



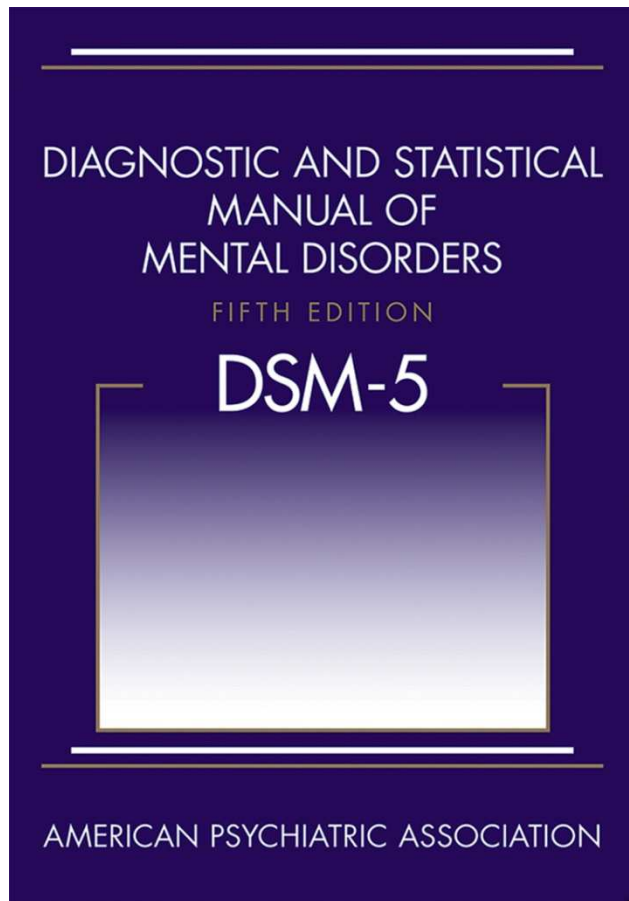
Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der Borderline-Störung



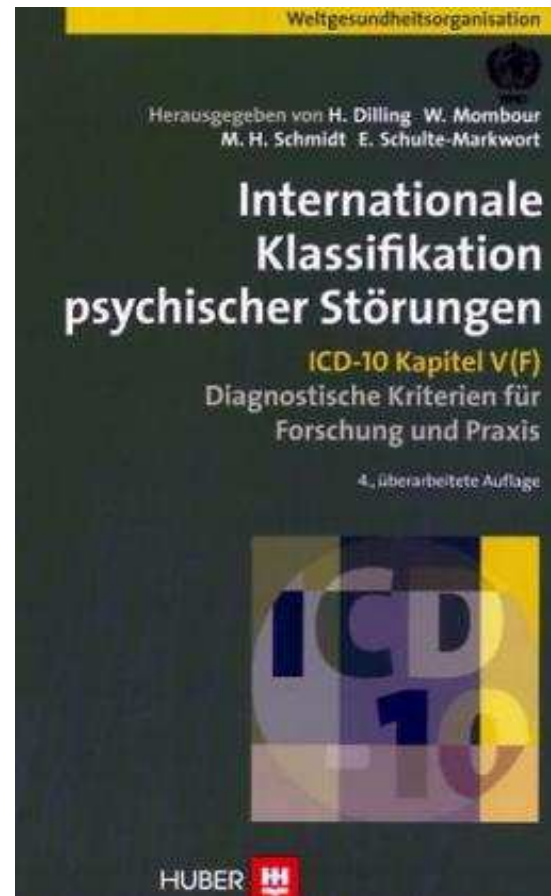
Prof. Dr. med. Stefan Röpke
Modul Persönlichkeitsstörungen
und Posttraumatische Belastungsstörung
Klinik und Hochschulambulanz für
Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Benjamin Franklin

z.B. Fünf-Faktoren-Modell (Big Five)

- Neurotizismus
- Extraversion
- Offenheit für Erfahrungen
- Verträglichkeit
- Rigidität / Gewissenhaftigkeit



APA



WHO

Persönlichkeitsstörungen

Allgemein (DSM-5)

A: Überdauerndes Muster von innerem Verhalten und Erleben, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. (Kognition, Affekt, zwischenmenschliche Beziehung, Impulskontrolle)

B: Ist unflexibel und tiefgreifend in weitem Bereich persönlicher und sozialer Situationen

Persönlichkeitsstörungen

Allgemein (DSM-5)

- C: Führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- D: Ist stabil und langdauernd, Beginn in Adoleszenz oder frühen Erwachsenenalter
- E: Nicht durch andere psych. Störungen besser erklärbar
- F: Nicht Auswirkung einer Substanz oder anderer med. Krankheitsfaktoren

Klassifikation im Wandel

- DSM-5 (Sektion II): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II)
- ICD-10: International Personality Disorder Examination (IPDE)
- DSM-5 (Sektion III): Allgemeine PS Diagnose (*Level of Personality Functioning Scale*)
 - PS *trait domains* (*negative affectivity, detachment, antagonism, disinhibition, psychoticism*)
 - Spezifische PS (*Level of Personality Functioning* und spezifische *trait domains*)

