



CME

Zertifizierte Fortbildung

Neues zur Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- störungen – Änderungen in ICD-11

Haang Jeung-Maarse¹ · Sabine C. Herpertz²

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg, Deutschland

² Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Zusammenfassung

Persönlichkeitsstörungen (PS) treten häufig auf und zeigen hohe Remissionsraten im Langzeitverlauf, wobei psychosoziale Genesung bei einem beträchtlichen Teil ausbleibt. Im ICD-11 wird die traditionelle Auffassung, eine PS sei von hoher Stabilität, verlassen. Stattdessen beträgt die Mindestdauer zwei Jahre. Im diagnostischen Prozess werden drei Schweregrade (leicht, mäßig, schwer) sowie fünf sog. prominente Persönlichkeitsmerkmale differenziert. Optional kann zusätzlich ein Borderline-Qualifizierungsmerkmal kodifiziert werden. Hinreichende empirische Evidenz liegt alleine für die Behandlung der Borderline-PS (BPS) vor. Hier haben sich störungsspezifische Psychotherapien, insbesondere die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als besonders wirksam erwiesen. Therapiemodule, die sich auf Funktionsbeeinträchtigungen und prominente Persönlichkeitsmerkmale beziehen, könnten die bestehende Lücke in der störungsspezifischen Behandlung von PS schließen.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörungen · Prognose · Diagnosekriterien · Leitlinie · Psychotherapie

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit
werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden
Sie im CME-Fragebogen am Ende des
Beitrags.

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags ...

- wissen Sie um den klinischen Verlauf von Persönlichkeitsstörungen (PS),
- können Sie die wichtigsten Unterschiede zwischen den alten und neuen Diagnosekriterien von PS benennen,
- sind Sie mit den wichtigsten Behandlungsgrundsätzen der PS vertraut,
- kennen Sie empirisch validierte störungsspezifische Psychotherapieprogramme für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS),
- kennen Sie den sich derzeit bei PS in der Entwicklung befindenden Ansatz der modularen Psychotherapie.

Eine 31-jährige Patientin stellt sich bei Ihnen zur Zweitmeinung in der Praxis vor. Als Symptome benennt sie häufige diffuse Ängste, Spannungszustände, Stimmungsschwankungen sowie ein Gefühl der Leere, manchmal auch der ohnmächtigen Wut. In Situationen höchster emotionaler Anspannung habe sie gelegentlich den Eindruck, Stimmen zu hören, die eher wie laute Gedanken im eigenen Kopf wären, die aber nicht zu ihr gehörten. Die Stimmen würden sie auch manchmal zu Selbstverletzungen anstiften.

Bereits in der Grundschule sei sie verhaltensauffällig, ungeduldig und reizbar gewesen. Mit Gleichaltrigen sei es immer schwierig gewesen, oft habe man sie ausgeschlossen oder eine Freundschaft sei unvermittelt zerbrochen. Bis heute habe sie noch keine partnerschaftliche Beziehung gehabt. Seit sie 12 Jahre alt war, seien zahlreiche psychiatrische Behandlungen unter der Diagnose einer Schizophrenie erfolgt. In der Jugendzeit habe sie dreimal versucht sich das Leben zu nehmen. Ein Substanzkonsum wird verneint. Aktuell lebe sie in einer Wohngemeinschaft, habe eine Ausbildung zur medizinisch-technischen Assistentin angefangen, nachdem sie erst ein Physikstudium, dann ein Psychologiestudium abgebrochen habe.

Hintergrund

Für das Jahr 2020 werden die neuen Diagnosekriterien der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11 (ICD-11), zunächst in der englischen Originalversion, ab 2022 in der deutschen offiziellen Fassung erwartet. Auch werden 2020 die S3-Leitlinien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) veröffentlicht.

Mit der ICD-11 kommt es zu einer grundsätzlichen Veränderung im diagnostischen Vorgehen, da eine **dimensionale Schweregraddiagnostik** an die Stelle **spezifischer Persönlichkeitsstörungskategorien** tritt [1, 2]. Das bedeutet, dass außer der BPS keine andere Persönlichkeitsstörung (PS) näher spezifiziert wird. An der bisherigen kategorialen Einteilung nach ICD-10 und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV/DSM-5 werden u. a. willkürliche diagnostische Schwellen [3], die inflationäre Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen mit durchschnittlich drei komorbiden Diagnosen sowie die häufige Verwendung einer unspezifischen Diagnosekategorie (sog. Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet), die wenig hilfreich für die Therapieplanung ist [4], und keine ausreichende Evidenz für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen an sich [5] kritisiert. Ausnahmen sind die Untersuchungen zur **Psychopathie** (mit Bezug auf die antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörung) [6], die **vermeidend-selbstunsichere PS** [7] und die **BPS**. Hierbei ist die BPS die am besten untersuchte PS, weswegen sie – auch unter Berücksichtigung störungsspezifischer Psychotherapieprogramme – in der ICD-11 besonders berücksichtigt wird.

