der Adoleszenz auftritt (Kaess et al. 2014). Sie ist häufig verbunden mit einem hohen Leidensdruck, einer Vielzahl an komorbiden psychischen Störungen, hohen Suizidraten über die Lebensspanne sowie einem hohen Risiko für anhaltende, schwerwiegende psychosoziale Beeinträchtigungen (Chanen und McCutcheon 2013; Gunderson et al. 2018). In der Allgemeinbevölkerung liegen die Prävalenzraten für Erwachsene bei 5,5–5,9% (Lebenszeitprävalenz), in Patientenpopulationen hingegen sind sie um vieles höher: Im ambulanten psy-

chiatrischen Setting sind 15–28% und im stationären psychiatrischen Setting 40% der Patienten von einer BPS betroffen (Chanen und McCutcheon 2013; Gunderson et al. 2018). Forschungsergebnisse belegen, dass die BPS in der Adoleszenz eine ebenso valide und reliable Diagnose darstellt wie im Erwachsenenalter (Chanen et al. 2008; Kaess et al. 2014; Miller et al. 2008). Zusätzlich stellt die Adoleszenz eine entscheidende Phase für die Frühintervention der BPS dar, da Persönlichkeitseigenschaften in dieser frühen Lebensphase als leichter veränderbar gelten und durch die frühzeitige Behandlung der BPS die Prognose hinsichtlich der psychosozialen Beeinträchtigung positiv beeinflusst werden kann (Chanen und Thompson 2018; Sharp und Fonagy 2015).

Bei der Frühintervention der BPS lassen sich zwei Ansätze unterscheiden: Die *primäre Prävention* richtet sich an Personen mit Vorläufer- und subklinischen Symptomen und hat zum Ziel, diese möglichst frühzeitig zu behandeln und die Entwicklung des Vollbilds der BPS und psychosoziale Beeinträchtigungen zu verzögern, zu reduzieren oder zu verhindern. Die *sekundäre Prävention* richtet sich an Personen, die erstmals das Vollbild der BPS zeigen. Ziele dieses Ansatzes sind die Reduktion der Dauer der unbehandelten Störung, eine möglichst zügige Reduktion der Symptome sowie die Verhinderung sekundärer Behinderungen (Brown und McGrath 2011).

Nicht jede Behandlung von Jugendlichen mit einer BPS ist mit Frühintervention gleichzusetzen. Selbst wenn sich Jugendliche erstmals in Behandlung begeben, leiden sie möglicherweise bereits seit mehreren Jahren an der Störung. Das Behandlungsangebot sollte sich daher am Krankheitsstadium orientieren und nicht am Alter der Betroffenen (Chanen 2015).

Klinische Stadienmodelle

Prinzip und Konzeption

Klinische Stadienmodelle bieten einen Rahmen, um die aktuellen Symptome und Beeinträchtigungen eines Patienten einem Krankheitsstadium vor dem Hintergrund der voranschreitenden Krankheitsentwicklung zuzuordnen und eine daran angepasste Intervention auszuwählen. Die Bestimmung des Krankheitsstadiums dient der Therapieplanung und Prognose. Die Beschreibung der Stadien erfolgt mithilfe diverser Parameter (z. B. Schweregrad, Persistenz und Wiederauftreten von Symptomen, Auswirkungen auf das Funktionsniveau oder Biomarker; McGorry et al. 2007). Es besteht die Annahme, dass Patienten in frühen Stadien besser auf die Behandlung ansprechen und eine bessere Prognose haben als Patienten in späteren Stadien. Interventionen in frühen Stadien weisen zudem ein besseres Nutzen-Risiko-Verhältnis auf, d. h., sie

Tab. 1 Kennzeichen der Stadienmodelle. (Adaptiert nach Chanen et al. (2016) und Hutsebaut et al. (2019))

