

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Diagnostische Kriterien (DSM-IV)

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen, gekennzeichnet durch mindestens 5 der folgenden Merkmale:

- (1) verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen, 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 potentiell selbstschädigenden Bereichen, z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle (keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen, 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, was gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauert
- (7) chronische Gefühle von Leere
- (8) unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren, z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder wiederholte körperliche Auseinandersetzungen
- (9) vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Dysfunktionale Verhaltensmuster zur Reduktion von Anspannung und Dissoziation

Selbstverletzungen

Ess-Brechattacken

Suizidalität

Substanzmissbrauch

Hochrisikoverhalten

Fremdaggressivität

Unterschiede DSM-IV - ICD-10

- DSM-IV: Borderline-Persönlichkeitsstörung
- ICD-10: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
 - a) Impulsiver Typus oder
 - b) Borderline Typus

Einige Termin und Konzepte im Umfeld des Borderline-Spektrums [nach Stone 1980]

Begriffe	Autor(en)
Unentwickelte Fälle von Dementia praecox	Kraepelin 1909/15
Latente Schizophrenie	Bleuler 1911
Borderline-Neurosen	Stern 1938
Schizophreniforme Psychose	Langfeldt 1939
Präschizophrene Persönlichkeitsstruktur	Rapaport et al. 1945/46
Pseudoneurotische Schizophrenie	Hoch & Polatin 1949
Latente Psychose	Bychowski 1953
Subklinische Schizophrenie	Peterson 1954
Pseudopsychopathische Schizophrenie	Dunaif & Hoch 1955
Psychotische Persönlichkeit	Bion 1957
Borderline-Schizophrenie	Knight 1954; Bellak 1958; Kety et al. 1968
Psychotischer Charakter	Frosch 1964
Grenzpsychose	Benedetti 1967
Borderline-Persönlichkeitsorganisation	Kernberg 1967
Borderline-Syndrom	Grinker 1968; Stone 1980
Borderline-Charakter	Giocacchini 1975
Syndrom der Borderline-Persönlichkeit	
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	Spitzer et al. 1979
Borderline-Persönlichkeitsstörung	

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Epidemiologie und klinische Merkmale

Vorkommen: Prävalenz ~ 1,5% (unter Adoleszenten ~ 5%); ferner ~ 8-14% aller stationär behandelten psychiatrischen Pat.; ~ 30% aller mit Persönlichkeitsstörungen stationär behandelten Pat.

Geschlechtsverteilung: 60-70% Frauen

Verlauf: chronisch, generell ungünstige Prognose

Suizidraten von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Studie	N	Suizidrate (%)	Zahl untersuchter Pat. (%)	Katamnese-Intervall (Jahre)
McGlashan (1986)	81	3	86	15
Stone (1987)	188	9	92	16
Paris et al. (1987)	100	8,5	32	15
Modestin et al. (1989)	22	7,7	85	4,5
Pope et al. (1983)	33	6	82	4-7
Mehlum et al. (1990)	41	2,4	100	3