Die meisten Symptome der Persönlichkeitsstörung

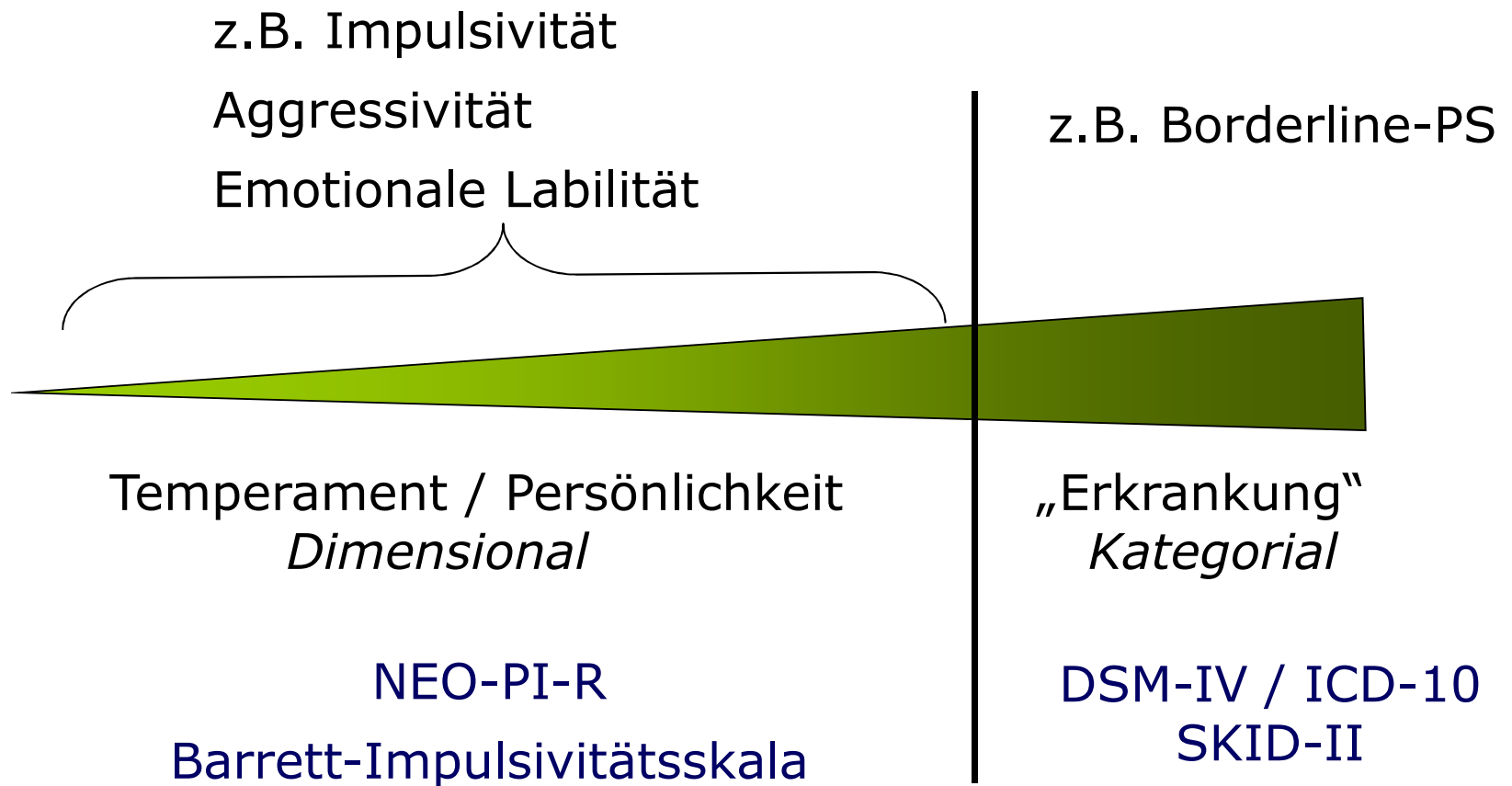
sind

Ich-Synton

D.h. nicht die Symptome werden als fremd bzw. krankhaft empfunden (z.B. dependente Züge), sondern nur die negativen Folgen der Symptome (Krise bei Verlust des Partners, Achse I-Störung)

Artifizielle Dichotomisierung von kontinuierlichen Variablen (Diagnosekriterien) in vorhanden/nicht vorhanden

