

**Prof. Dr. Wolfgang Hiller**

**Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie**

**Thema: Borderline-Persönlichkeitsstörung**

### **Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-5: F60.3)**

	Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Affekten, sowie deutliche Impulsivität; mind. 5 aus (1)-(9):
1	verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2	Muster instabiler/intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, gekennzeichnet durch Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung
3	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbilds oder der Selbstwahrnehmung
4	Impulsivität in mind. 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle)
5	wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen, oder Selbstverletzungsverhalten
6	affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst)
7	chronische Gefühle von Leere
8	unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. Wutausbrüche, andauernde Wut oder 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-5 - ICD-10**

DSM-5: Borderline-Persönlichkeitsstörung

ICD-10: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

a) Impulsiver Typus

b) Borderline-Typus

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

Begriffe	Autoren
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
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	Spitzer et al. 1979
Borderline-Persönlichkeitsstörung	DSM-III 1980

### 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

### Die Borderline-Symptom-Liste (Bohus et al., 2002)

Skalen	Beispielitem: Während der letzten Woche ...
Selbstwahrnehmung	... fühlte ich mich überfordert.
Affektregulation	... litt ich unter massiven Angstzuständen.
Autoaggression	... hasste ich mich selbst.
Dysphorie	... konnte ich mich schlecht konzentrieren.
Soziale Isolation	... fühlte ich mich von anderen verlassen.
Intrusionen	... konnte ich Teile meines Körpers nicht berühren.
Feindseligkeit	... brach ich Beziehungen abrupt ab.

**Borderlinestörung: Epidemiologie und klinische Merkmale**

Vorkommen: Prävalenz ~ 1-2% (unter Adoleszenten ~ 5%); ferner ~ 20% aller ambulanten Psychotherapiepatienten; ~ 15% aller stationär behandelten psychiatrischen Pat.; ~ 30% aller mit PS stationär behandelten Pat.

Geschlechtsverteilung: 70-80% Frauen

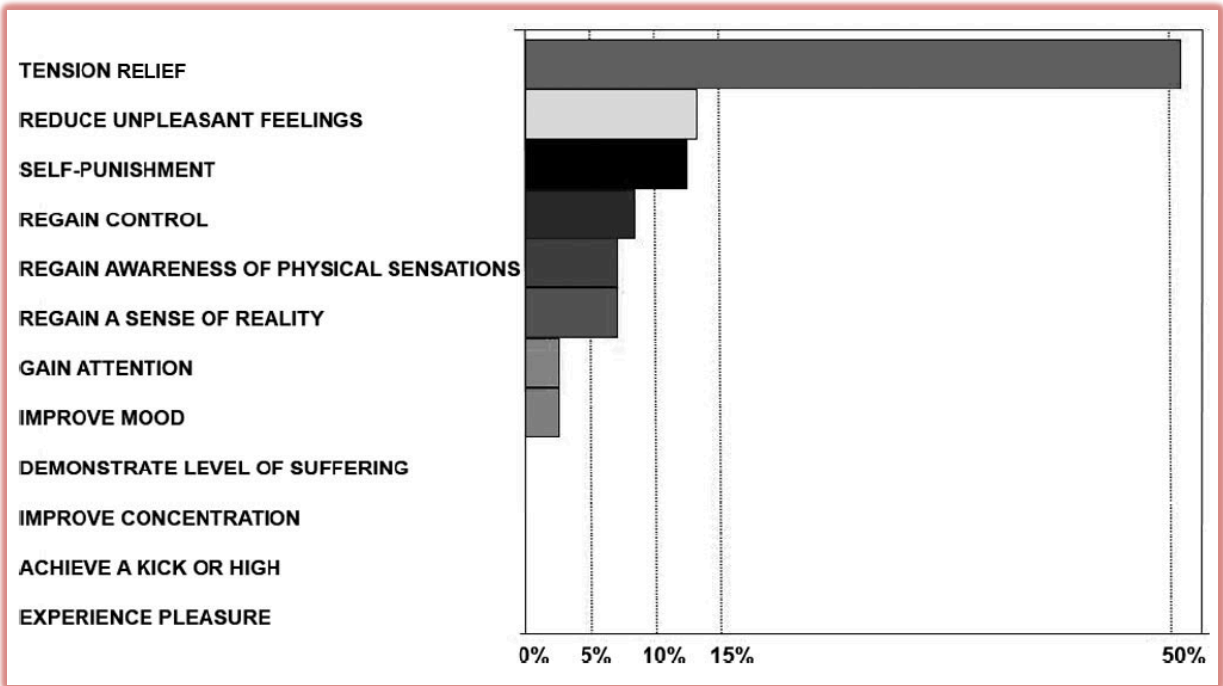
Verlauf: chronisch, generell eher ungünstige Prognose; Abschwächung mit zunehmendem Alter

