

Dr. med. M. Rentrop

Hinweise zum Umgang mit Borderline Persönlichkeitsstörungen aus störungsspezifisch psychotherapeutischer Perspektive

Forum Mental Health, 04.07.2013



Gliederung

- Einführung
 - Diagnose und Diagnostik
- Psychoedukation bei Borderline Persönlichkeitsstörung
- Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)
 - Störungsmodell und Grundannahmen
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)
 - Störungsmodell
- Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)
 - Störungsmodell
- Zusammenfassung

Einführung: Persönlichkeitsstörungen

- Heterogene Gruppe von Störungsbildern, am schlüssigsten konzeptualisiert im DSM IV-System, derzeit im Umbruch
 - Lebenszeitprävalenz: ca. 10% der Bevölkerung
 - Wesen der Störungen besteht in einer anhaltenden, einseitigen Ausprägung bestimmter Persönlichkeitseigenschaften, sodass der Betroffene selbst oder das Umfeld belangvoll darunter leiden
 - Einteilung in 3 Cluster, klinisch bedeutsam vor allem die Borderline Persönlichkeitsstörung
 - Ca. 20% aller Mittel, die für die stationäre Behandlung psychisch Erkrankter in Deutschland aufgebracht werden, gehen in die Therapie der Borderline Störung
-
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4rd edition, Washington, DC
 - Bohus M, Kröger C. (2011) Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt , 82: 16-24

Borderline Persönlichkeitsstörung

- Lebenszeitprävalenz: ca. 1,5%, Frauen > Männer
 - Anteil: ambulante psychiatrische Patienten ca. 10%, stationäre Patienten bis 20%
 - in der Adoleszenz beginnende Störung, mit selbstschädigenden Handlungen, instabilen Affekten und Beziehungen, „Schwarz – Weiß-Denken“, veränderter /verzerrter Wahrnehmung
 - hohe Rate psychiatrischer Komorbidität (Depression, Sucht, PTSD, ADHS)
 - Verlauf gekennzeichnet von Krisen bei kontinuierlicher psychotherapeutischer Behandlungsbedürftigkeit (Cave: Suizid)
-
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ (2002a) The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol. Psychiatry* 51:936-950
 - Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA (2002b). The borderline diagnosis II: biology, genetics and clinical course. *Biol. Psychiatry* 51: 951-950
 - Torgerson S, Kringelen E, Cramer V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen psychiatry* 58: 590-596
 - Bohus M, Kröger C. Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2011, 82: 16-24

Störungsspezifische Therapien

- Seit Aufnahme der Borderline Störung in DSM III 1980, Entwicklung manualisierter störungsspezifischer Psychotherapien
 - Dialektisch Behaviorale Therapie (M.M. Linehan)
 - Übertragungsfokussierte Psychotherapie (O.F. Kernberg)
 - Mentalisierungsbasierte Therapie (A. Bateman & P. Fonagy)
 - Schematherapie (J. Young)
- Alle Verfahren haben in mindestens 1 randomisierten kontrollierten Studie (RCT) ihre Wirksamkeit nachweisen können

Diagnose und Diagnostik

- DSM IV
- Grenzen
- Problem des Schweregrades
- DSM V

Allgemeine Diagnost. Kriterien nach DSM-IV

A. Ein **überdauerndes Muster** von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:

- (1) **Kognition** (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
- (2) **Affektivität** (also Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
- (3) **Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,**
- (4) **Impulskontrolle**

- B.** Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- C.** Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D.** Das Muster ist stabil und langandauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- E.** Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F.** das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV

Cluster A „sonderbar, exzentrisch“

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Cluster B „dramatisch, emotional“

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Borderline Persönlichkeitsstörung

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Cluster C „ängstlich und furchtsam“

Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Dependente Persönlichkeitsstörung

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Diagnostische Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

Ein tiefgreifendes **Muster von Instabilität** in **zwischenmenschlichen Beziehungen**, im **Selbstbild** und in den **Affekten** sowie deutliche **Impulsivität**.

1. Verzweifelt Bemühen , tatsächliches oder vermutetes **Verlassenwerden zu vermeiden**.
2. Ein Muster instabiler, aber 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 **selbstschädigenden Bereichen** (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle)

Diagnostische Kriterien BPS Forts.