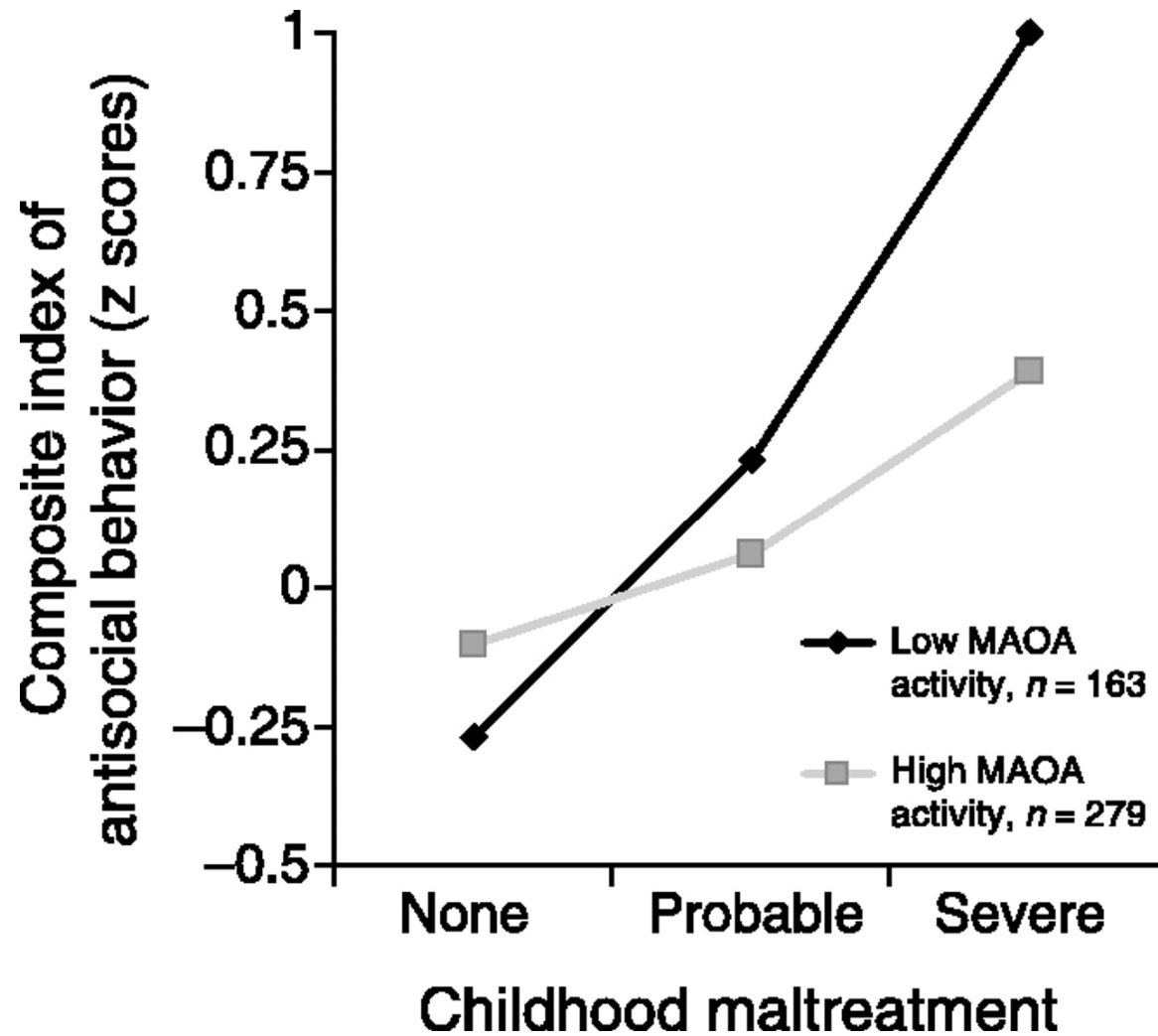
Quantitative (dimensionale) vs. Qualitative (kategoriale) Betrachtung der Persönlichkeitsstörung



Ursachen

Gen x Umwelt

Figure 1 Means on the composite index of antisocial behavior as a function of MAOA activity and a childhood history of maltreatment (27).



A Caspi et al. Science 2002;297:851-854



Trauma und Persönlichkeitsstörungen

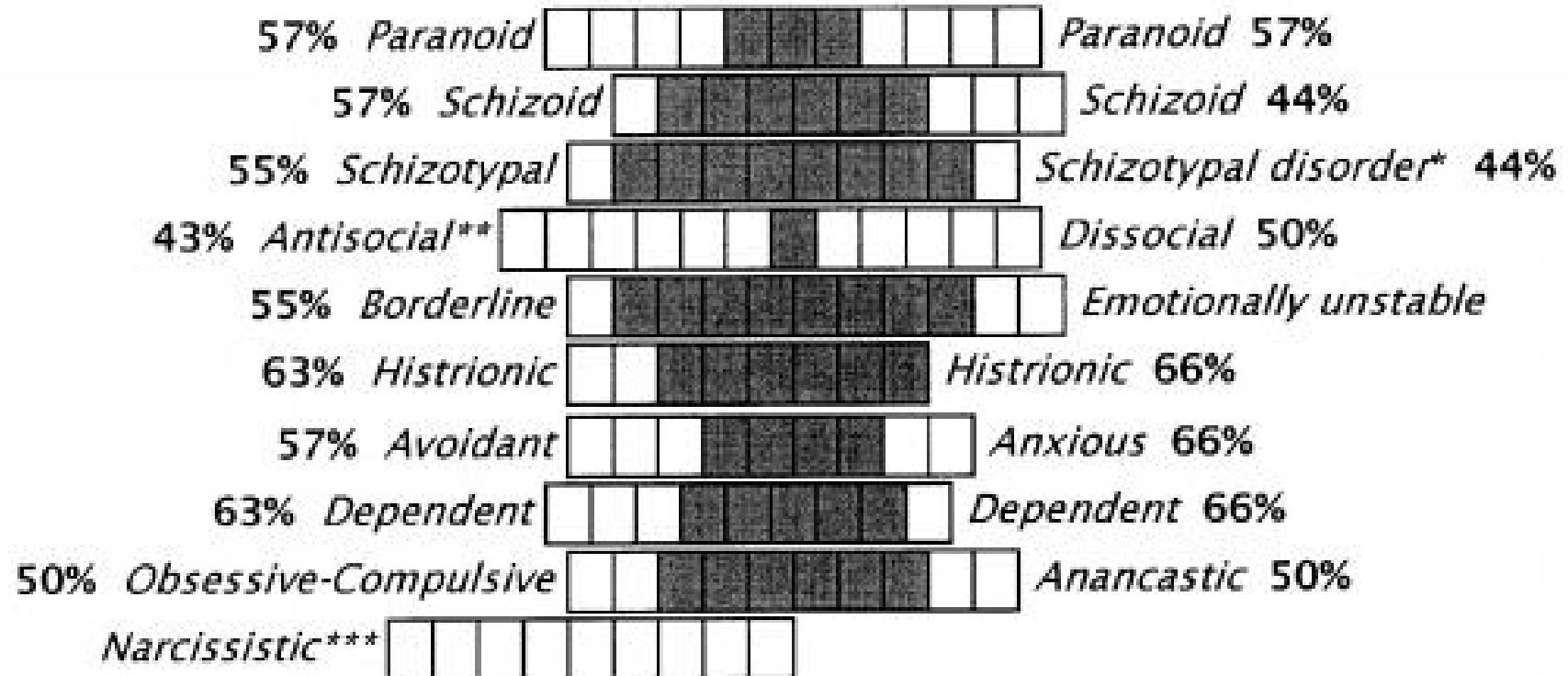
TABLE 3. Path Coefficients for all Relationship Between Personality Disorders and Childhood Abuse and Neglect, with each Abusive Dimension Controlled for the Other Maltreatment Dimensions