Mit der dimensional Diagnostik begegnet die WHO der anhaltenden Kritik am Konstrukt der PS einerseits und der bis heute häufig vernachlässigten Diagnostik von PS andererseits. Dabei treten PS nicht selten auf: Fast 10% der Gesamtbevölkerung leiden an einer PS [8]. Während für die BPS eine Punktprävalenz von 1% geschätzt wird, leiden 22% der Patienten in psychiatrischen Kliniken und 12% der ambulanten Patienten an einer BPS [9].

Ergebnisse aus Langzeitstudien zeigen, dass nach einem längeren Krankheitsverlauf nur noch wenige Patienten die Kriterien

New insights into diagnostics and therapy of personality disorders—Changes in ICD-11

Personality disorders (PD) occur frequently and show high remission rates in the long term, while psychosocial recovery remains unsuccessful in a substantial proportion of cases. In ICD-11 the traditional view that PDs have a high stability is abandoned. Instead, the minimum duration is 2 years. The diagnostic process differentiates between three degrees of severity (mild, moderate, severe) and five prominent personality trait domains. Optionally, a borderline qualifying factor can be additionally codified. There is sufficient empirical evidence only for the treatment of borderline PD (BPD). Disorder-specific psychotherapy, in particular dialectic behavioral therapy (DBT) and mentalization-based therapy (MBT) have proven to be effective. Therapy modules targeting functional impairments and prominent personality trait domains could close the existing gaps in the disorder-specific treatment of PD.

Keywords

Borderline personality disorders · Prognosis · Diagnostic criteria · Guidelines · Psychotherapy

einer PS erfüllen. So liegt die **Remissionsrate** für die gesamte Gruppe der PS, in Abhängigkeit von den spezifischen Persönlichkeitszügen, zwischen 40 und 60% innerhalb von zwei Jahren [10]. Bei der BPS weisen sogar 90% der Patienten eine symptomatische Remission innerhalb von 10 Jahren auf, wobei nur bei 50% sowohl eine symptomatische Remission als auch eine **psychosoziale Genesung** vorliegen [11]. Nur 80% der Patienten mit einer BPS erfüllen die Kriterien eines guten Funktionsniveaus [12], und nur ein Drittel ist überhaupt in der Lage, in Vollzeit zu arbeiten. Somit bleibt die persönliche Leistungsfähigkeit im Alltag erheblich eingeschränkt, weswegen im Langzeitverlauf auch Wert auf eine **soziale Integration** außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems gelegt werden sollte. Das Vorhandensein einer PS stellt sich sogar als ein stärkerer Prädiktor für negative Lebensqualität als soziodemografische Variablen, somatische und andere psychischen Erkrankungen dar [13].

► Wichtig

Im ICD-11 werden statt spezifischer PS diagnostische Kriterien für eine übergreifende PS sowie für Schweregrade vergeben. PS treten häufig auf (10% der Gesamtbevölkerung) und zeigen Remissionsraten von 40–60% innerhalb von zwei Jahren. Trotz einer Remissionsrate von 90% innerhalb von 10 Jahren zeigen nur 50% der Patienten mit BPS eine symptomatische Remission und eine psychosoziale Genesung.

Diagnostik

Unter PS werden Beeinträchtigungen verstanden, die das Selbstfunktionsniveau und das interpersonelle Funktionsniveau betreffen und sich durch prominente Persönlichkeitsmerkmale näher charakterisieren lassen. Die Beeinträchtigungen müssen für einen Zeitraum von mindestens **zwei Jahren** bestehen. Dabei sind die Erlebnis- und Verhaltensmuster so gestört, dass die persönliche Leistungsfähigkeit im sozialen, beruflichen und privaten Alltag erschwert ist. Wurden in der ICD-10-Klassifikation zwischen acht spezifischen PS, anderen spezifischen und kombinierten PS unter-

schieden, wird für die kommende ICD-11-Klassifikation lediglich eine **übergreifende PS** erwartet, die in **drei Schweregradkategorien** differenziert wird. Allein bei der BPS kann optional ein Borderline-Qualifizierungsmerkmal vergeben werden, das ein Muster ähnlich der heutigen emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ beschreibt. Interessierte Leser können sich bei der WHO im Global Clinical Practice Network (GCP.Network) (<https://gcp.network/en/>) registrieren lassen und den aktuellen Stand der ICD-11-Störungskategorien und Kriterien nachlesen.