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, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern.)
7. **Chronische Gefühle von Leere**
8. **Unangemessene, heftige Wut** oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. **Vorübergehende**, durch Belastungen ausgelöste **paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome**

Grenzen der DSM IV-Diagnostik

- Klinische Diagnose Persönlichkeitsstörung: wenig valide
- SKID II Interview notwendig
- Keine Schweregradabschätzung, aufgrund rein qualitativer Diagnosekriterien
- Überlappen der Kriterien für einzelne Persönlichkeitsstörungen ziehen „Vielfachdiagnosen“ nach sich. (z.B. Döring et al. 2010: 2,86 PS-Diagnosen)
- Borderline Störung:
 - Heterogenität der Patientengruppe: 151 Merkmalskonstellationen möglich (Clarkin 1993)
 - Vielzahl komorbider Störungen

Schweregradeinschätzung: Untersuchungsinstrumente

- **STIPO:** Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation (Clarkin, Caligor, Stern, Kernberg; deutsche Version: Prof. Doering);
 - strukturelle und dimensionale Einschätzung der Persönlichkeitsmerkmale, keine Symptome
 - Aufsummieren der Itemwerte
- **BSL:** Borderline Symptom Liste (Bohus et al.)
 - Subskalen zu Selbstwahrnehmung, Affektregulation, Autoaggression, Dysphorie, soziale Isolation, Intrusionen, Feindseligkeit.
 - Auswertung: Aufsummieren der Itemwerte
- **Adult Attachment Interview (AAI) und Reflective Functioning Scale:** (Fonagy et al.)
 - 10 stufige Skala zur Auswertung des AAI, einem strukturierten, videogestützten Interview, derzeit nur zu wissenschaftlichen Zwecken eingesetzt

Ausblick DSM V

in den USA gültig seit Mai 2013

- Geplant war: Paradigmenwechsel von einem rein deskriptiven zu einem deskriptiv-kategorialen (Hybrid-) Diagnosesystem
- Reduktion der Anzahl der Persönlichkeitsstörungen auf 6 (antisozial, vermeidend, Borderline, narzisstisch, zwanghaft und schizotyp)
- Die Persönlichkeitsstruktur von allen Patienten soll festgehalten werden, unabhängig vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung

Ausblick DSM V

- Weg zur Diagnose:
 - Besteht eine Beeinträchtigung in Persönlichkeitsfunktionen (Identität, interpersonelle Funktionen)?
 - Festhalten des Schweregrades auf der „Levels of Personality Functioning Scale“
 - Selbst: Identität, Selbstgerichtetheit [Ziele, angemessenes Verhalten, Fähigkeit zu Reflektieren]; Interpersonal: Empathie, Intimität [befriedigende, anhaltende, reziproke Beziehungen, Fähigkeit sich auf Ideen, Emotionen, Verhalten anderer einzulassen];
 - Einteilung von 0 bis 4
 - Prüfen ob eine der 6 definierten Störungen vorliegt
 - Falls nicht: liegt eine definierte „Personality Disorder Trait Specified“-Störung vor (Restkategorie); falls zutreffend genaue Beschreibung der vorliegenden Persönlichkeitzüge

Ausblick DSM V

- „Personality Disorder Trait Specified“:
 - Beschreibung der vorherrschenden Persönlichkeitszüge
 - 5 Faktoren Modell: Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrungen
 - 25 Facetten

Psychoedukation

Vorbedingungen / Informationsstand

- Das Wissen der BPD Patienten um
 - Ihre Diagnose
 - Vorbehandlungen / Psychotherapie
 - Behandlungsmöglichkeiten
- ist ausgesprochen heterogen.
- Häufig finden sich:
 - Fehlende Kenntnisse der Diagnose oder deren Bedeutung („... mein Arzt hat irgendwas von Borderline gesagt...“)
 - „Ich habe so eine Gesprächstherapie gemacht...“
 - Die Medikamente machen alle abhängig, das nehme ich nicht!“

Psychoedukation Borderline:

- „**Psychoeducation**“ meint:
 - Bildung, Aufklärung / Wissenserweiterung
 - Im Unterschied zur deutschen „...edukation“, im Sinne von Erziehung
 - Seit Konzeptualisierung stationär psychotherapeutischer Borderline Therapien eingeführt
 - Seit 2007 manualisiert
-
- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. Schizophr Bull 6: 490-515
 - Bäuml J, Pitschel-Walz G (2008) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, 2. erweiterte Auflage, Schattauer Stuttgart, New York