Stadium/Modell	Chanen et al. (2016)	Hutsebaut et al. (2019)	
0	Erhöhtes Risiko einer BPS oder affektiven Störung (z. B. aufgrund familiären Auftretens, Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen, Substanzgebrauch) Keine spezifischen, aktuellen Symptome	Probleme der Selbstregulation und interpersonellen Funktionen. Können sich auf schulisches und soziales Funktionsniveau auswirken Unspezifische komorbide psychische Symptome möglich, keine Diagnose	
1	a	Subklinische BPS: affektive und impulsive Symptome (z. B. Selbstverletzung, Stimmungsschwankungen etc.) Die Symptome sind limitiert in ihrer Dauer, Anzahl und Schwere Beginnende Probleme in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. in der Schule, Peergroup, zu Hause), drohender Entwicklungsstillstand Symptome komorbider Störungen vorhanden, z. B. depressive oder Angstsymptome	
	b		Subklinische Kriterien einer BPS oder affektiven Störung
2	Erste Episode einer BPS oder einer affektiven Störung	Erste Episode einer BPS mit signifikanten Problemen in 4 Hauptbereichen, einschließlich Affektregulation, Impulsivität, Identität und interpersonelle Funktionen. Moderate bis schwere Auswirkungen auf schulisches und soziales Funktionsniveau, Entwicklungsstillstand Komorbide Störung vorhanden, Schweregrad oft nicht ausgeprägt	
3	a	Chronisches Vorhandensein (>2 Jahre) einer BPS oder wiederkehrende Episoden von (partieller) Remission und Rückfällen; interpersonelle Dysfunktion, Einsamkeit und Leere Schwere und chronische Beeinträchtigung im sozialen und im professionellen Funktionsniveau, keine oder limitierte Erholung Oft chronische und schwere komorbide Störungen, oft assoziiert mit gesundheitlichen Problemen	
	b		Erstes Wiederauftreten einer Episode einer BPS oder affektiven Störung
	c		Multiples Wiederauftreten der BPS oder affektiven Störung
4	Persistierende, nichtremittierende Störung	Chronische BPS mit schweren Problemen in allen Bereichen Praktisch keine Teilnahme am sozialen oder am professionellen Leben, irreversibel Mehrere komorbide Störungen, möglicherweise psychotische Störungen, häufig gesundheitliche Probleme	

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung

sind effektiver und mit weniger Nebenwirkungen verbunden. Die Behandlung in frühen Stadien soll ein Fortschreiten der Erkrankung in höhere Stadien vermeiden und einer Chronifizierung der Symptomatik entgegenwirken (Fava und Kellner 1993; McGorry 2010; McGorry et al. 2007). Dieser Ansatz wird seit Jahrzehnten sehr erfolgreich bei diversen somatischen Erkrankungen angewandt, z. B. bei Krebserkrankungen, bei denen eine möglichst frühzeitige, effektive Intervention entscheidend zur Vermeidung des Fortschreitens der Erkrankung beiträgt sowie die Lebensqualität erhöhen und das Überleben des Patienten sichern kann (McGorry 2010).

Bereits in den 1990er-Jahren wurde das Rationale des klinischen Stadienmodells erstmals auf psychiatrische Störungen, namentlich affektive und Angststörungen, angewandt (Fava und Kellner 1993). Vermehrte Beachtung erhielt die Anwendung letztlich auf psy-

chotische Störungen durch McGorry und Kollegen (2006). Im Gegensatz zu den somatischen Erkrankungen sind die Interventionen in frühen Stadien oft weniger (Syndrom-)spezifisch, was die Tatsache berücksichtigt, dass sich die Phänotypen psychischer Störungen in frühen Stadien oft ähneln und stark überlappen und es im frühen Stadium oftmals noch schwierig ist vorherzusagen, welches manifeste Vollbild der psychischen Störung am Endpunkt der Entwicklung steht (Multifinalität; Chanen et al. 2016).