Das diagnostische Prozedere beginnt mit der Prüfung der **allgemeinen Kriterien**:

Vorliegen einer andauernden Funktionsbeeinträchtigung in Aspekten des Selbst (i.e. Identität, Selbstwert, Richtigkeit des Selbstbildes, Selbststeuerung) und der Beziehungsgestaltung (i.e. Fähigkeit, nahe und wechselseitig befriedigende Beziehungen zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, die Perspektive anderer einnehmen zu können sowie Konflikte adäquat lösen zu können).

Die Störung manifestiert sich in unangepassten Mustern von Kognitionen, emotionalem Erleben, emotionalem Ausdruck sowie Verhalten.

Die Störung soll mindestens zwei Jahre vorliegen.

Die Störung geht mit erheblichem Leiden und gravierenden Funktionsbeeinträchtigungen im persönlichen, familiären, sozialen, Ausbildungs- oder Berufskontext oder in anderen Bereichen einher.

Im nächsten Schritt wird basierend auf dem **Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung** und deren klinischen Manifestationen (kognitiv, emotional und im Verhalten) sowie Durchdringungsgrad in verschiedenen Lebensbereichen der Schweregrad der Störung dreistufig skaliert: Der dimensionale Schweregrad führt zur Einteilung in die drei Schweregradkategorien **leicht-, mittel- und schwergradige PS**.

Eine leichtgradige PS liegt vor, wenn die Funktionsbeeinträchtigungen auf spezifische Lebensbereiche begrenzt sind und einige soziale und berufliche Rollen aufrechterhalten werden können. Die spezifischen klinischen Manifestationen sind von leichtem Schweregrad und gehen nicht mit bedeutsamem Schaden für sich selbst oder andere einher.

Eine mittelgradige PS liegt vor, wenn sich die Funktionsbeeinträchtigungen auf mehrere Lebensbereiche auswirken. Die spezifischen klinischen Manifestationen sind von mäßigem Schweregrad und können gelegentliche selbst- oder fremdschädigende Verhaltensweisen einschließen.

Eine schwergradige PS liegt vor, wenn die Funktionsbeeinträchtigungen in einer Weise ausgeprägt sind, dass sie mit der Erfüllung sozialer Erwartungen unvereinbar sind und sich auf so gut wie alle Lebensbereiche erstrecken. Sie manifestiert sich oft auch als selbst- oder/und fremdschädigende Verhaltensweisen.

In Ergänzung zum Schweregrad können in einem weiteren Schritt sog. **prominente Persönlichkeitsmerkmale** beschrieben werden, die in besonderer Weise zu den Funktionsbeeinträchtigungen beitragen. Abgeleitet aus dem **Fünf-Faktoren-Modell** der Persönlichkeit [14] werden die folgenden Merkmale unterschieden:

negative Aktivität,
Dissozialität,
Enthemmung,
Zwanghaftigkeit und
Distanziertheit.

Dabei meint „negative Aktivität“ die Neigung, häufig und situativ unangemessen mit **negativen Emotionen** zu reagieren und schließt Probleme in der Emotionsregulation ein. Individuen, die hoch auf „negative Aktivität“ scoren sind negativistisch, misstrauisch und zeigen geringes Selbstwertgefühl. Dissozialität umfasst Selbstbezogenheit und einen **Mangel an Empathie**. Enthemmung meint **Impulsivität** im Verhalten, hohe Ablenkbarkeit, Verantwortungslosigkeit und Mangel an Planung. Anankasmus schließt **perfektionistisches Verhalten**, Rigidität und Absicherungsverhalten in Entscheidungssituationen ein. Distanziertheit subsumiert soziale und emotionale Distanziertheit, v.a. **Beziehungsvermeidung**, Unnahbarkeit und Mangel an emotionalen Erfahrungen.

Es kann zusätzlich zur Schweregrad diagnose ein **Borderline-Muster** spezifiziert werden, das durch **Instabilität** in interpersonellen Beziehungen, im Selbstbild sowie in den Emotionen als auch durch Impulsivität und **selbstschädigendes Verhalten** gekennzeichnet ist. In hoher Übereinstimmung mit ICD-10 und DSM-IV/5 zeichnet es sich durch verzweifelte Bemühungen aus, tatsächliche oder erlebte Verlassenheit zu vermeiden; die Beziehungen sind gewöhnlich intensiv, aber wie auch das Selbstbild instabil und die Stimmung hoch reagibel mit inadäquat intensiven Ärger- und auch Leeregefühlen. Vorübergehende dissoziative Symptome und psychoseähnliche Symptome treten in Hochspannungszuständen auf.