M. Rentrop M. Reicherzer J. Bäuml

Psychoedukation Borderline-Störung

Manual zur Leitung von Patienten-
und Angehörigengruppen



IM DIALOG

URBAN & FISCHER

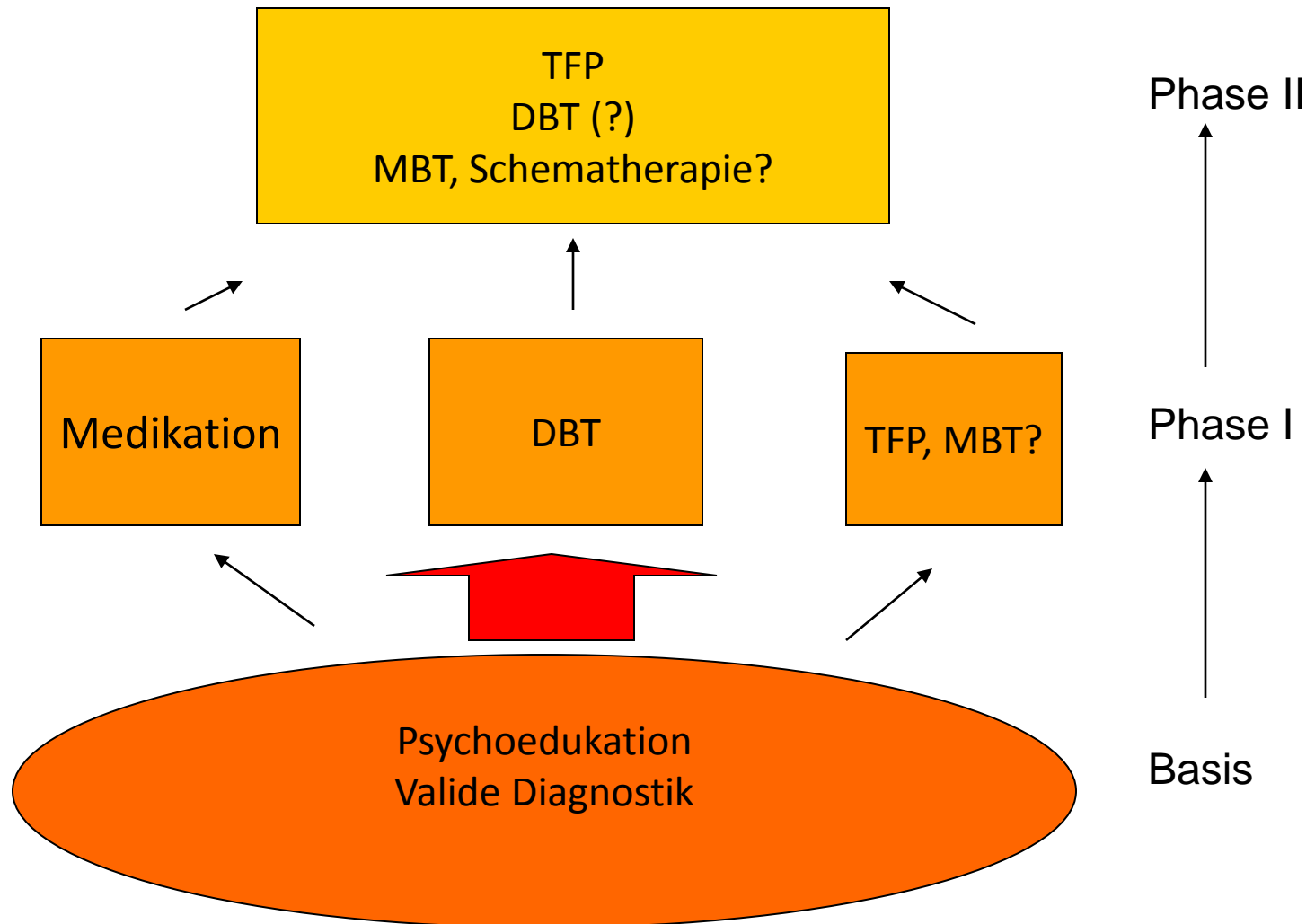
Inhaltsübersicht

- Krankheitsbegriff und Symptomatik
- Ursachenmodell
- Komorbidität
- Notfall-, Krisenplan
- Psychopharmakotherapie
- **Psychotherapie**
- fakultativ: gesunde Ernährung, Umgang mit körperlichen Erkrankungen, Genussmittel