Personality Disorders	Sexual Abuse	Physical Abuse	Emotional Abuse	Emotional Neglect	Physical Neglect
Cluster A					
Paranoid	.17*	.05	.15	.08	-.02
Schizotypal	.07	.10	.19*	.01	-.008
Schizoid	.11	.08	.09	.10	-.006
Cluster B					
Histrionic	-.04	.12	.02	.14	.03
Narcissistic	-.008	.14	.03	.07	-.02
Borderline	.26**	.07	.19*	.17*	-.07
Antisocial	.04	.29**	-.12	.12	-.01
Cluster C					
Avoidant	.11	-.06	.28**	.01	-.01
Dependent	-.001	-.09	.30**	.14	-.05
Obsessive-comp	-.006	-.07	.25*	.02	-.004

Note. *significant at $p < .01$; **significant at $p < .001$

Lobbestael et al., 2010

Criteria unique for DSM-IV <i>n</i> = 32 ↘	Equivalent pairs <i>n</i> = 47 ↓	Criteria unique for ICD-10 <i>n</i> = 20 ↙
---	---	---



Ottosson, J Personality Disorders, 2002

Unterteilung der Persönlichkeitsstörungen

- Cluster A - Sonderbar-Exzentrisch

* Paranoid, Schizoid, Schizotypisch

- Cluster B - Dramatisch-Emotional-Launisch

* Histrionisch, Borderline, Narzisstisch, Dissozial

- Cluster C - Ängstlich-furchtsam

* Selbstunsicher, Dependent, Zwanghaft

Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen (ca.)

Paranoide	2,4 %
Schizoide	1,7 %
Schizotype	0,6 %
Antisoziale	0,6 %
Borderline	1-2 %
Histrionische	2,0 %
Narzistische	0,8 %
Vermeidende	5,0 %
Abhängige	1,5 %
Zwanghafte	2,0 %
PS insgesamt	10-13 %

40-50% der Patienten in psychiatrischen Kliniken

(Torgersen et al., 2001)

Patienten

Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM 5)

tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild, in den Affekten sowie deutliche Impulsivität

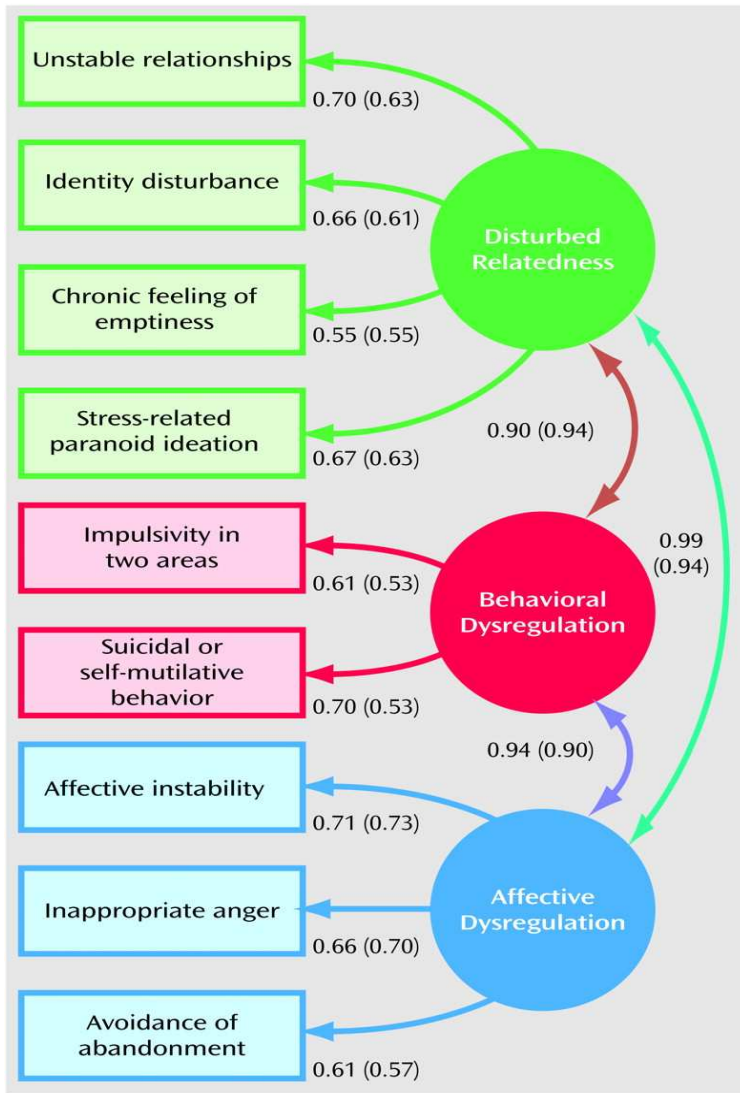
- 1. verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen zu verhindern
- 2. Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen (Idealisierung/Entwertung)
- 3. Identitätsstörung
- 4. Impulsivität (Geld, Sexualität, Drogen, Essen, Autofahren)
- 5. Suizidalität, Selbstverletzung
- 6. affektive Instabilität

Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM 5)

tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen,
im Selbstbild, in den Affekten sowie deutliche Impulsivität

- 7. chronische Gefühle von Leere
- 8. unangemessene, heftige Wut
- 9. vorübergehende paranoide Vorstellungen, dissoziative Symptome

Symptomcluster der BPS



Gestörte Beziehungsgestaltung

Gestörtes Verhalten/Impulsivität

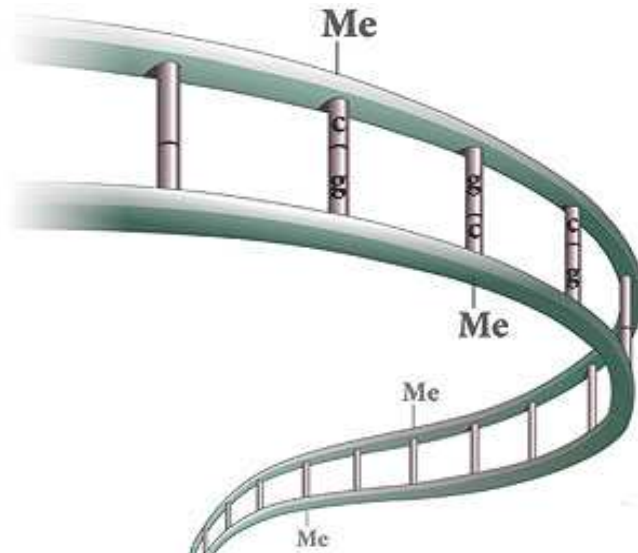
Gestörte Emotionsregulation

Sanislow et al., 2000, 2002

Vererbbarkeit

- Familiäre Häufung der Borderline PS (Gunderson et al. 2011)
- Erstgradige Verwandte haben ein 10 mal höheres BPS Risiko (Loranger et al., 1982)
- Erstgradige Verwandte haben viel häufiger Symptome eine BPS (Impulsivität, Affektlabilität etc.) als Symptome einer anderen Persönlichkeitsstörung (Zanarini et al., 2004)
- Zwillingsstudien (ein- und zweieiig) zeigen, dass 68% der Varianz erblich ist (Torgersen et al., 2000, 2012)

Epigenetische Mechanismen



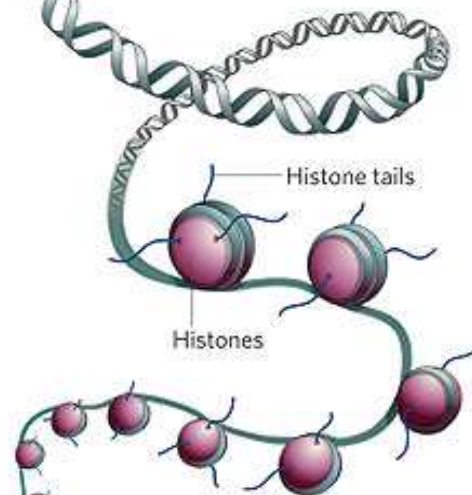
DNA methylation

Methyl marks added to certain DNA bases repress gene activity.

Borderline PS

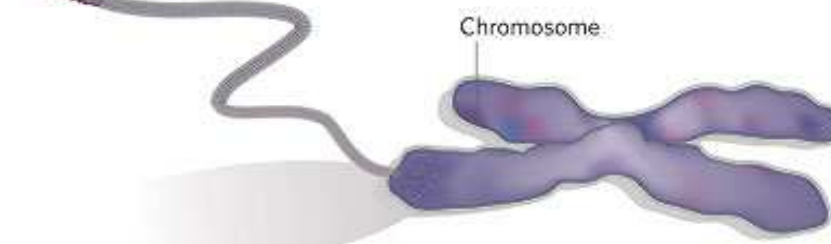
- Dopamin D2 Rezeptor Gen (Groleau et al., 2014)

- BDNF Gen (Perroud et al. 2013)



Histone modification

A combination of different molecules can attach to the 'tails' of proteins called histones. These alter the activity of the DNA wrapped around them.