Es sind bereits standardisierte Diagnoseinstrumente in der Entwicklung, mit der der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung [15] sowie die prominenten Persönlichkeitsmerkmale [16] gemessen werden können.

► Wichtig

Im diagnostischen Prozess werden drei Schweregrade sowie fünf klinisch relevante prominente Persönlichkeitsmerkmale differenziert.

Hohe Stabilität ist im ICD-11 kein Kernkriterium mehr.

Optional kann zusätzlich ein Borderline-Qualifizierungsmerkmal kodifiziert werden.

► Cave

Ausgeprägte dissoziative Phänomene können als psychotisches Erleben fehl diagnostiziert werden.

Aktuelle Therapieleitlinien

Bisher wurden acht **europäische Leitlinien** zur Behandlung von PS verfasst, wobei sich diese erheblich in den diagnostischen, psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen Empfehlungen unterscheiden [17]. Fünf der Leitlinien behandeln ausschließlich die BPS, eine Leitlinie die antisoziale Persönlichkeitsstörung und drei Leitlinien die PS insgesamt. Empirische Evidenz

Nach den neuen Diagnosekriterien liegt eine schwere PS mit im Vordergrund stehenden Beeinträchtigungen der Identität und des Selbstwertes als Aspekte des Selbstfunktionsniveaus sowie der Unfähigkeit, befriedigende Beziehungen mit anderen zu führen vor. Auswirkungen finden sich in nahezu allen Lebensbereichen angesichts der Vorgeschichte wechselnder Studiengänge und der Unmöglichkeit, für sich zu sorgen, und fehlender sozialer Beziehungen außerhalb konflikthafter familiärer Beziehungen. Eine ausgeprägte negative Aktivität mit Pessimismus, Misstrauen und Insuffizienzerleben sowie Enthemmung mit mangelnder Lebensplanung sind die führenden Merkmalsausprägungen. Die klinische Manifestation lässt sich am besten mit einem Borderline-Muster beschreiben, bei dem dissoziative und psychotische Symptome neben emotionaler und interpersoneller Instabilität und selbstschädigendem Verhalten im Vordergrund stehen.

liegt alleine für die Behandlung der BPS vor. Hierzu wurden zuletzt 2018 die Guidelines des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) aus dem Jahre 2009 [18] überprüft und ein „surveillance report“ angefertigt. Besonders ausführliche und gut begründete Leitlinien liegen aus Australien aus dem Jahr 2013 zur BPS vor, die explizit auf den britischen NICE-Leitlinien basieren, diese adaptieren, teilweise ergänzen und aktualisieren [19].

Es liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit einer **pharmakotherapeutischen Behandlung** der PS per se vor, dementsprechend ist kein Präparat in dieser Indikation zugelassen. Anders sieht es in der klinischen Realität aus: 85 % der Patienten mit einer BPS nehmen mindestens ein Psychopharmakon ein, davon 20 % sogar mindestens vier Präparate [20]. Soweit klinisch überhaupt eine Response zu beobachten ist, ist von einem überwiegenden **Placeboeffekt** auszugehen [21].

In den meisten Leitlinien wird entweder gar keine Empfehlung gegeben [18] oder lediglich für den Einzelfall eine Medikation zur Beeinflussung einer **spezifischen Zielsymptomatik** und/oder **komorbiden psychischen Störung** empfohlen. Beispielsweise wird in der jüngsten Leitlinie (Schweiz) für die Borderline-Persönlichkeitsstörung [22] empfohlen, ein entsprechendes Präparat für eine symptomorientierte Therapie nur in **Krisensituationen** und zeitlich limitiert einzusetzen sowie Polypharmazie zu vermeiden. Hierbei werden Lamotrigin und Topiramid für Ärger, Aggression und Impulsivität benannt sowie Quetiapin und Aripiprazol für Irritabilität und kognitiv-perzeptive Symptome. Ausgesprochen kritisch gesehen werden Polypharmazie, die Gabe von Antidepressiva mangels Evidenz und insbesondere Benzodiazepinen wegen des Abhängigkeitspotenzials.

