



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Vorlesung (F2)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Diagnostik und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Vorlesung (F2)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Erstellung des Inhalts:

Prof. Dr. Martin Lambert

Lehrbeauftragter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gebäude W37

Tel.: +49-40-7410-24041

Fax: +49-40-7410-52229

E-Mail: lambert@uke.de



- Übersicht zum Krankheitsbild
- Grundlagen
 - Epidemiologie
 - Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM V
 - Ätiologie / Pathogenese
- Therapie
 - Psychosoziale Therapie
 - Pharmakotherapie
- Verlauf und Prognose



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Übersicht zum Krankheitsbild



Übersicht zum Krankheitsbild

Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	▪ ca. 3 %
Punktprävalenz	▪ ca. 1–2 % (stark altersabhängig)
Geschlechterverhältnis	▪ 1 : 1
Typisches Erkrankungsalter	▪ Frühe Adoleszenz bis ca. 45. Lebensjahr
Wichtigste Komorbiditäten	▪ Posttraumatische Belastungsstörung, Affektive Störungen, Angststörungen, Drogen- und Alkoholabhängigkeit
Leitlinien	▪ S2-Leitlinie: Bohus et al. (2008); WFSBP-Leitlinie: Herpertz et al. (2007); Cochrane Reviews: Stoffers et al. (2010), Lieb et al. (2010), Stoffers et al. (2012)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Epidemiologie



- 1-Jahres-Prävalenz 2% (Lebenszeitprävalenz 6%)
- Frauen : Männer = 1:1
- Im Alter von 15 Jahren haben 6% der Mädchen sich bereits mehr als 3 x im Jahr selbst verletzt
- 80% der Betroffenen kommen bereits im Alter von 14-19 Jahren erstmalig in Behandlung
- Die Patienten befinden sich im Mittel ca. 62 Tage in stationärer Behandlung
- Suizidrisiko: 7 %
- Prognose im Behandlungsfall aber gut. In Remission nach 4 Jahren 50%, nach 6 Jahren 68%, nach 8 Jahren 85%.
- Direkte Kosten ca. 4 Milliarden Euro im Jahr in Deutschland (15% der Kosten insgesamt für psychische Störungen)
- Neue Studien: ohne spezialisierte Behandlung keine Besserung !



- Soziale Phobie: ca. 44 %
- Posttraumatische Belastungsstörung: ca. 43 %
- Schwere Depression: ca. 39 %
- Angst- und Panikstörungen: ca. 24 %
- Bulimie: ca. 18 %
- Alkohol: ca. 10 %



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Allgemeine Kriterien und Diagnostik



Überblick spezifische Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10

Kodierung	Typ spezifische Persönlichkeitsstörung
F60.0	▪ Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	▪ Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	▪ Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3	▪ Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30	• Impulsiver Typ
F60.31	• Borderline-Typ
F60.4	▪ Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	▪ Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
F60.6	▪ Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	▪ Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	▪ Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen • Hier narzisstische Persönlichkeitsstörung untergeordnet
F60.9	▪ Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F61	▪ Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen



Überblick spezifische Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV

Cluster	ICD-10	DSM-IV
A	Paranoide PS	Paranoide PS
	Schizoide PS	Schizoide PS
	(Schizotype Störung: F21)	Schizotypische PS
B	Dissoziale PS	Antisoziale PS
	Emotional instabile PS:	
	• Impulsiver Typus	-
	• Borderline-Typus	Borderline-PS
	Histrionische PS	Histrionische PS
	-	Narzisstische PS
C	Ängstliche PS	Selbstunsichere PS
	Abhängige PS	Abhängige PS
	Anankastische PS	Zwanghafte PS



Allgemeine diagnostische Kriterien:

- 1) Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
- 2) Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, v.a. dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
- 3) Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
- 4) Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
- 5) Unbeständige und unberechenbare Stimmung



Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) - impulsiver Typus (F60.30)

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens **drei** der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
 - 1) deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln,
 - 2) deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden,
 - 3) Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens,
 - 4) Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden,
 - 5) unbeständige und launische Stimmung.



Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) - Borderline Typus (F60.31)

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens **drei** der unter F60.30 B erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens **zwei** der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
 - 1) Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller),
 - 2) Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen,
 - 3) übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden,
 - 4) wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung,
 - 5) anhaltende Gefühle von Leere.



Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) - Borderline Typus (F60.31)

Um die Diagnose stellen zu können, müssen **mindestens fünf der neun Kriterien** erfüllt sein:

Affektivität

- unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
- affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist
- chronisches Gefühl der Leere

Impulsivität

- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
- wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

Kognition

- vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
- Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst

Interpersoneller Bereich

- verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
- ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Ätiologie und Pathogenese



Überblick Ätiologie und daraus entstehende dysfunktionale Verhaltensmuster

- Genetische Belastung
- Temperament als Disposition für Reaktion auf Umweltreize
- Angeborene oder früh erworbene zerebrale Dysfunktion

- Frühe Traumatisierung (Trennung, Vernachlässigung, emotionaler, physischer, sexueller Missbrauch)
- Invalidierendes Umfeld (frühe Bindungsstörung)

Impulskontrollstörung / Affektregulationsstörung / Beziehungsstörung

Probleme in der psychosozialen Orientierung und Stressbewältigung

Dysfunktionale Verhaltensmuster

- Suizidalität
- Selbstverletzungen
- Fremdaggressivität
- Fressanfälle
- Missbrauch Alkohol, Tabletten, Drogen
- Hochrisikoverhalten

- Verhaltensweisen, die eingesetzt werden um unerträgliche Spannungszustände zu regulieren, Dissoziation zu verhindern und wieder handlungsfähig zu werden.
- Die Erleichterung, die empfunden wird, verstärkt diese Verhaltensmuster und verhindert das Erlernen neuer situationsadäquater Strategien.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Psychotherapie



Manualisierte Psychotherapieverfahren

Manualisierte Therapieverfahren für Erwachsene:

- 1) Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- 2) Transference Focused Psychotherapy (TFP)
- 3) Schematherapie

Manualisierte Therapieverfahren für Jugendliche:

- 1) Transference Focused Psychotherapy for Adolescents (TFP-A)
- 2) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)

Therapieverfahren der 1. Wahl:

- 1) Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)



- Von Marsha M. Linehan entwickelte manualisierte Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Kombination von Elementen kognitiver Verhaltenstherapie, Zen-Buddismus und dialektischen Behandlungsstrategien (Balance von Akzeptanz und Veränderung)
- Basiert auf einem kombinierten Modell von Motivationsförderung und Aufbau von Verhaltensfertigkeiten
- Einzeltherapie und Fertigkeiten-Trainingsgruppe
- Telefonkontakte in Krisensituationen



- Einzeltherapie
- Fertigkeitstraining in der Gruppe (Skillstraining)
- Telefonkontakt im Notfall
- regelmäßige Intervision der Therapeuten
- Dauer 16-32 Wochen
- Stationär oder ambulant angeboten



Vorbereitungsphase

- Diagnostik
- Aufklärung über das Störungsbild
- Aufklärung über die Behandlungskonzeption
- Klärung der Behandlungsziele
- Behandlungsvertrag mit Non-Suizidabkommen

Hierarchische Gliederung der Behandlungsziele

1. Aufbau von Überlebensstrategien zur Bewältigung suizidaler und selbstschädigender Verhaltensmuster
2. Aufbau von Therapie-Compliance an Stelle von therapieschädigenden Verhaltensmustern
3. Befähigung zur ambulanten Therapie
 - Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von Verhaltensmustern die verhindern, dass die Patientin ambulante Therapie bekommt
 - Aufbau von Fertigkeiten um Hospitalisierung zu vermeiden