**Borderlinestörung: Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten**

(aus Kleindienst et al., 2008: Studie mit N = 101 Borderline-Patientinnen, Fragebogenstudie)

**TABLE 1. Methods and Severity of NSSI**

Method	Used At Least Once During the 6 Months With the Highest Intensity of NSSI (%)	Primary Method of NSSI (%)	Medical Care Required			
			Never (%)	Rarely (%)	Mostly (%)	Always (%)
Cutting	93	80	26	41	21	11
Excoriation	55	11	78	16	2	4
Skin pricking	44	2	77	18	0	5
Self-hitting	44	2	90	10	0	0
Burning	35	1	65	21	12	3
Head banging	53	1	78	18	4	0
Hair pulling	17	1	88	13	0	0
Strangulation	14	1	85	15	0	0
Scalding	18	0	59	18	12	12
Skin tearing	23	0	82	9	4	5
Blood drawing	13	0	91	0	0	9



### Suizidraten bei Patienten mit Borderlinestörungen

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

zu erwartendes Suizidrisiko: ~ 6-8%  
... derjenigen, die sich selbst verletzen: 10- 30%

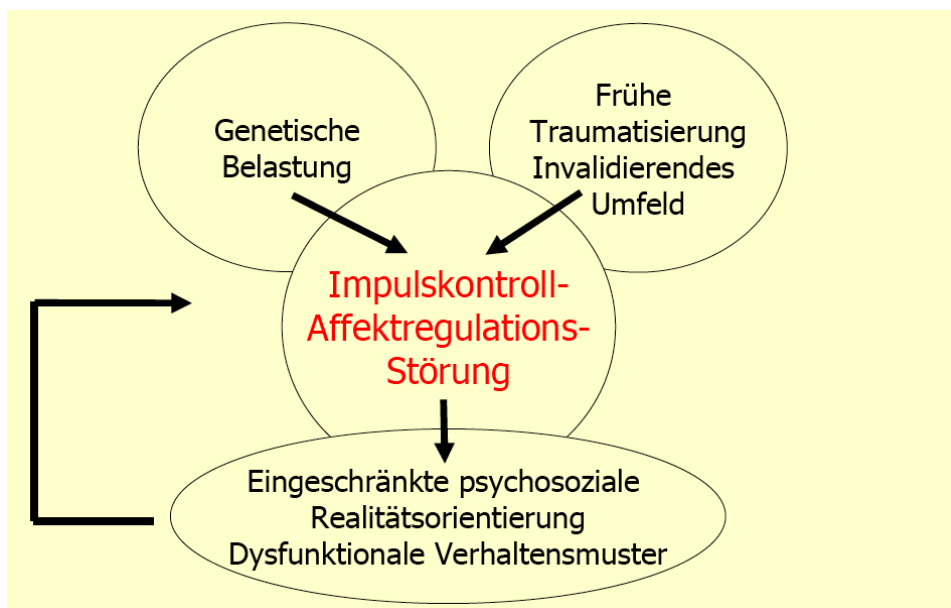
### Komorbidität bei Borderlinestörungen

- Angststörungen: ca. 80%
- Affektive Störungen: ca. 80%
- Alkohol/Drogen: ca. 80%
- Schlafstörungen: ca. 70%
- Somatoforme Störungen: ca. 60%
- Essstörungen: ca. 45%
- Zwangsstörungen: ca. 30%

### Borderlinestörung: 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 prämorbidem Funktionsniveau  
*[nach Links et al. 1990; Stone 1993; Woolcott 1985; Bronisch 1996]*