Komorbidität bei Borderlinestörungen

Angststörungen: ca. 80%

Affektive Störungen: ca. 80%

Alkohol/Drogen: ca. 80%

Schlafstörungen: ca. 70%

Somatoforme Störungen: ca. 60%

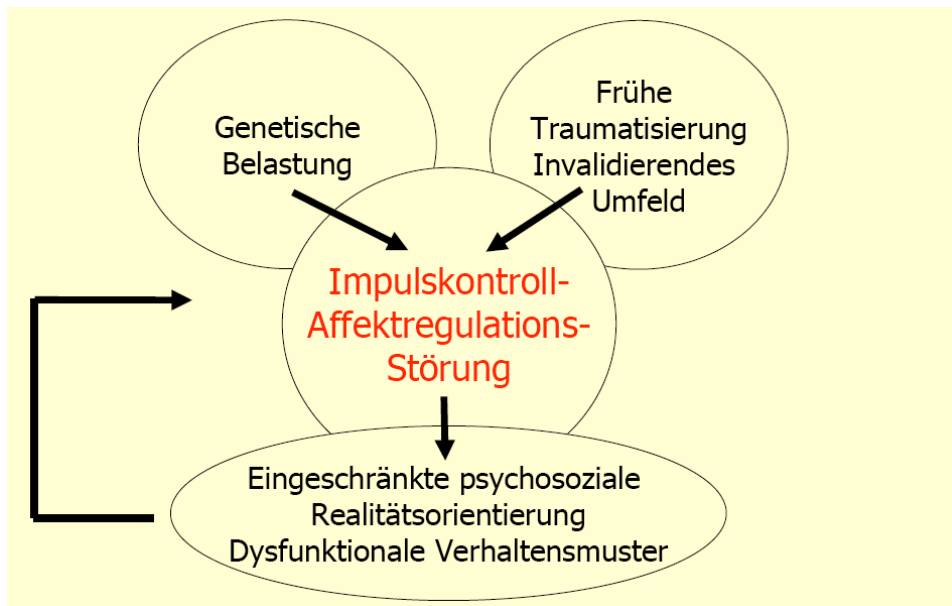
Essstörungen: ca. 45%

Zwangsstörungen: ca. 30%

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Prognostische Faktoren

- besser: gute Intelligenz; Attraktivität; künstlerische Talente; begleitende anankastische Züge
- schlechter: Vorgeschichte mit elterlicher Gewalt oder Inzest; begleitende schizotypische oder anti-soziale Persönlichkeitszüge; ausgeprägte Impulsivität; geringes prämorbid funktionelles Niveau
[nach Links et al. 1990; Stone 1993; Woolcott 1985; Bronisch 1996]

Neurobehaviorales Konzept der Borderlinestörung



Psychosoziale Faktoren der Borderlinestörung

=> Traumatische Erfahrungen in der Kindheit

Zanarini et al. (1997): bei ~ 65% sexuelle Gewalterfahrung, bei ~ 60% körperliche Gewalterfahrungen, bei ~ 40% schwere Vernachlässigung.

Zanarini et al. (2002): Schwere des kindlichen sexuellen Missbrauchs korrelierte mit dem Schweregrad der Affektdysregulation, Impulsivität, instabilen Beziehungen und psychosozialer Desintegration. Bei der sexuellen Gewalt zum Teil frühe, langwierige Traumatisierungen; häufig im Binnenraum der Familie.

Aber: Sexuelle Traumatisierung ist aber weder eine notwendige noch eine hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung einer BPD.

Biologische Faktoren der Borderlinestörung

=> Vermutlich Störung des fronto-limbischen Regelkreises

- Beim Abrufen autobiographischer Erinnerungen fanden sich Hinweise auf orbitofrontale (Driessen et al., 2004) und cinguläre Funktionsstörungen (Schmahl et al., 2004).
- Beim Betrachten negativer Bildmotive wurde eine erhöhte Aktivierung der Amygdala gefunden, auch beim Betrachten von Gesichtern insgesamt (Herpertz et al., 2001; Donegan et al., 2003).
- Es liegt wohl keine isolierte Hyperreagibilität der Amygdala vor, sondern um eine Diskonnektion zwischen Amygdala und präfrontalem, vor allem orbitofrontalem Cortex (New et al., 2007).
- Hinweise auf Volumenverkleinerungen im Hippocampus, inkonsistent auch in der Amygdala (z.B. Tebartz van Elst et al., 2007) sowie auf strukturelle Veränderungen der weißen und grauen Substanz im orbito-frontalen und cingulären Cortex (Tebartz van Elst et al., 2003).

Diagnostische Instrumente bei der BPD

- ZAN-Scale (Zanarini et al., 2003); DSM-basiertes Fremdrating
- Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI); Arntz et al., 2003
- Borderline-Symptom-Liste (BSL) von Bohus et al. (2001); 90-Item-Fragebogen; auch 25-Item-Kurzfassung

Psychotherapeutische Ansätze bei Borderlinestörung

M.M. Linehan:

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

O. Kernberg:

Transference Focussed Therapy (TFT)

A. Bateman & P. Fonagy:

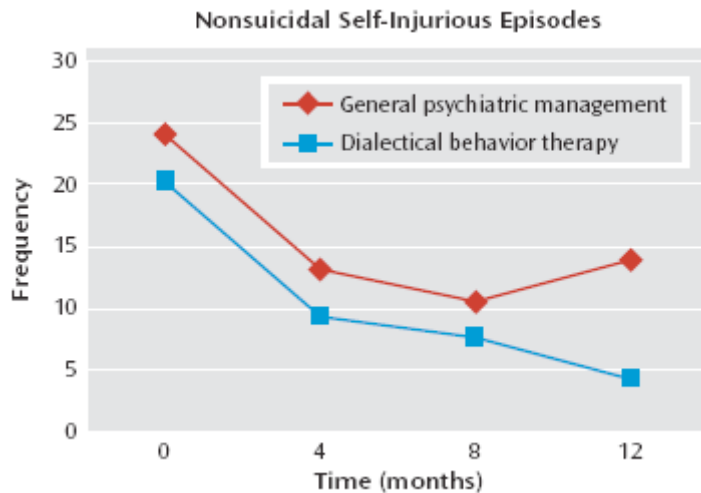
Mentalization Based Treatment (MBT)