Hilfe für den Therapeuten - Psychoedukation

- Erwerb einer allgemein verständlichen Sprache um komplexe psychische Vorgänge zu erläutern
- Teilhabe an „Expertenwissen“ der Betroffenen
- Basis gemeinsamer Information auf die in Krisen zurückgegriffen werden kann (Comittment)
- Basis partnerschaftlicher Behandlungsentscheidungen (shared decission making)

Behandlungsalgorithmus für Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung



Störungsspezifische Psychotherapie - DBT

Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT)



- M.M. Linehan

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

- Im Zentrum steht die Annahme einer **Störung der Emotionsregulation**
- Die Therapie zielt im Wesentlichen auf die
 - **Überwindung stereotyper, impulsiver, emotions-getriggelter Verhaltensweisen**
 - und die **Vermittlung von alltagsrelevanten Fertigkeiten**
- **Therapieelemente:** Einzeltherapie, Skillsgruppe, Telefoncoaching
- **Technik:** Verhaltenstherapie + Achtsamkeit
 - Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guildford Press, New York
 - Bohus M (2002) Borderline-Störung. Göttingen, Hogrefe

Grundauffassungen der DBT

- Therapeut versteht sich als „Bergführer“ der den Patienten begleitet. Patient und Therapeut sprechen über die Borderline Störung auf Augenhöhe
- **Grundannahmen über Patienten:**
 - Patienten geben sich wirklich Mühe
 - Patienten wollen sich verändern
 - Patienten mit Borderline Störung müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern
 - Patienten haben ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht, aber müssen sie selber lösen
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guildford Press, New York
- Bohus M (2002) Borderline-Störung. Göttingen, Hogrefe

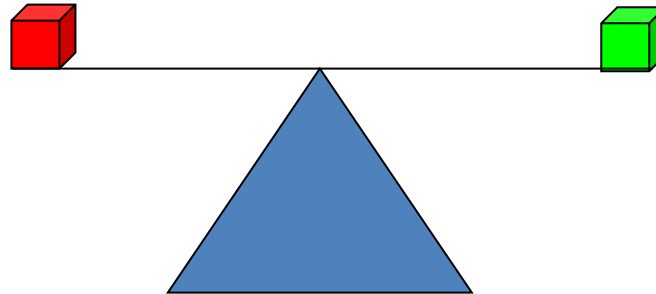
Grundauffassungen der DBT

- Annahmen, die sich in erster Linie an Therapeuten richten:
 - Das Leben suizidaler Borderline-Patienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht auszuhalten.
 - Patienten müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen.
 - Patienten können in der Therapie nicht versagen
 - Therapeuten, die Borderline-Patienten behandeln, brauchen Unterstützung

- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guildford Press, New York
- Bohus M (2002) Borderline-Störung. Göttingen, Hogrefe

Behandlungsphilosophie

- Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung
- Zentrale Rolle validierender Interventionen



- Vermittlung dialektischer Verhaltensmuster
 - Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guildford Press, New York
 - Bohus M (2002) Borderline-Störung. Göttingen, Hogrefe

Zusammenfassung DBT

- DBT versteht sich in weiten Teilen als Training
- DBT verlangt gegenseitige, meist schriftliche Vereinbarungen, als Basis der Behandlung (Rahmen)
- Dysfunktionales Verhalten wird als individueller Lösungsversuch validiert, gleichzeitig wird Veränderung erwartet.
- Abweichungen von Vereinbarungen werden unmittelbar thematisiert

Hilfe für den Therapeuten - DBT

- Versachlichung dysfunktionaler Verhaltensweisen
- damit Ausstieg aus unbeabsichtigter Verstärkung
- Übendes Verfahren: Weg aus „aktiver Passivität“ = Entlastung
- Rahmen bietet neben Patienten auch dem Therapeuten / therapeutischen Team Halt
- Zentrale Bedeutung der Supervision