Klinische Stadienmodelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In jüngster Zeit wurden klinische Stadienmodelle für diverse psychische Störungen, einschließlich der BPS, vorgeschlagen. Chanen et al. (2016) stellten ein gemeinsames Stadienmodell für die BPS und affektive Störungen vor. Dem Stadium 0 werden Individuen zugeord-

net, die keine Symptome zeigen, für die aber ein erhöhtes Risiko besteht, eine affektive Störung oder eine BPS zu entwickeln. Mögliche Behandlungsstrategien sind Psychoedukation oder Selbsthilfeinterventionen. Im Stadium 1 zeigen sich subklinische BPS-Symptome, hypomane oder depressive Symptome. Empfohlene Interventionen umfassen unterstützende Beratung, Erziehungsberatung und psychosoziale Interventionen, wie z. B. Psychotherapie oder geeignete Frühinterventionen (s. unten). Spätere Stadien kennzeichnen das erstmalige Auftreten des Vollbilds der Störung, Wiedererkrankungen und Remissionen oder das Auftreten von Komorbiditäten (Tab. 1). Während die vorgeschlagenen Interventionen in frühen Stadien eher unspezifisch sind, werden in späteren Stadien spezifische Behandlungsmöglichkeiten benannt (Tab. 2). Für die Frühbehandlung der BPS empfehlen die Autoren ab Stadium 1b das von ihnen entwickel-

te Programm *Helping Young People Early (HYPE)*. Es gehört zum *Orygen Specialist Program (früher: Orygen Youth Health)*. Dieses ging ursprünglich aus der Früherkennungsidee der allgemeinen Psychiatrie hervor und bietet bis heute eine psychiatrische Versorgung für 15- bis 25-Jährige im Großraum Melbourne (Chanen et al. 2009). Jugendliche und junge Erwachsene werden aufgenommen, wenn sie 3 oder mehr Kriterien der BPS nach DSM-IV-TR¹ (Segal 2010) erfüllen. Die Behandlung in HYPE setzt sich zusammen aus einem stringenten Case Management, Krisenmanagement, Einbezug der Familie und allgemeiner psychiatrischer Versorgung zusammen mit individueller kognitiv-analytischer Therapie (Ryle und Kerr 2020). An das HYPE-Modell angelehnt entstand im deutschsprachigen Raum in Heidelberg das Modell der *Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk; Kaess et al. 2017; Reichl und Kaess 2019)*, das inzwischen auch an einer Reihe anderer Universitätskliniken des deutschsprachigen Raums umgesetzt wird. Auch hier ist ein Hauptziel, bereits früh im Verlauf einer BPS Interventionen einzuleiten, um die Prognose der betroffenen Jugendlichen zu verbessern. Anders als in HYPE beginnen die Früherkennung und Intervention in AtR!Sk bereits ab dem Alter von 12 Jahren. Die individuelle Psychotherapie wird im Rahmen eines Stufenmodells („stepped care“) angeboten: Sie sieht zunächst eine empirisch belegte Kurzzeittherapie mit dem Fokus der Reduktion von riskantem und selbstschädigendem Verhalten vor (Kaess et al. 2019), gefolgt von Dialektisch Behavioraler Therapie für Adoleszente (DBT-A) bei persistenter BPS-Symptomatik (Buerger et al. 2018; Kaess et al. 2017).

Eine Alternative zu diesem ersten Stadienmodell der BPS wurde von Hutsebaut et al. (2019) vorgeschlagen. Dieses Modell ist auf die Entwicklung der BPS beschränkt und bezieht die affektiven Störungen nicht ein. Die Stadien werden aufgrund von 3 Aspekten definiert: a) Ausmaß, Dauer und Schweregrad der BPS-Symptome als Maß für die

Psychotherapeut 2020 · 65:351–356 <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00448-4>
© Der/die Autor(en) 2020

N. Seiffert · M. Cavelti · M. Kaess

Klinische Stadienmodelle in der Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwere psychische Störung, die typischerweise erstmals in der Adoleszenz auftritt und mit einem hohen Leidensdruck, schweren psychosozialen Defiziten bei Betroffenen sowie hohen Kosten für die Gesellschaft verbunden ist. Die Früherkennung und -intervention der BPS haben zum Ziel, die negativen Auswirkungen der Störung frühzeitig zu reduzieren oder zu verhindern und dadurch die Lebensläufe der betroffenen Jugendlichen positiv zu beeinflussen. Klinische Stadienmodelle bieten Orientierung bei der Auswahl einer geeigneten Intervention entsprechend dem aktuellen Krankheitsstadium.

Ziel der Arbeit. In der vorliegenden Arbeit wird das Rationale klinischer Stadienmodelle erläutert. Bestehende Stadienmodelle der BPS werden vorgestellt und diskutiert.