J.E. Young:

Schema-Focussed Therapy

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) der Borderline-Persönlichkeitsstörung

- entwickelt von Marsha Linehan (1991-1994)
- in mehreren Studien Überlegenheit gegenüber nicht-störungsspezifischen Therapien belegt (Linehan et al. 1991, 1994): Häufigkeit und Schweregrad parasuizidalen Verhaltens, Hospitalisierungsdauer und -frequenz, Häufigkeit von Therapieabbrüchen, soziale Integration, Fähigkeit zur Regulation von Emotionen wie Wut und Ärger.



- DBT-Programme für ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen (in Deutschland z.B. am ZI Mannheim /Bohus/, den psychiatrischen Unikliniken Freiburg und Lübeck; psychotherapeutische Praxisgemeinschaft in Darmstadt /Gunia/)
- Therapiedauer > 2 Jahre.
- Basis KVT; ergänzt durch Konzentrationsübungen, Techniken der Aufmerksamkeitsfokussierung (aus Zen-Meditation), gestalttherapeutische, hypnotherapeutische und körpertherapeutische Maßnahmen.
- Leitlinien zur Beziehungsgestaltung für den Therapeuten (Nähe-Distanz-Regulation).
- Setting: Gruppen- plus Einzeltherapie (sowie bei Bedarf Telefonkontakt); abgrenzbare Therapiephasen; hierarchisch geordnete Behandlungsziele; klare Strukturierung einzelner Therapiestunden.

Theoretische Annahmen der DBT

- Verhaltensmuster der BPD stehen entweder funktionell im Zusammenhang mit grundlegender Störung der Emotionsregulation oder sind Folge davon
- 3 Komponenten behindern die Emotionsregulation:
 - a. hohe Sensitivität für emotionale Reize
 - b. sehr heftige emotionale Auslenkungen
 - c. verzögerte Rückbildung des Erregungsniveaus
- diese Defizite verhindern adäquate Problemlösungen, sind andererseits Quelle vielfältiger Probleme
- maladaptive Versuche, unerträgliche Spannung zu reduzieren, durch Selbstschädigung, Suizidphantasien, Dissoziationen, Beziehungsabbrüche (⇒ kurzfristig subjektiv empfundene Erleichterung)

Die 5 Ziele der DBT

- 1) Fähigkeiten verbessern (enhance capabilities)
- 2) Veränderungsbereitschaft entwickeln (increase motivation)
- 3) Generalisierung neuer Verhaltensweisen (enhance generalization to the natural environment)
- 4) konkrete Verbesserung der Lebensumstände (structure the environment)
- 5) Förderung von Fähigkeiten und Motivation der Therapeuten (enhance therapists capabilities and motivation to treat effectively)

Komponenten der DBT

Einzeltherapie

- Motivation zur Veränderung
- Identifikation automatisierter Kognitionen und problematischer kognitiver Schemata (kognitive Umstrukturierung)
- Analyse verstärkender Konsequenzen (Kontingenzmanagement)
- Verbesserung der Habituationfähigkeit an unangenehme Emotionen (Emotions-Exposition)
- Verbesserung der Problemlösefähigkeiten

Gruppentherapie (Skillstraining)

- Spannungstoleranz
- Emotionsregulation
- Zwischenmenschliche Kompetenz
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf momentanes Erleben

Telefonberatung (Krisenintervention)

Therapiephasen und Hierarchien der jeweiligen Problembereiche in der DBT

Vorbereitungsphase:

- Aufklärung über die Behandlung
- Zustimmung zu den Behandlungszielen
- Motivations- und Zielanalyse

Erste Therapiephase:

- I. suizidales und parasuizidales Verhalten
- II. therapiegefährdendes Verhalten
- III. Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt
- IV. Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten:
 - innere Achtsamkeit
 - zwischenmenschliche Fähigkeiten
 - Stresstoleranz
 - Selbstmanagement

Zweite Therapiephase:

- V. Bearbeitung des posttraumatischen Stresssyndroms

Dritte Therapiephase:

- VI. Steigerung der Selbstachtung
- VII. Entwickeln und Umsetzen individueller Ziele