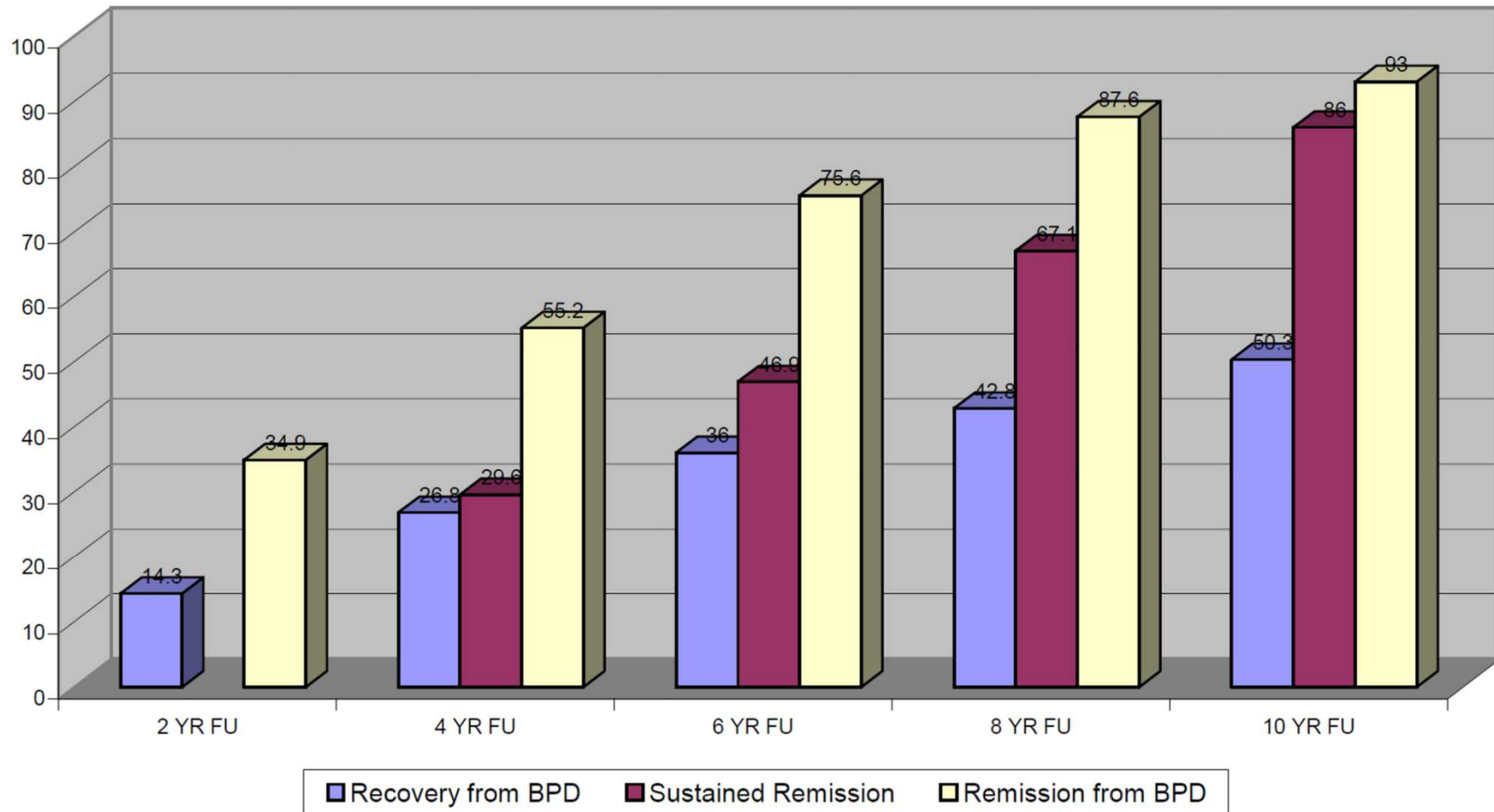
Umweltfaktoren für BPS

- **Borderline PS**
 - Suboptimales Erziehungsverhalten und Konflikte der Eltern (Wisper et al. 2012)
 - Mobbing (Wolke et al. 2012)
 - Sexueller Missbrauch (Waxman et al. 2014)
 - Ängstlichkeit und Depression im 2. Trimenon (Wisper et al. 2014)

Epidemiologie der BPS

- Bis 2,7 % Prävalenz
- Gleiches Verhältnis zwischen Männern und Frauen
- Im Alter seltener (deutlicher Abfall nach dem 44. LJ)
- geringes Einkommen
- niedriger Bildungsabschluss
- allein/getrennt lebend

10-Jahres Verlauf der Borderline PS



12% Relapse (weniger als MDD und andere PS)

Neuroimaging Befunde zur BPS

- Veränderungen in Neurotransmittersystemen (Serotonin, Glutamat und GABA)
- Strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten in fronto- limbischen Netzwerken, dazu gehörend
 - Regionen der Emotionsverarbeitung (e.g. Amygdala, Insula)
 - Regionen der regulatorischen Kontrolle (e.g. anteriorer cingulärer Cortex, medial frontaler Cortex, orbitofrontaler Cortex und dorsolateraler präfrontaler Cortex)

Krause-Utz et al., 2014

Was wird aus den BPS Patienten im Alter?

Medizinische Komorbiditäten

- Borderline PS
 - Metabolisches Syndrom (Kahl et al. 2013)
 - Arteriosklerose, Arthritis, Kardiovaskuläre Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Bluthochdruck, Leber-Erkrankungen usw. (El-Gabalawy et al., 2010)
- Ausbleibende „Recovery“ erhöht deutlich das Risiko für Folgeerkrankungen (Keuroghlian et al. 2013)