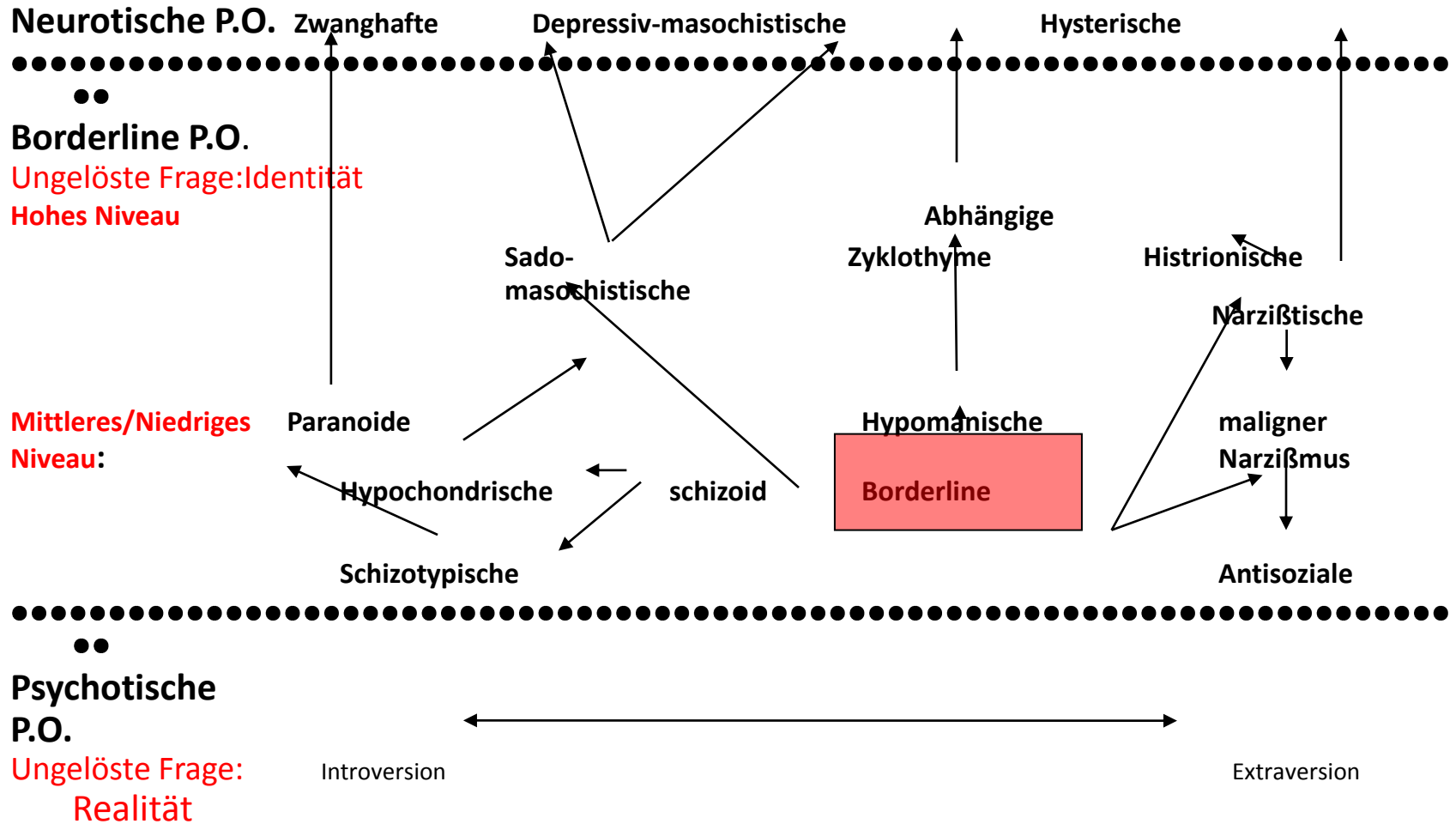
Störungsspezifische Psychotherapie - TFP

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)