Allen Leitlinien gemeinsam ist, dass **Psychotherapie** die Behandlung der ersten Wahl bei der BPS ist. Für die BPS liegen vier ausgearbeitete therapeutische Konzepte unterschiedlicher theoretischer Orientierung und Behandlungsdauer vor, für die Wirksamkeitsnachweise erbracht wurden [23, 24]:

- die dialektisch-behaviorale Psychotherapie (DBT) nach Linehan [25],
- die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy [26],
- die Schematherapie nach Young [27] und
- die übertragungsfokussierte Therapie (TFT, „transference focussed therapy“) nach Kernberg [28].

Insgesamt liegen die meisten randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs) für die DBT, gefolgt von der MBT vor. Während eine **mäßige Überlegenheit** störungsspezifischer gegenüber nichtstörungsspezifischen psychotherapeutischen Interventionen gezeigt werden konnte, liegt **keine hinreichende Evidenz** für die höhere Wirksamkeit eines störungsspezifischen Programms vor [29]. Im Falle, dass der Therapiefokus auf der Reduktion schwerwiegenden selbstverletzenden Verhaltens liegt, ist eine Wirksamkeit von DBT und MBT allerdings am besten belegt [19]. Vorliegende weitere psychische Störungen sollen in der Therapieplanung berücksichtigt werden; gefährden sie die Behandlung der BPS, so soll ihre Behandlung vorgezogen werden; dies gilt v. a. für schwere **substanzbezogene Störungen**, Essstörungen und schwere posttraumatische Belastungsstörungen (**PTBS**; [19]). Ein **depressives Syndrom** bessert sich mit der erfolgreichen Behandlung der BPS, sodass keine eigenständige Behandlung erfolgen muss oder gar im Sinne einer sequenziellen Therapie vorzuziehen ist [30].

Den verschiedenen Therapieformen bei der BPS liegen folgende fünf basale Psychotherapieprinzipien zugrunde [30]:

1. Hierarchisierung der therapeutischen Foci: Es wird ein Behandlungsplan mit Zielen aufgestellt und dabei das Suizidrisiko und der Behandlungsfortschritt im Auge behalten.
2. Klare Therapievereinbarungen: Es werden eindeutige Regeln bezüglich der Therapieziele, Rolle von Therapeut und Patient und Grenzen der Verfügbarkeit des Therapeuten gegeben.
3. Kooperation mit dem Patienten: Der Patient wird ermutigt, Verantwortung für Veränderungen und Selbstfürsorge zu übernehmen, indem er in die Erstellung der Therapieziele und den Umgang mit Krisen sowie Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen einbezogen wird.
4. Herstellung einer tragfähigen Beziehung: Die therapeutische Grundhaltung ist aufmerksam und verständnisvoll, dabei gleichzeitig nicht zu emotional involviert und sichert eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz.
5. Therapeutische Selbstwahrnehmung: Selbstreflexion und kollegialer Austausch sind wichtige Maßnahmen der persönlichen Psychohygiene des Therapeuten zur emotionalen Entlastung und der Reflexion der Beziehungsgestaltung zum Patienten.

Im Hinblick auf die anderen PS-Kategorien liegen hinreichende empirische Wirksamkeitsnachweise allein für die **vermeidend-selbstunsichere PS** vor. Dabei fokussieren die meisten Untersuchungen auf **kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze** [31, 32]. In einer Studie mit Kurzzeittherapien über 20 h konnte eine Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gegenüber einer tiefendynamischen Therapie (TP) oder Warteliste gezeigt werden [32]. Die Remissionsrate im Follow-up von 6 Monaten betrug 91 % für KVT und 64 % für die TP.

► **Wichtig**

Psychopharmaka sollten nur in Einzelfällen symptomorientiert und zeitlich begrenzt verordnet werden (O-label-Therapie). Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte haben sich bei der BPS als wirksam erwiesen bei kleinen bis mäßigen Ektstärken.

Wichtige Behandlungsgrundsätze jeder Psychotherapie sind klare Therapievereinbarungen und eine tragfähige Therapeut-Patienten-Beziehung.

Künftige Therapiestrategien

Eine störungsspezifische Therapie entspricht im Hinblick auf die komplexen Problematiken bei Menschen mit PS oft nicht den Anforderungen der klinischen Realität. Angesichts der Längsschnittuntersuchungen mit kriteriologischer Remission bei oft fortbestehender erheblicher Funktionsbeeinträchtigung zeichnet sich in den letzten Jahren die Entwicklung ab, wirksame Einzelbestandteile komplexerer Psychotherapieprogramme in sog. **Dismantling-Studien** zu identifizieren und sie auf Grundlage dieser Ergebnisse, z.T. unter Berücksichtigung von Befunden zu Krankheitsmechanismen, als eigenständige funktionelle Einheiten (Module) neu zusammensetzen [33]. Die sog. **modulare Psychotherapie** [34] baut auf basalen Behandlungskompetenzen auf und beinhaltet evidenzbasierte unspezifische Techniken sowie spezifische Techniken, die auf die Störung und zukünftig v.a. auf Funktionsbeeinträchtigungen und prominente Persönlichkeitsmerkmale abzielen. Zu Letzterem liegen bereits Kurzzeitinterventionen zu vier der fünf Persönlichkeitsmerkmale vor:

Negative Aektivität. Eine Abnahme emotionaler Reagibilität bzw. eine verbesserte Emotionsregulation ist das Zielsymptom von Skillstraining, emotionaler Achtsamkeit und kognitiver Neubewertung. Das **Skillstraining** als „Stand-alone“-Behandlung konnte sowohl Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten als auch Ärger vermindern [35, 36]. Mittels Techniken des **Selbstmitgefühls** und **Selbstfürsorge** konnte emotionales Vermeidungsverhalten als eine maladaptive Form der Emotionsregulation vermindert werden [37]. Strategien **kognitiver Neubewertung**, wie sie in verschiedenen Ansätzen wie Plananalyse, metakognitives Training, Mindfulness-Training enthalten sind, führten zu einer Reduktion von Borderline-Symptomen [38, 39, 40].

Dass solche Kurzinterventionen, die auf eine Verbesserung der negativen Aektivität bzw. Emotionsregulation abzielen, in der Behandlung der BPS hilfreich sind, zeigen zwei Bildgebungsstudien. Hier führten Strategien der kognitiven Neubewertung und Ablenkung bei Patientinnen mit BPS zu einer reduzierten Aktivität im limbischen System und besseren Konnektivität zwischen präfrontalen und limbischen Arealen [41, 42].

Dissozialität. Mentalisierungsbasierte Therapie setzt an der Verbesserung sozial-kognitiver Prozesse an. Patienten mit dissozialen Persönlichkeitsmerkmalen, so eine RCT-Studie, machen die Erfahrung, sich in ihren mentalen Zuständen verstanden zu erleben sowie die Absichten, Kognitionen und Gefühle anderer Menschen verstehen zu können und diese Erfahrungen auf ihr Alltagsleben anwenden zu können [43].

Enthemmung. Neurokognitives Training mit den Foki Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen erhöhte in einem RCT das psychosoziale Funktionsniveau von Patienten mit BPS im Follow-

up sechs Monate nach Therapieende, wobei es keine klinischen und neuropsychologischen Verbesserungen gab [44].

Distanziertheit. Es gibt Hinweise aus einer großen Therapiestudie, dass **Schematherapie** bei PS eine höhere Wirksamkeit hat als ein klärungsorientierter Ansatz, v.a. wenn vermeidend-selbstunsichere Züge führen [45].

Letztlich bleibt abzuwarten, ob sich durch einen solchen modularen Ansatz sowohl eine symptomatische Remission als auch eine psychosoziale Genesung erreichen lässt.

► Wichtig

Transdiagnostische Therapiemodule könnten die Lücke in der störungsspezifischen Behandlung von PS schließen.

Fazit für die Praxis

Persönlichkeitsstörungen (PS) treten häufig auf und zeigen hohe Remissionsraten innerhalb von zwei Jahren. Allerdings bleiben, v.a. bei der Borderline-PS, psychosoziale Funktionsbeeinträchtigungen im Langzeitverlauf bestehen.

In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11 werden statt spezifischer PS diagnostische Kriterien für eine übergreifende PS mit drei Schweregraden und fünf prominenten Persönlichkeitsmerkmalen vergeben.

Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte, insbesondere die dialektisch-behaviorale Psychotherapie und die mentalisierungsbasierte Therapie, haben sich bei der BPS als wirksam erwiesen. Für die Wirksamkeit von Psychopharmaka liegt keine empirische Evidenz vor.

Therapiemodule, die sich über diagnostische Kategorien hinweg auf Funktionsbeeinträchtigungen und prominente Persönlichkeitsmerkmale beziehen, könnten die Lücke in der störungsspezifischen Behandlung von PS schließen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Sabine C. Herpertz