Material und Methoden. Kritische Reflexion vorhandener Forschungsliteratur.

Ergebnisse. Bisher wurden 2 Stadienmodelle der BPS vorgeschlagen, das erste Modell

aus dem Jahr 2016 gemeinsam für die BPS und die affektiven Störungen, das neuere, darauf aufbauende Modell aus dem Jahr 2019 mit höherer Spezifität und Fokus auf die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen und sich daraus ergebenden Schwierigkeiten. **Diskussion.** Die vorgestellten klinischen Stadienmodelle der BPS bieten Orientierung bei der Beschreibung des typischen Krankheitsverlaufs sowie der Auswahl einer geeigneten Intervention, insbesondere in frühen Krankheitsstadien, da sie dabei helfen können, frühe, unspezifische Anzeichen einer sich entwickelnden Störung wahrzunehmen und eine geeignete Behandlung einzuleiten. Mit weiteren Erkenntnissen über die Entwicklung der BPS und effektive Interventionen können Stadienmodelle in der Zukunft weiter verbessert werden.

Schlüsselwörter

Patientenversorgungsplanung · Risiken und Vorteile · Psychotherapie · Personalisierte Medizin · Adoleszenz

Clinical staging models in the early detection and treatment of borderline personality disorder

Abstract

Background. Borderline personality disorder (BPD) is a severe mental disorder that typically first emerges during adolescence and is associated with great suffering and severe psychosocial deficits for the individual as well as high costs for society. Early detection and intervention of BPD aim to reduce or prevent the negative outcomes of the disorder, and thereby have a positive impact on the life course of affected adolescents. Clinical staging models provide orientation in the choice of a suitable interventions according to the current stage of the disease.

Objective. In this article the rationale of clinical staging models is explained. Existing staging models of BPD are presented and discussed.

Material and methods. Critical reflection on the available research literature.

Results. Previously, two clinical staging models of BPD have been proposed, the first staging model in 2016 as a joint model for

both BPD and affective disorders, and the newer model in 2019 that was built on the original model and is characterized by higher specificity and a focus on the development of personality disorders including the emerging difficulties involved.

Conclusion. The presented clinical staging models are helpful in describing the typical progression of BPD, and guide the choice of a suitable intervention, especially in the early stages as they can help to recognize early unspecific precursors of a developing disorder and an appropriate treatment. With increasing knowledge about the development of BPD and effective interventions, the clinical staging models can be improved in the future.

Keywords

Patient care planning · Risks and benefits · Psychotherapy · Personalized medicine · Adolescence

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Textrevision der 4. Aufl.

Tab. 2 Interventionen. (Adaptiert nach Chanen et al. (2016) und Hutsebaut et al. (2019))

Stadium/Modell	Chanen et al. (2016)	Hutsebaut et al. (2019)
0	Psychische Gesundheitskompetenz, Selbsthilfe	Schulbasierte Prävention, Psychoedukation, Programme für „gefährdete“ Eltern (z. B. MBT-P). Förderung der Resilienz durch Psychoedukation über Emotionen, Selbstbild und andere Aspekte gesunder Persönlichkeitsfunktion, Früherkennung entstehender Probleme, Empowerment, Prävention einer transgenerationalen Transmission von Psychopathologie
1	a	Frühinterventionsprogramme (z. B. HYPE, MBT-early und ERT) Früherkennung und -behandlung spezifischer Probleme, Empowerment, Förderung gesunder Funktionsbereiche, Erhaltung oder Wiederherstellung des normalen, altersentsprechenden Entwicklungsweges
	b	
2	Interventionen des Stadiums 1b sowie Case Management, schulische/berufliche Intervention und Rehabilitation, Familienpsychoedukation und -unterstützung, spezifische, zeitlich limitierte Psychotherapie und zielgerichtete Pharmakotherapie	Frühinterventionsprogramme (z. B. HYPE, MBT-early und ERT) und an Adoleszente angepasste Programme (z. B. DBT-A oder MBT-A) Behandlung akuter BPS-Symptome und komorbider psychischer Störungen, Prävention des Auftretens weiterer Störungen, Reduktion der Auswirkungen auf das soziale und berufliche Leben
3	a	Standardbehandlungen für BPS wie DBT, MBT, TFP oder SFT Umfassende Behandlung der BPS und assoziierter Problembereiche
	b	
	c	
4	Intervention des Stadiums 3c plus Clozapin und andere tertiäre Therapien und soziale Teilhabe trotz Behinderung	Unterstützende und aufsuchende Langzeitbehandlung Management der BPD und anderer Problembereiche, Schaffen einer unterstützenden Umgebung, Wiederherstellung eines sozialen und professionellen Lebens, wenn dies möglich ist