### Neurobehaviorales Konzept der Borderlinestörung



### **Mechanismen der Borderlinestörung nach Linehan (1996)**

- Störungstypische Verhaltensmuster sind Ausdruck oder Folge einer grundlegenden Störung der Emotionsregulation.
- 3 Komponenten behindern die Emotionsregulation:
  - a. hohe Sensitivität für emotionale Reize
  - b. sehr heftige emotionale Auslenkungen
  - c. verzögerte Rückbildung des Erregungsniveaus
- Die Defizite verhindern adäquate Problemlösungen und sind Quelle vielfältiger Probleme.
- Maladaptive Versuche, unerträgliche Spannung zu reduzieren, durch Selbstschädigung, Suizidphantasien, Dissoziationen, Beziehungsabbrüche (⇒ kurzfristig subjektiv empfundene Erleichterung)

### **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.

#### **⇒ Andere psychosoziale Faktoren und invalidierendes Umfeld**

Unspezifische Risikofaktoren: frühe Trennungen und Verluste, Vernachlässigung, gestörtes Verhalten von Bezugspersonen, psychische Störungen der Angehörigen, insgesamt ungünstige Erziehungs- und Sozialisationsbedingungen (Ruiz-Sancho & Gunderson, 2000; Wagner & Linehan, 1994).

Invalidierendes Umfeld als prägende soziale Erfahrung: Persönliche Erfahrungen der Person (v.a. in der Kindheit) werden durch Bezugspersonen nicht bestätigt (validiert), sondern trivialisiert, bezweifelt oder bestraft. Es wird nicht gelernt, den eigenen Erfahrungen und deren Interpretationen zu vertrauen.

### **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 eine Diskonnektion zwischen Amygdala und präfrontalem, vor allem orbitofrontalem Cortex (New et al., 2007).
- Hinweise auf Volumenverkleinerungen des Hippocampus, inkonsistent auch 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).

## Psychotherapeutische Ansätze bei der Borderlinestörung

M.M. Linehan:

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

O. Kernberg:

Transference Focused Therapy (TFT)

A. Bateman & P. Fonagy:

Mentalization Based Treatment (MBT)

J.E. Young:

Schema-Focused Therapy (SFT)

## Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) der Borderline-Persönlichkeitsstörung

- entwickelt von Marsha Linehan (in den Jahren 1991-1994)

<b>Techniken</b>	Basis KVT; ergänzt durch Konzentrationsübungen, Techniken der Aufmerksamkeitsfokussierung (aus Zen-Meditation); auch gestalt-, hypno- und körpertherapeutische Maßnahmen
<b>Setting</b>	- Einzel- plus Gruppentherapie (und bei Bedarf Telefonkontakt) - abgrenzbare Therapiephasen - hierarchisch geordnete Behandlungsziele - klare Strukturierung einzelner Therapiestunden.
<b>Therapiedauer</b>	> 2 Jahre
<b>Beziehungsgestaltung</b>	Leitlinien für den Therapeuten (Nähe-Distanz-Regulation)
<b>Die 5 Ziele der DBT</b>	1 - Fähigkeiten verbessern 2 - Veränderungsbereitschaft entwickeln 3 - Generalisierung neuer Verhaltensweisen 4 - Konkrete Verbesserung der Lebensumstände 5 - Förderung von Fähigkeiten und Motivation der Therapeuten

## Implementierung in der klinischen Praxis

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/)

## Einzel- und Gruppentherapie in der DBT

### Einzeltherapie

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

### Gruppentherapie (Skillstraining)

- Spannungstoleranz
- Emotionsregulation
- Zwischenmenschliche Kompetenz
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das momentane Erleben