O.F. Kernberg

Borderline Persönlichkeitsorganisation

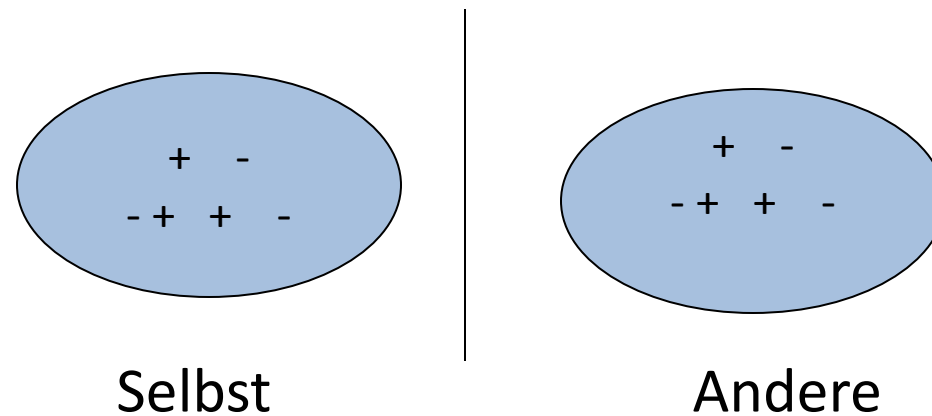


Übertragungs-fokussierte Psychotherapie

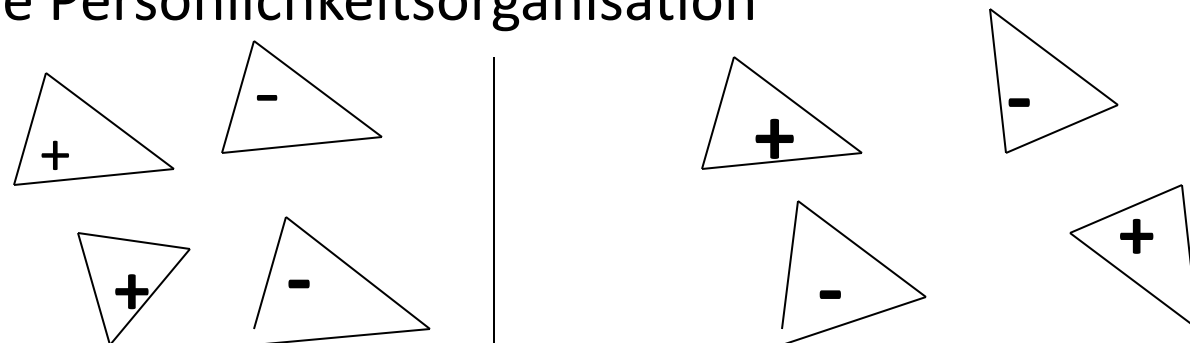
- Im Zentrum der Störung wird eine **Identitätsdiffusion** gesehen
 - Anstelle eines ausgewogenen und stabilen Wissens um die eigene Person stehen schnell wechselnde **Teilidentitäten**
 - Sicht auf andere Menschen ebenso wechselnd und unvollständig
 - **Therapieelemente:** Einzeltherapie, 2 stündig / Woche
 - Modifizierte Psychoanalyse
 - Technik: Klärung, Konfrontation, Deutung
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001) Psychotherapie der Borderline Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer Stuttgart, New York

Das Problem der Identität

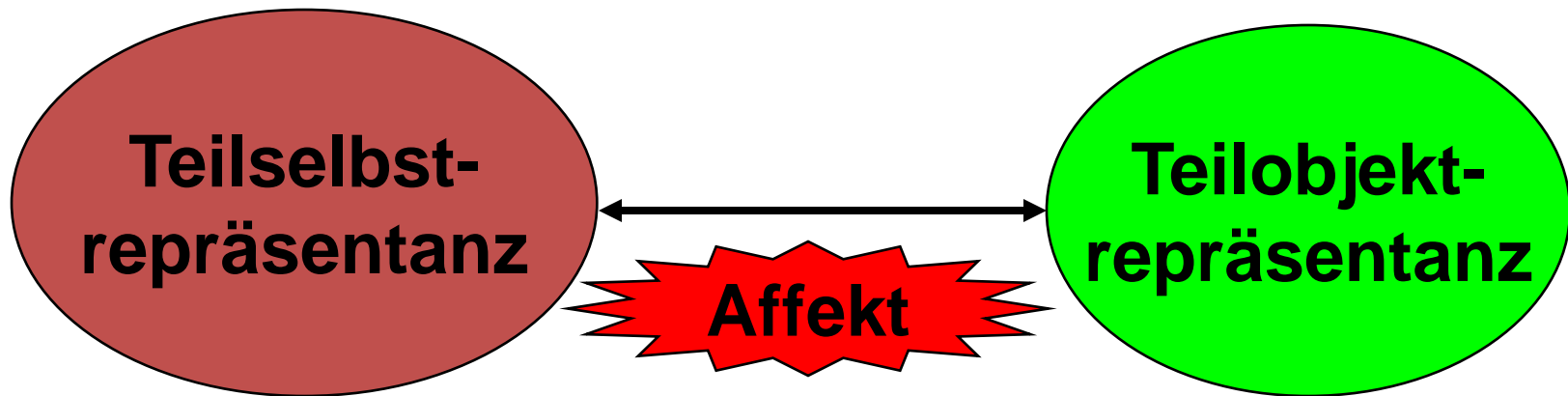
Gesunde Persönlichkeitsorganisation:



Borderline Persönlichkeitsorganisation



Phänomenologie der Borderline Störung (Clarkin, 2003 nach Kernberg)



Behandlungsvereinbarung TFP

- Mündliche Vereinbarung
- Klärung der Anamnese, insbesondere
 - Suizidversuche,
 - Zahl und Dauer der bisherigen Psychotherapien
 - Gründe für die Beendigung
 - Notfallmaßnahmen
 - Antisuiizidpakt
- Veränderungsmotivation
- Erläutern der Rolle des Therapeuten
 - Keine Beratung / konkrete Hilfen im Rahmen der Therapie
 - Technische Neutralität
 - „Neugierig werden“ für innerseelische Vorgänge

Behandlungstechnik

- Bearbeitung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, Verwendung von Sprachbildern
 - Klärung
 - Konfrontation
 - Deutung (Vorschlag, Nachfragen)

Zusammenfassung TFP

- TFP versteht sich als Verfahren, welches
 - die Identität stärkt
 - Widersprüche aufdeckt und
 - Verstehen fördert
- TFP konzentriert sich nicht auf die Symptomebene
- Der Therapeut nimmt überwiegend die Haltung eines Beobachters ein

Hilfe für den Therapeuten - TFP

- Verständnis wiederkehrender affektgeladener Dyaden entlastet emotional
- beugt einer Verstrickung in alten Themen und Inhalten der Patienten vor
- Deutung und Auseinandersetzung darüber hilft Bilder für ansonsten kaum ansprechbares zu finden
- Gut strukturierte Supervision beugt Therapieabbrüchen vor

Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)