- Anwendung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Techniken (z.B. Problemlösen, Exposition, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensanalysen, Kontingenzmanagement)
- Elemente aus humanistischen Therapie-verfahren (z.B. Gesprächs-, Gestalt-, Hypnotherapie)
- Integration zen-buddhistischer Meditationstechniken
- Betonung der Dialektik, der Validierung und der therapeutischen Beziehung



Strukturelle Merkmale der ambulanten DBT

- Dauer mindestens 2 Jahre
- Bestandteile: Einzeltherapie, Fertigkeitstraining, Telefonberatung, Supervision
- Mindestens 150 h Einzeltherapie und 100 h Gruppentherapie
- Einzel- und Gruppentherapie durch verschiedene Therapeuten



- 1) Erlernen grundlegender Fertigkeiten „zum Überleben“
- 2) Reduktion posttraumatischer Belastungsreaktionen
- 3) Stärkung des Selbstvertrauens und Arbeit an individuellen Zielen



- 1) Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzung
- 2) Reduktion therapiegefährdenden Verhaltens
- 3) Reduktion hospitalisierungsfördernder Verhaltensmuster
- 4) Generierung der erlernten Fertigkeiten



- 1) Eignung/Motivation im Vorgespräch
- 2) Suizidalität und Selbstverletzung im Vordergrund
- 3) Wenn möglich, keine direkte Übernahme aus dem stationären Setting
- 4) keine Suchterkrankung im Vordergrund
- 5) kognitive Fähigkeit



- 1) Vorbereitungsphase (2 Wochen)
- 2) Hauptbehandlungsphase (6 Wochen)
- 3) Abschiedsphase (4 Wochen)



- Diagnostik (SKID II)
- Aufklärung über Diagnose/ Behandlungs-konzept
- Motivationsaufbau und -klärung
- Aufbau der therapeutischen Beziehung
- Integration in den Stationsalltag
- Einzeltherapie, Basis-, 5-Sinne-, Achtsamkeits- und Bezugsgruppe
- Arbeit an Therapiezielen, Vorstellung im Team
- Behandlungs- und Non-Suizidvertrag



- Identifikation der wesentlichen Problemverhaltensmuster
- Verhaltensanalyse der letzten Suizidversuche
- Anleitung zu Selbstbeobachtung und zu Verhaltensprotokollen
- Erkennen wiederkehrender Verhaltensmuster
- zusätzliche Teilnahme an Körpertherapie und Fertigkeitstraining



- Integration in das gewohnte soziale Umfeld
- Anwendung und Generierung der erlernten Fertigkeiten im Alltag
- Kontaktaufnahme zum ambulanten Behandlungsteam
- Motivation für einen bewussten Umgang mit dem Thema „Abschied“



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Pharmakotherapie



Grundsatz:

- Psychopharmaka sind bei Persönlichkeitsstörungen immer „off-label“, das heißt es gibt kein Medikament zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mögliche Begründung für den Einsatz:

- Man kann symptomorientiert eine Verbesserung erreichen (z.B. Schlaf verbessern, Depressivität, Ängste, Impulsivität, Wut und psychotische Symptome verringern)



Pharmakotherapie unterstützt, v.a. initial (Cochrane Review 2008)

- „Alte Neuroleptika“, z.B. Haldol kein Wirknachweis, viele Nebenwirkungen
- Von den neuen Atypika hat Aripiprazol die besten Effekte in Bezug auf Reduktion von Wut / Ärger, Impulsivität und psychotische Symptome
- Lamotrigin, Topiramamat und Valproat hohe Effekte in Bezug auf Reduktion von Impulsivität und Wut
- Für Antidepressiva gibt es keine positiven Wirknachweise, außer es besteht gleichzeitig eine Behandlungsbedürftige Depression
- Behandler sollten sich genau überlegen, welche Symptomatik durch ein Medikament gebessert werden soll, dann Therapieversuch, längstens 3 Monate beobachten, wenn keine Besserung Medikation wieder absetzen...
- Vorsicht: Gefahr der Polypharmazie



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen bitte unter:

http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_2512.php