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung, DBT(-A) Dialektisch-behaviorale Therapie (für Jugendliche) nach Miller et al. 2006, ERT Emotionsregulationstraining, HYPE Helping Young People Early nach Chanen et al. (2009), MBT(-early/-A/-P) Mentalisierungsbasierte Therapie (früh/für Jugendliche/für Eltern) nach Rossouw und Fonagy 2012, SFT Schemafokussierte Therapie, TFP Übertragungsfokussierte Therapie

Einschränkung der Persönlichkeitsfunktionen, b) das Vorhandensein und der Schweregrad komorbider psychischer Störungen als Maß der Auswirkung dieser Einschränkung auf diverse Bereiche der Psychopathologie, und c) das Ausmaß der Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit als Maß für die Auswirkungen dieser Einschränkung auf diverse Lebensbereiche sowie das Erfüllen von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben. Analog zum ersten Modell (Chanen et al. 2016) sind die frühen Stadien dieses Modells durch unspezifische und spätere Stadien durch konkretere Symptome der BPS gekennzeichnet. Eine Gegenüberstellung der Stadienmodelle findet sich in **Tab. 1 und 2**. Insbesondere bei den vorgeschlagenen Interventionen wird der theoretische Bezug von Hutsebaut et al. (2019) auf die Mentalisierungstheorie

deutlich, während im Stadienmodell von Chanen et al. (2016) vermehrt übergeordnete Formen von Interventionen ohne spezifische therapeutische Ausrichtung vorgeschlagen werden. Basierend auf ihrem Stadienmodell schlugen Hutsebaut et al. (2020) eine mentalisierungsbasierte Frühintervention vor, die ebenfalls angelehnt ist an HYPE (Chanen et al. 2009). Sie richtet sich an Jugendliche in frühen Stadien der BPS, die subklinische Symptome oder bereits das Vollbild der BPS zeigen, wobei diese erst zeitlich begrenzt bestehen und die assoziierte Psychopathologie noch wenig stark ausgeprägt ist (Stadium 1 bzw. 2). Die Intervention zielt insbesondere darauf ab, die sozialen und beruflichen Folgen der BPS bei betroffenen Jugendlichen abzumildern.

Diskussion

Chanen et al. (2016) leisteten Pionierarbeit in der Entwicklung klinischer Stadienmodelle für die BPS. Hutsebaut et al. (2019) stellten eine Weiterentwicklung dieses ersten Modells vor, das durch eine spezifischere Beschreibung der einzelnen Stadien und Zuordnung geeigneter Interventionen zu den jeweiligen Stadien gekennzeichnet ist. Aus der Forschung sind Risikofaktoren für die Entwicklung der BPS bekannt, denen es allerdings an Spezifität für die Vorhersage der Störung mangelt. Als bester Prädiktor für die Entwicklung des Vollbilds der BPS haben sich subsyndromale Symptome, also das Vorhandensein von 1–4 BPS-Symptomen, erwiesen (Chanen und Kaess 2012; Chanen und McCutcheon 2013). Somit ist deren Vorliegen ein geeignetes Merkmal für frühe Stadien