## 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

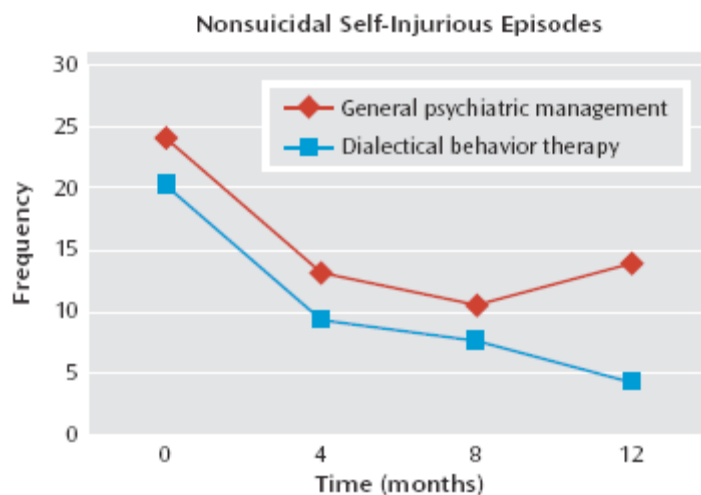
### Dritte Therapiephase:

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

## Wirksamkeit der DBT

... in mehreren Studien Überlegenheit gegenüber nicht-störungsspezifischen Therapien belegt

Erfolgskriterien: Häufigkeit und Schweregrad parasuizidalen und suizidalen Verhaltens, Hospitalisierungsdauer und -frequenz, Therapieabbrüche, soziale Integration, Fähigkeit zur Regulation von Wut und Ärger.



### Cochrane-Reviews

Stoffers et al. (2013): Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review)

Stoffers et al. (2010): Pharmacological interventions for borderline personality disorder (Review)

Zahl und Art der Studien	28 RCTs, spezifische Therapie vs. Kontrollbedingung
Zahl der Patienten	1.804
Outcome-Maße	Symptomschwere, Ärger, Parasuizidalität, allgemeine psychische Gesundheit, unerwünschte Effekte, Abbruchrate
Ergebnisse	DBT > TAU sonst nur Vergleiche auf der Basis von einzelnen Studien: besser als die Kontrollbedingung waren DBT, DBT-PTSD, MBT, TFP, IPT-BPD (nicht besser waren CBT, DDP) direkte Therapievergleiche: DBT > CCT; SFT > TFP

*DBT = dialectic behaviour therapy; DBT-PTSD = DBT for post traumatic stress disorder*

*MBT = mentalisation-based treatment*

*TFP = transference-focused psychotherapy*

*IPT-BPD = interpersonal therapy for BPD*

*CBT = cognitive-behavioral therapy*

*DDP = dynamic deconstructive psychotherapy*

*CCT = client-centered therapy*

*SFT = schema-focused therapy*

*TAU = treatment as usual*



Bewertung der Autoren:

- Die empirische Evidenz spricht für die Wirksamkeit verschiedener Psychotherapien.
- Am besten untersucht ist die DBT.
- Die Datenbasis ist dennoch nicht sehr robust, die Qualität einiger Studien bedenklich.
- Es bedarf weiterer Forschung.

Zahl und Art der Studien	28 RCTs; Substanz vs. Placebo, Substanz vs. Substanz, einzelne vs. mehrere Substanzen
Zahl der Patienten	1.742
Outcome-Maße	Symptomschwere, spezielle Zielsymptome, allgemeine Psychopathologie, Medikamentenverträglichkeit
Ergebnisse	1. Evidenz für die Wirksamkeit stimmungsstabilisierender Substanzen (Topiramat, Lamotrigin, Valproat), Antipsychotika der zweiten Generation (Aripiprazol, Olanzapin) und Omega-3 Fettsäuren 2. keine überzeugende Evidenz für SSRIs 3. keine Substanz führte zu einer Besserung der Gesamtschwere der Störung, sondern lediglich einzelner Symptomew



Bewertung der Autoren:

- Alle Befunde sind nicht robust aufgrund nur weniger Studien und kleinen Stichproben.
- Unerwünschte Nebenwirkungen müssen beachtet werden.
- Die Therapie sollte gezielt auf bestimmte Symptome ausgerichtet werden.
- Es gibt keine Evidenz für einen Nutzen von Polypharmazie.



### **Borderlinestörung: Einige weiterführende Literatur**

- Linehan MM (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien.
- Young JE (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.), Sarasota, Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- American Psychiatric Association (2001). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Washington, APA.
- Bateman A, Fonagy P (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bohus M (2002). Borderline-Störungen. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe.
- Knuf A, Tilly C (2006). *Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline* (3. Aufl.). Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- 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 2015] ---