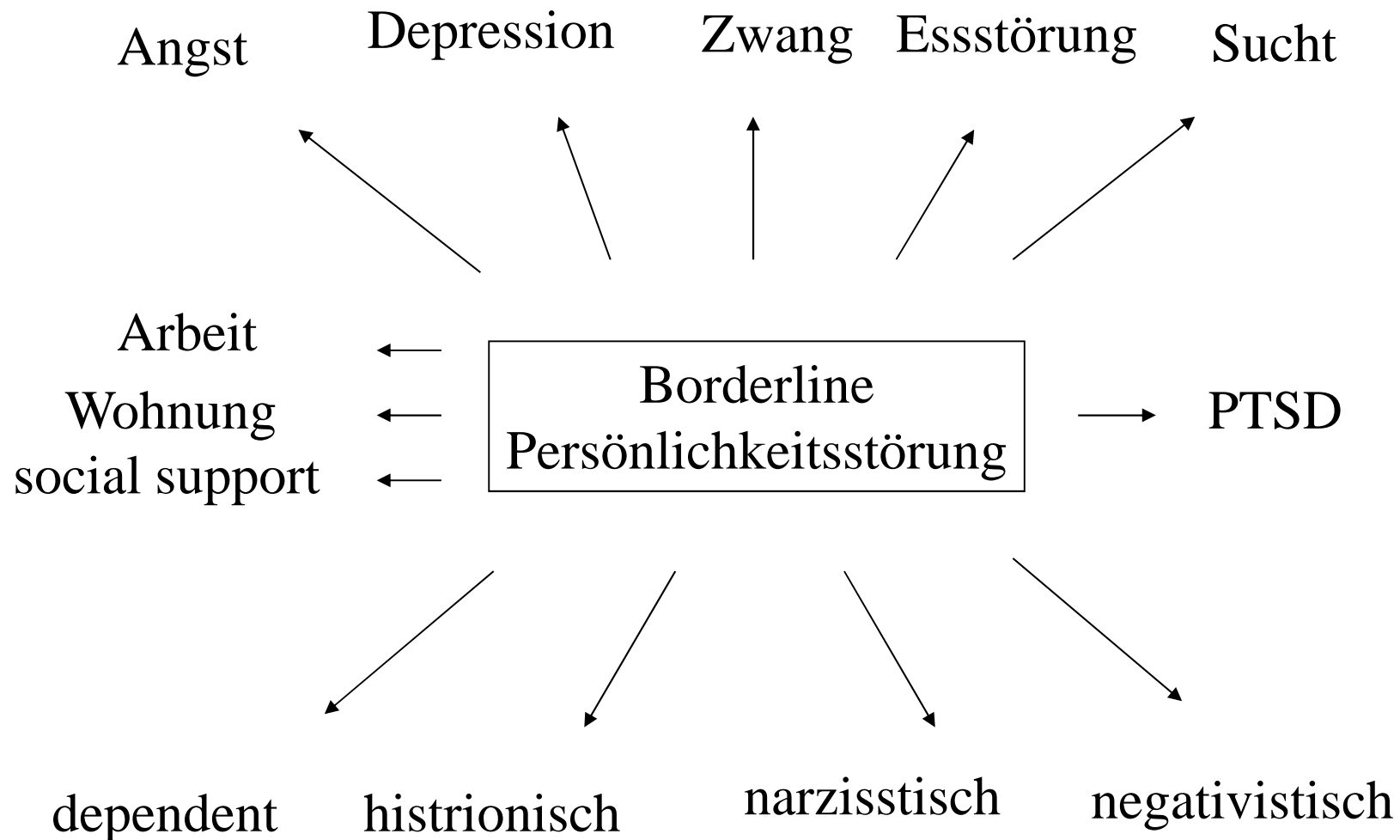
Therapie der Persönlichkeitsstörungen

- Psychotherapie
- Psychopharmakologische Therapie

Psychotherapie der Borderline-Störung

Wirksame Psychotherapieverfahren

- Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)
- Schematherapie (SFT)
- *Systematic Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS)*
- Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)
- Emotionsregulationsgruppen (ER)
- Manual assistierte Psychotherapie (MACT)



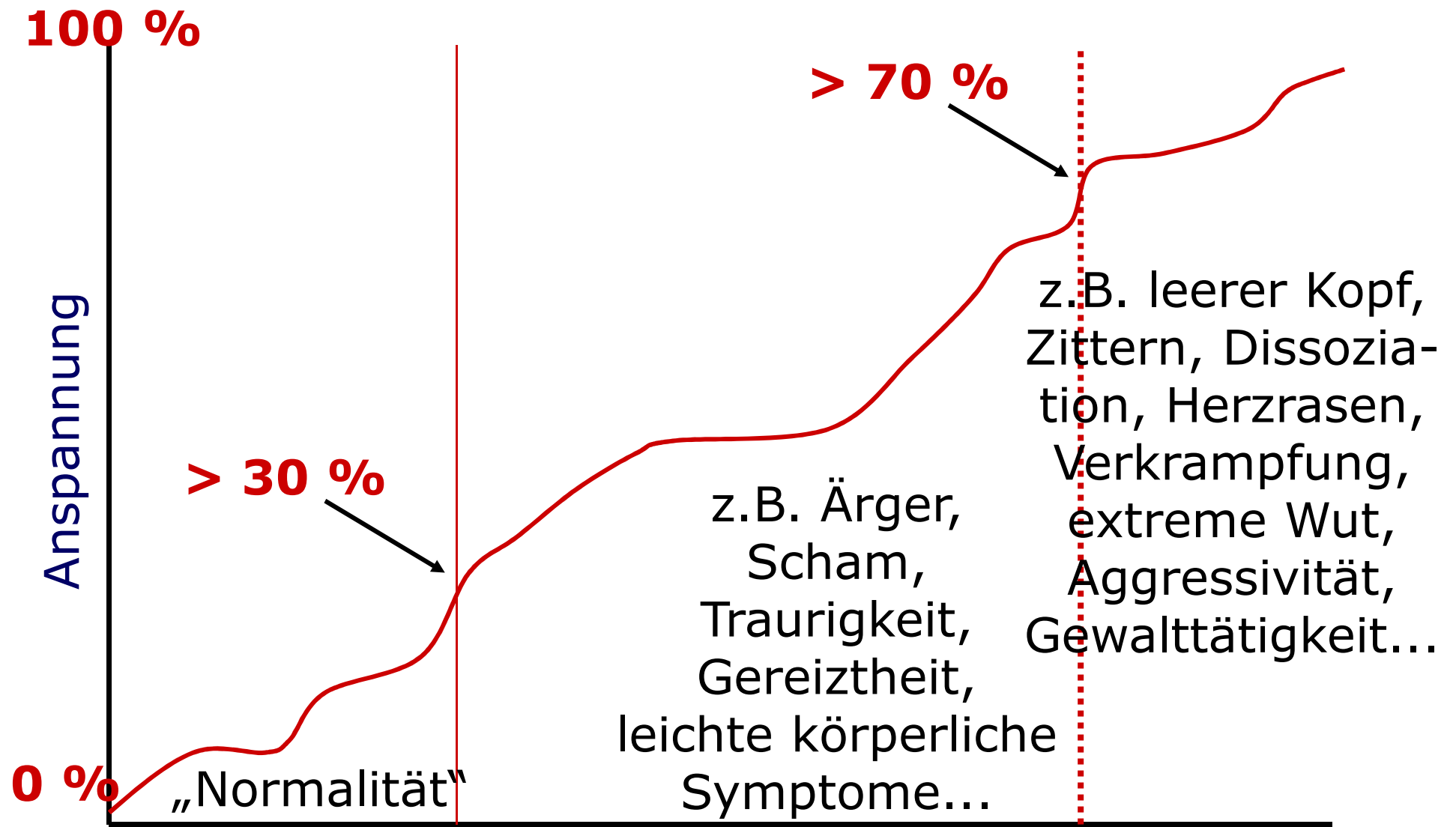
(Trautmann 2004)