der BPS, was in beiden Stadienmodellen berücksichtigt wird. Die Neuerungen im Rahmen der Überarbeitung der ICD-11², infolge derer die kategoriale Einteilung bei den Persönlichkeitsstörungen zugunsten eines dimensional Ansatzes gewichen sind, unterstützt die Anwendung von Stadienmodellen in diesem Bereich. Durch die Einführung des „Borderline pattern qualifier“ bleibt es weiterhin möglich, dieses Muster von Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen zu benennen (Huprich 2020). Die Berücksichtigung der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen der Betroffenen bei der Beschreibung der Stadien im Modell von Hutsebaut et al. (2019) stellt eine sinnvolle Erweiterung des Modells von Chanen et al. (2016) dar, da die psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen trotz Remission der BPS-Symptomatik erhalten bleiben und die Lebensqualität der Betroffenen einschränken können (Kaess 2015). Ebenso für die Nützlichkeit eines Stadienmodells der BPS spricht das Vorhandensein wirksamer Therapieverfahren, die für Jugendliche adaptiert worden sind und sich in der Frühintervention der BPS als effektiv erwiesen haben (für eine Übersicht: Chanen et al. 2020). Eine weitere Differenzierung der vorgeschlagenen Modelle unter Berücksichtigung von neurobiologischen und psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren, die den Verlauf der BPS beeinflussen können, ist wünschenswert. Kritisch anzumerken ist, dass es bisher keine ausreichende empirische Evaluation der beiden Stadienmodelle der BPS gibt. Ebenso unzureichend bewiesen ist die den Modellen zugrunde liegende Annahme, dass die Patienten in früheren Stadien besser auf Behandlung ansprechen als in späteren Stadien. Hier werden die kommenden Jahre hoffentlich weitere Forschungsdaten liefern, damit die Stadienmodelle in der jetzigen Form entweder belegt oder entsprechend neuer Erkenntnisse adaptiert werden können.

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Ausgabe.

Fazit für die Praxis

- **Stadienmodelle haben ein großes Potenzial für die Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), da sie dabei helfen können, frühe, unspezifische Anzeichen der sich entwickelnden Störung wahrzunehmen und eine geeignete Behandlung einzuleiten, um negative Auswirkungen der Störung auf das psychosoziale Funktionsniveau frühzeitig einzugrenzen und die Prognose zu verbessern.**
- **Da selbst Jugendliche, die sich erstmals in Behandlung begeben, schon Jahre unter der Störung leiden können, sollte sich das Behandlungsangebot am Krankheitsstadium orientieren, und nicht am Alter der Betroffenen.**
- **Zur weiteren Verbesserung der Stadienmodelle psychischer Störungen ist es von großer Bedeutung, die zugrunde liegenden Mechanismen der Entwicklung der BPS zu erkennen und anhand derer eine frühere Erkennung und geeignete Interventionen konstant zu verbessern.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael Kaess
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Bolligenstr. 111, 3000 Bern 60, Schweiz
michael.kaess@upd.ch

Funding. Open access funding provided by University of Bern

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Seiffert, M. Cavelti und M. Kaess geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz

beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Brown AS, McGrath JJ (2011) The prevention of schizophrenia. *Schizophr Bull* 37:257–261. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq122>
- Buerger A, Fischer-Waldschmidt G, Hammerle F et al (2018) Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *J Personal Disord* 33:119–134. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_334
- Chanen AM (2015) Borderline personality disorder in young people: are we there yet?: borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 71:778–791. <https://doi.org/10.1002/jclp.22205>
- Chanen AM, Kaess M (2012) Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14:45–53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Chanen AM, McCutcheon L (2013) Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry* 202:24–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>
- Chanen AM, Thompson KN (2018) Early intervention for personality disorder. *Curr Opin Psychol* 21:132–135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.012>
- Chanen A, Jovev M, McCutcheon L et al (2008) Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Curr Psychiatry Rev* 4:48–57. <https://doi.org/10.2174/157340008783743820>
- Chanen AM, Mccutcheon LK, Germano D et al (2009) The HYPE clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 15:163–172. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0>
- Chanen AM, Berk M, Thompson K (2016) Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harv Rev Psychiatry* 24:330–341. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000105>
- Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN (2020) Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people. *Curr Psychiatry Rep* 22:25. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>
- Fava GA, Kellner R (1993) Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand* 87:225–230. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03362.x>
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE et al (2018) Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis*