Hierarchie der Problembereiche in der ersten Therapiephase der DBT (nach Linehan)

Suizidales und parasuizidales Verhalten:

1. Suizidale Krisen
2. Parasuizidale Handlungen
3. Drängende suizidale Impulse und suizidale Drohungen
4. Suizidale Phantasien

Therapiegefährdendes Verhalten:

1. Verhaltensweisen (Pat. oder Therapeut), welche die Therapie auf Dauer gefährden oder sehr wahrscheinlich zerstören werden.
2. Therapiegefährdendes Verhalten (Pat. oder Therapeut), das in funktionaler Beziehung zu suizidalem Verhalten steht.
3. Therapiegefährdendes Verhalten des Pat., das sozialen Schwierigkeiten des Pat. Außerhalb der Therapie entspricht.
4. Mangelhafte Fortschritte in der Therapie.

Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt:

1. Verhaltensweisen, die unmittelbare Krisen verursachen.
2. Verhaltensweisen, die in Zusammenhang stehen mit hierarchisch übergeordneten Problembereichen (z.B. Suizidalität) oder mit Lebenszielen des Patienten.

Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten:

1. Fertigkeiten, die im Skillstraining vermittelt werden.
2. Fertigkeiten, die mit höherrangigen Problembereichen in Zusammenhang stehen
3. Fertigkeiten, die bislang noch nicht gelernt wurden, aber dringend erforderlich sind.

Therapiestudien zur DBT

Linehan et al. (1991, 1993, 1994): Erste RCT • DBT (N = 24) > TAU (N = 22) in mehreren Outcomemaßen (z.B. Selbstverletzungsrate, Hospitalisierungen, soziale Leistungsfähigkeit)

In den Folgejahren weitere Studien ...

Linehan et al. (1999): Erste Überprüfung eines erweiterten Manuals für die Komorbidität BPD/ Substanzabhängigkeit; DBT > TAU

Linehan et al. (2002): Frauen mit DBT/Opiatabhängigkeit; Vergleich DBT vs. CVT (Comprehensive Validation Therapy); beide Therapien wirksam, nur geringe Vorteile für DBT

Linehan et al. (2006): DBT vs. CTBE (Community Treatment by Experts = lokal renommierte, nicht-behavioral arbeitende, spezialisierte Therapeuten für schwierige und chronisch suizidale Patienten), DBT > CTBE (z.B. Suizidversuche 23 % bei DBT, 46% bei CTBE)

Turner (2000): Einbezug psychodynamischer Elemente, Skillstraining in Einzel- statt Gruppentherapie; DBT > klientenzentrierte Therapie in mehreren Outcomevariablen

Koons et al. (2001): Koons et al. (2001): Forschergruppe an der Duke University; Behandlung einer etwas leichter gestörten Gruppe mit nur 6 Monaten Therapie; DBT > TAU in mehreren Outcomevariablen

van den Bosch et al. (2002, 2005), Verheul et al. (2003): Studie in einer psychiatrischen Ambulanz in Amsterdam; DBT > TAU in vielen Variablen

Cochrane-Review

CA Binks et al. (2008): Psychological therapies for people with borderline personality disorders

CA Binks et al. (2008): Pharmacological interventions for people with borderline personality disorders

Authors' conclusions:

#1 "This review suggests that some of the problems frequently encountered by people with borderline personality disorder may be amenable to talking/behavioural treatments but all therapies remain experimental and the studies are too few and small to inspire full confidence in their results. These findings require replication in larger 'real-world' studies."

#2 "Pharmacological treatment of people with BPD is not based on good evidence from trials and it is arguable that future use of medication should be from within randomised trials. Current trials suggest that the positive effect of antidepressants, in particular, could be considerable. Well designed, conducted and reported clinically meaningful trials are possible and needed with, perhaps, the question of antidepressant versus placebo being addressed first."

Pharmakotherapie der Borderlinestörung

Wirksamkeit nur partiell belegt; können als Ergänzung zur Psychotherapie eingesetzt werden.

Antidepressiva, v.a. selektive Wiederaufnahmehemmer, zur Beeinflussung von Angst, Depression und Stimmungsschwankungen.

Atypische Neuroleptika und Stimmungsstabilisatoren zur Beeinflussung von feindseligen Affekten, Ärger, Impulsivität, Aggressivität und Depressivität.

Borderlinestörung: Empfohlene Literatur

Linehan MM (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

American Psychiatric Association (2001). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Washington DC: APA.

Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan M (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.

Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.

[Stand: SS 2011]