DBT: Therapie-Ziele

1. Umgang mit dem Drang nach suizidalem Verhalten/Suizidgedanken
2. Umgang mit therapie-störendem Verhalten (Selbstschädigung, Alkohol, Drogen etc.)
3. Umgang mit Anspannung/extremen Emotionen
4. Erlernen von Fertigkeiten der sozialen Kompetenz

Wochenplan DBT

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
		07:00 h Messen/Wiegen			
08:00h Frühstück	08:00h Frühstück	08:00h Frühstück	08:00h Frühstück	08:00h Frühstück	08:00h Frühstück
08:30-09:00 h Morgenrunde DBT 1/ DBT 2	08:30-09:00 h Morgenrunde DBT 1/ DBT 2	08:30-09:00 h Morgenrunde DBT 1/ DBT 2	08:30-09:00 h Morgenrunde DBT 1/ DBT 2	08:30-09:00 h Morgenrunde DBT 1/ DBT 2	Wochenendvisite nach Absprache mit dem Diensthabenden Arzt
Laufgruppe 9:00h				Laufgruppe 9:00h	
09:30 h-10:20 h Skilltraining (Stresstoleranz) DBT 2	09:00h-10:00 h Körpertherapie DBT 1	09:30 h- 11:00 h Skilltraing (soziale Kompetenz/ Emotionsregulation) DBT 1/ DBT 2	09:30h-12:50 h Visite	09:30h-09:50h Innere Achtsamkeit	
11:00h-11:50 h Innere Achtsamkeit und Wochenplanung	10:15h-11:05 h Gesundheitsgruppe			10:00h-10:50h Basisgruppe	
12:00 h Mittagessen	12:00 h Mittagessen	12:00 h Mittagessen	12:00 h Mittagessen	12:00 h Mittagessen	12:00 h Mittagessen
13:15-14:15 h Körpertherapie DBT 2		13:00-13:30 Bezugsgruppe DBT 1/2	14:00h-15:30h Ergotherapie DBT 2	13:00h-13:30h Bezugsgruppe DBT1 und DBT2	
				14:00-15:30h Ergotherapie- DBT1	
15:30h -16:20h Skilltraining (Stresstoleranz) DBT 1		Ergotherapie Diagnostikerggruppe 13:00-14:30 Entfällt zur Zeit			
		14h-15:00h Essgruppe			
18:00 h-18:30h Abendrunde	18:00 h-18:30h Abendrunde	18:00 h-18:30h Abendrunde	18:00 h-18:30h Abendrunde		
18:30 h Abendbrot	18:30 h Abendbrot	18:30 h Abendbrot	18:30 h Abendbrot	18:30 h Abendbrot	



(nach M. Linehan)

Stresstoleranz

- Management von extrem starken Emotionen $> 70\%$
- Überstehen und Nicht-Verschlimmern eines emotionalen Ausnahmezustandes mit Reaktionsverhinderung von selbst- oder fremdschädigenden Verhaltensweisen ohne Habituation

Emotionsregulation

- Management von aversiven, belastenden Emotionen $< 70\%$
- Direkter, achtsamer Umgang mit Emotionen, Habituation
- Erreichung eines kompetenten und adaptiven Umganges mit den eigenen Emotionen.

Psychopharmakologische Behandlung

Merke:

Es gibt keine psychopharmakologische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, sondern nur eine symptom-orientierte Therapie

Pharmakotherapie der Borderline-Störung

Gute Effekte:

- **Aripiprazol** (15mg/d): Impulsivität, Ärger, Depressivität, Angst, psychotische Symptome
- **Lamotrigin** (200mg/d): Impulsivität, Ärger
- **Topiramat** (200-250mg/d): Impulsivität, Ärger, Angst

Moderate Effekte:

- **Olanzapin** (2,5-20mg/d): Ärger (cave Suizidalität, Gewicht)
- **Quetiapin** (150-300mg/d): interpersonelle, affektive und kognitive Symptome
- **Valproinsäure** (ca. 1300mg/d): Ärger, interpersonelle Probleme, Depression
- **Omega-3 Fettsäuren** (0,7-1,2g/d; allein oder als Augmentation zu Valproat)

Keine Effekte:

- SSRI, MAOi, TZA, klassische NL, Carbamazepin

Lieb et al. 2010; Stoffers & Lieb 2015

Schlafstörungen bei BPS

- Ohne empirische Evidenzen (Trimipramin 25-75mg, Trazodon 50-100mg, Doxepin 10mg)
- Bei komorbider PTBS den alpha-1-Antagonisten Doxazosin (bis 8 mg/Tag), vor allem bei Albträumen
- positive Wirkung auf Einschlafzeit und Schlafqualität bei BPS und PTBS von Clonidin (bis 0,45 mg/Tag)