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstr. 2, 69115 Heidelberg, Deutschland
sabine.herpertz@uni-heidelberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. H. Jeung-Maarse: A. Finanzielle Interessen: Wissenschaftliche Mitarbeiterin für FemNAT-CD, gefördert von der Europäischen Union, FP7, Grant Agreement n° 602407. Forschungsstipendium im Förderprogramm „Rahel Goitein-Straus“ für Nachwuchswissenschaftlerinnen von der Medizinischen Fakultät Heidelberg, Stiftungsmittel der Landesbank Baden-Württemberg. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Angestellte Klinikärztin, Leitende Oberärztin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität des Saarlandes, Homburg | Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft

für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD), British Association for Psychopharmacology (BAP), Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), S.C. Herpertz: A. Finanzielle Interessen: Für Inhalte des Artikels relevante Forschungsförderungen: PI (Principal Investigator) und stellvertretende Sprecherin der Klinischen Forschergruppe 256 der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), „Neuronale Korrelate der Emotionsregulation bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung“ | PI FemNat-CD, gefördert von der Europäischen Union, FP7, Grant Agreement n° 602407, „The Role of Oxytocin in Social Threat Perception and Aggression in Antisocial Personality Disorder“. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Ärztliche Direktorin, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universität Heidelberg | Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, Vorstandsmitglied), International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD, Präsidentschaft 2015–2017) | Beratung der WHO Workgroup ICD-11 zur Entwicklung der diagnostischen Kriterien Persönlichkeitsstörungen.

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ (2015) Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 385(9969):717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Herpertz SC (2018) A new approach to classifying personality disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 86:150–155. <https://doi.org/10.1055/a-0576-7149>
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al (2013) DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 170:59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
- Widiger TA, Trull TJ, Clarkin JF, Sanderson C, Costa PT Jr (2002) A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In: Costa PT Jr, Widiger TA (Hrsg) *Personality disorders and the five-factor model of personality*. APA, Washington, DC, S 89–99. <https://doi.org/10.1037/10423-006>
- Anderson J, Snider S, Sellbom M, Krueger R, Hopwood C (2014) A comparison of the DSM-5 section II and section III personality disorder structures. *Psychiatry Res* 216(3):363–372. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.007>
- Herpertz SC (2018) Empathy and personality disorders from a neurobiological perspective. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 12(3):192–198. <https://doi.org/10.1007/s11757-018-0480-5>
- Renneberg B, Böttcher J (2017) Wenn Vermeidung das soziale Leben bestimmt. Diagnose und kognitive Verhaltenstherapie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeutenjournal* 2:116–122
- Samuels J (2011) Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry* 23:223–233. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>
- Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M (2018) Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 41:561–573
- Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG et al (2004) Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 72:767–775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.767>
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2010) Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 167:663–667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al (2011) Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 68:827–837
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E (2006) Personality disorders and quality of life. A population study. *Compr Psychiatry* 47:178–184. <https://doi.org/10.1016/j.compsych.2005.06.002>
- Borkenau P, Ostendorf F (1993) NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Hogrefe, Göttingen
- Olajide K, Munjiza J, Moran P et al (2018) Development and psychometric properties of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *J Personal Disord* 32:44–56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285
- Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T et al (2014) The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *J Personal Disord* 28:518–540. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_130
- Simonsen S, Bateman A, Bohus M et al (2019) European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 6:9. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>
- National Institute of Health and Care Excellence (2009) *Borderline personality disorder: treatment, management and prevention*. NICE clinical guideline, Bd. 78. NICE, London
- National Health and Medical Research Council (2013) *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guideline-borderline-personality-disorder>. Zugegriffen: 7. Jan. 2020
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2004) Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 65:28–36
- Crawford MJ, Sanatinia R, Barrett B et al (2018) The clinical effectiveness and cost-effectiveness of lamotrigine in borderline personality disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 175:756–764. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091006>
- Euler S, Dammann G, Endtner K et al (2018) Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. <https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00598>
- Stoers JM, Vollm BA, Rucker G et al (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 8:CD5652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al (2017) Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74:319–328
- Linehan MM (1987) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin* 51:261–276
- Gateman AW, Fonagy P (2004) Mentalization-based treatment of BPD. *J Personal Disord* 18:36–51
- Young YE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford, New York
- Yeomans F, Clarkin J, Kernberg O (2002) *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*
- Cristea IA, Barbui C, Cuijpers P (2017) Reviews and meta-analyses of psychotherapy efficacy for borderline personality disorder—reply. *JAMA Psychiatry* 74:854–855
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE et al (2018) Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Renneberg B, Goldstein AJ, Phillips D, Chambless DL (1990) Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behav Ther* 21:363–377. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80337-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80337-5)
- Emmelkamp PMG, Benner A, Kuipers A et al (2006) Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 189:60–64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012153>
- Brakemeier EL, Herpertz SC (2019) Innovative psychotherapy research: towards an evidence-based and process-based individualized and modular psychotherapy. *Nervenarzt* 90:1125–1134
- Schnell K, Herpertz SC (2011) Psychotherapy in psychiatry: the current situation and future directions in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 261(Suppl 2):S129–S134. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0257-8>
- Kramer U, Pascual-Leone A, Berthoud L et al (2016) Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 23:189–202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1956>
- Linehan MM, Korslund KE, Harned MS et al (2015) Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry* 72:475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Feliu-Soler A, Pascual JC, Elices M et al (2017) Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clin Psychol Psychother* 24:278–286. <https://doi.org/10.1002/cpp.2000>
- Schilling L, Moritz S, Kriston L et al (2018) Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: preliminary results. *Psychiatry Res* 262:459–464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.024>
- Kramer U, Caspar F, Drapeau M (2013) Change in biased thinking in a 10-session treatment for borderline personality disorder: further evidence of the motive-oriented therapeutic relationship. *Psychother Res* 23:633–645. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.791404>