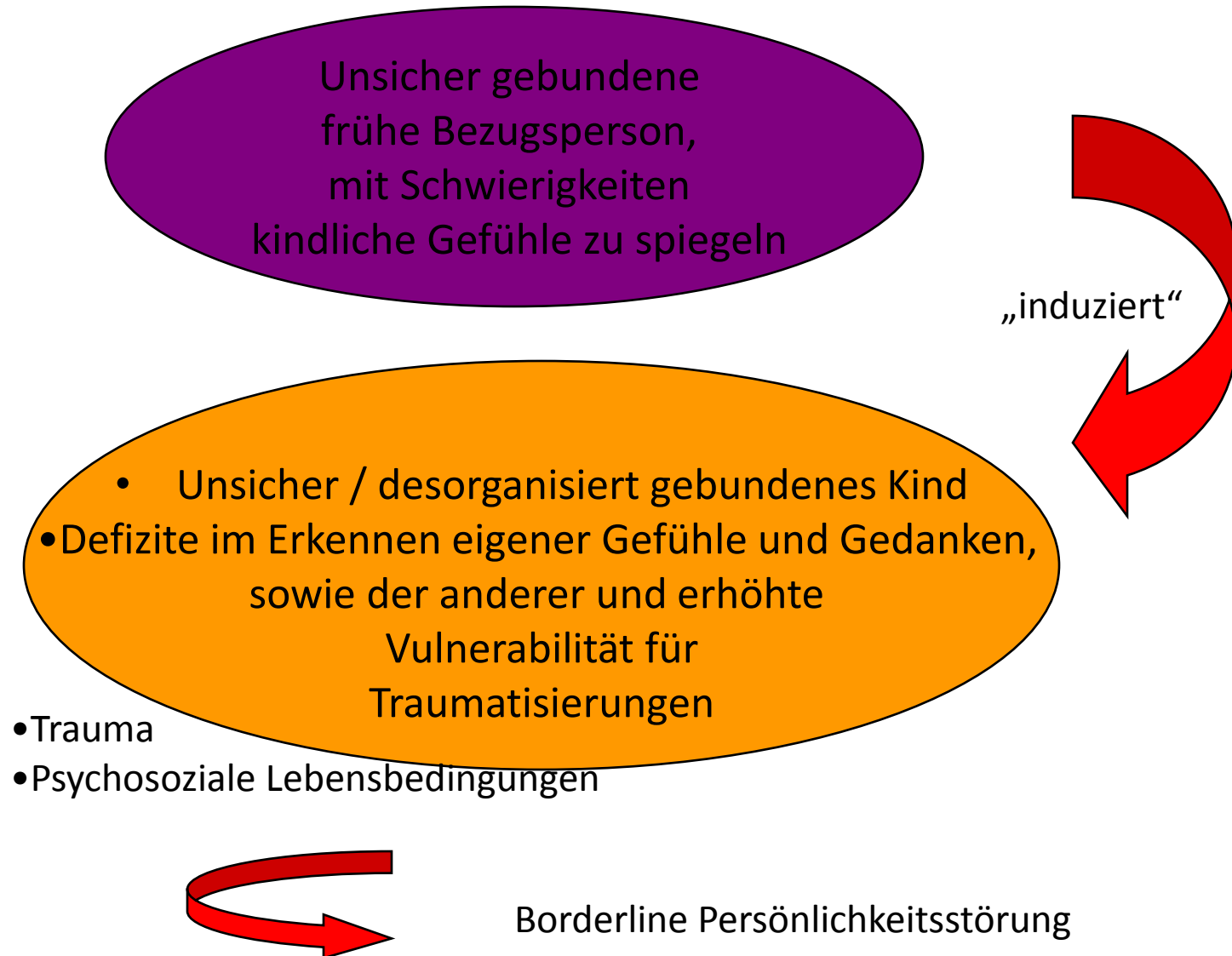


- P. Fonagy

Mentalisierungsbasierte Therapie

- Im Zentrum wird eine **Bindungsstörung mit nachfolgenden Defiziten in der Fähigkeit zur Metakognition (ToM)** gesehen
 - Menschen mit BPD zeigen überwiegend einen unsicheren oder desorganisierten Bindungsstil
 - Frühe Bezugspersonen haben Schwierigkeiten kindliche Gefühlszustände angemessen zu spiegeln (misattunement)
 - Daraus resultiert eine Störung der Entwicklung von Metakognition (Ordnung eigener Gedanken, Gefühle, Wünsche und Abgrenzung zur äußeren Realität sowie Verständnis für Gefühle / Motive anderer)
- **Therapieelemente:** teilstationäre Behandlung 18 Monate, alternativ: Einzeltherapie (1 / Woche) plus Gruppentherapie 1 1/2h pro Woche.
- **Technik:** aus Psychoanalyse abgeleitet
 - Bateman A, Fonagy P (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder. Oxford University Press, London

Bindungstheoretisches Ursachenmodell



Zusammenfassung MBT

- Entsprechend der Grundannahme wird auf komplexe Deutungen verzichtet
- Im Zentrum steht das Trainieren von Metakognition
 - Über das eigene Denken Nachdenken
 - „Was könnte es bedeuten, wenn Sie / jemand in ihrem Umfeld sich auf eine bestimmte Art verhält...“
 - „Was lösen Sie bei anderen aus, wenn...“
 - „Welches Gefühl zeigt sich in einer Geste / Mimik...“

Hilfe für den Therapeuten - MBT

- Einführung der Metaebene schafft Distanz zu dysfunktionalem Patientenverhalten
- Schutz vor Ausbrennen durch Betonung der Gruppentherapien
- Verzicht auf tiefer gehende Symbolik / komplexe Deutungen beugt Verstrickung / Allianzen mit pathologischen Anteilen des Patienten vor

Zusammenfassung

Zusammenfassung

- Vor einer Behandlung stehen valide Diagnostik und Aufklärung der Patient(in) über Erkrankung / Behandlungsmöglichkeiten
- DBT leistet einen großen Beitrag zum Symptommanagement
- TFP hilft plötzliche Brüche im Kontakt / Verhalten zu verstehen, die wechselnden Rollen, die ein Patient annimmt zu identifizieren
- MBT ist Brücke zum Verständnis eines zentralen Defizits und hilft dieses zu überwinden

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!

- Dr. M. Rentrop, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Ismaningerstr. 22, 81675 München, michael.rentrop@lrz.tu-muenchen.de