Akademikerkinder stehen stärker unter Stress

Der Studienbeginn ist eine aufregende Phase. Kinder aus Akademikerhaushalten haben während dieser Zeit allerdings deutlich mehr Stress als solche aus Nicht-Akademikerfamilien. Das hat das schweizerisch-deutsche Forschungsteam, Prof. Dr. Alex Bertrams von der Universität Bern und Dr. Nina Minkley von der Ruhr-Universität Bochum (RUB), durch Haaranalysen unter Studienanfängerinnen herausgefunden. In Stresssituationen schüttet der Körper vermehrt das Hormon Cortisol aus, das auch in die wachsenden Haare gelangt und sich dort – im Falle von über längere Zeit hohen Werten – einlagert. Untersucht man die Haare, kann man daran erkennen, in welchen Phasen eine Person vermehrt Stress hatte.

Um herauszufinden, ob sich das Stresslevel bei jungen Menschen mit verschiedenen familiären Hintergründen zu Beginn eines Hochschulstudiums unterscheidet, gewann das Forschungsteam insgesamt 71 Testpersonen. „Die einzigen Einschlusskriterien waren, dass sie im ersten Semester sein mussten, und dass sie ausreichend lange Haar hatten“, erklärt Dr. Nina Minkley. Es stellte sich heraus, dass Studienanfängerinnen, in denen mindestens ein Elternteil selbst über einen Hochschulabschluss verfügte, höhere Stresslevel aufwiesen als solche aus Nicht-Akademikerhaushalten, obwohl sie sich in anderen Punkten nicht unterschieden. Das Forschungsteam interpretiert dieses Ergebnis als Zeichen dafür, dass Akademikerkinder stärker unter Druck sind, weil ein Versagen im Studium einen Statusverlust für sie und ihre Familie bedeuten würde.

Originalpublikation: Bertrams, A. & Minkley, N.: Preliminary indications that first semester students from academic households exhibit higher hair cortisol concentrations than their peers from non-academic households, in: *Frontiers in Psychiatry* 2020, DOI: 10.3389/fpsy.2020.00580

Quelle: Ruhr-Universität Bochum
[25.06.2020]

Primers 4:1–20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

Huprich SK (2020) Personality disorders in the ICD-11: opportunities and challenges for advancing the diagnosis of personality pathology. *Curr Psychiatry Rep* 22:40. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01161-4>

Hutsebaut J, Videler AC, Verheul R, Van Alphen SPJ (2019) Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personal Disord Theory Res Treat* 10:309–316. <https://doi.org/10.1037/per0000341>

Hutsebaut J, Debbané M, Sharp C (2020) Designing a range of mentalizing interventions for young people using a clinical staging approach to borderline pathology. *Borderline Pers Disord Emot Dysregulation* 7:6. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-0121-4>

Kaess M (2015) Borderline-Störungen im Jugendalter. Kohlhammer, Stuttgart

Kaess M, Brunner R, Chanan A (2014) Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 134:782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>

Kaess M, Ghinea D, Fischer-Waldschmidt G, Resch F (2017) Die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtRisk) – ein Pionierkonzept der ambulanten Früherkennung und Frühintervention von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 66:404–422. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.404>

Kaess M, Edinger A, Fischer-Waldschmidt G et al (2019) Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01399-1>

McGorry PD (2010) Risk syndromes, clinical staging and DSM V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophr Res* 120:49–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.016>

McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al (2006) Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 40:616–622. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01860.x>

McGorry PD, Purcell R, Hickie IB et al (2007) Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Aust* 187:40–42. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01335.x>

Miller AL, Rathus JH, Linehan MM (2006) Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. Guilford, New York

Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM (2008) Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev* 28:969–981. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>

Reichl C, Kaess M (2019) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente. *Psychotherapeut* 64:159–174. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0340-6>

Rossouw TI, Fonagy P (2012) Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51:1304–1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>

Ryle A, Kerr IB (2020) Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice of a relational

approach to mental health. John Wiley & Sons, Hoboken

Segal DL (2010) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). In: Weiner IB, Craighead WE (eds) *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Wiley, New York, S 1–3

Sharp C, Fonagy P (2015) Practitioner Review: borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatr* 56:1266–1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2012) 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* 169:476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>