40. Soler J, Elices M, Pascual JC et al (2016) Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0035-8>
41. Schmitt R, Winter D, Niedtfeld I et al (2016) Effects of psychotherapy on neuronal correlates of reappraisal in female patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 1:548–557. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2016.07.003>
42. Winter D, Niedtfeld I, Schmitt R et al (2017) Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 267:51–62. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0689-2>
43. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N et al (2016) A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 16:304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
44. Pascual JC, Palomares N, Ibáñez Á et al (2015) Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 15:255. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0640-5>
45. Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A (2014) Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 171:305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>



Neues zur Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen – Änderungen in ICD-11

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-der-nervenarzt

? Wie häufig treten Persönlichkeitsstörungen in der Gesamtbevölkerung auf?

- 1 %
- 3–4 %
- 10 %
- 13–14 %
- 20 %

? Wie hoch ist die Remissionsrate für die Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb von 10 Jahren?

- Ca. 90 %
- Ca. 75 %
- Ca. 50 %
- Ca. 25 %
- Ca. 10 %

? Wie lang muss eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11) bestehen?

- Seit der späten Kindheit und Jugendzeit
- Seit der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter
- Mindestens 1 Monat lang nach einem traumatischen Ereignis
- Mindestens 2 Jahre lang
- Keine Mindestzeit vorgegeben

? Bei einer 25-jährigen Patientin fällt Ihnen eine frische Narbe am linken Unterarm auf. Auf die Frage, wie es zu der Verletzung gekommen sei, be-

richtet Ihnen die Patientin, ihr Freund habe sie nach einem Streit nach Hause fahren wollen. Da habe sie nicht lange überlegt und nach einer Rasierklinge gegri en. In Ihrer klinischen Erfahrungen haben Sie dieses selbstschädigende Verhalten schon mehrfach bei Patienten beobachtet. Was berichten Ihnen die Patienten oft, wozu das selbstschädigende Verhalten in erster Linie dient?

- Suche nach Aufmerksamkeit
- Abbau von Anspannung
- Vorbereitung eines Suizids
- Versuch, andere Menschen an sich zu binden
- Demonstration des eigenen Muts

? Ein Patient, der sich mit einer Rasierklinge in den Unterarm geschnitten hatte, sagt Ihnen, dass er in dem Moment des Schneidens keine Schmerzen wahrgenommen habe. Er habe wie neben sich gestanden und sich betäubt gefühlt, sei dann auch für einige Zeit nicht mehr ansprechbar gewesen, worüber ein anwesender Freund sehr erschrocken gewesen sei. Wie würden Sie diesen Zustand psychopathologisch einschätzen?

- Sopor
- Gefühl des Gemachten
- Zönästhesie
- Bewusstseinsstrübung
- Depersonalisation

? Als Sie eine Patientin mit der Verdachtsdiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ihrer Partnerschaft fragen, gibt sie an, dass sie seit drei Monaten mit ihrem Freund zusammen sei. Es sei Liebe auf den ersten Blick gewesen, jedoch komme es immer wieder zu heftigen Streits. Mehrmals habe sie die Beziehung beendet und sich dann wenige Tage später mit ihm versöhnt. Die Patientin sagt, ihr größtes Problem seien jedoch massive Stimmungsschwankungen, die sie sich nicht erklären könne. Auch belastete sie eine innere Leere. Welche der folgenden weiteren Aussagen würde die Verdachtsdiagnose bei der Patientin zusätzlich bestätigen?

- „Andere Menschen sind mir unwichtig, lieber bin ich allein.“
- „Wenn die sich täglich wiederholenden Abläufe gestört werden, bekomme ich eine Krise.“
- „Drogen würde ich nie nehmen. Man weiß ja nicht, was da so alles passieren kann.“
- „Andere sind oft neidisch auf mich.“
- „Eigentlich weiß ich gar nicht, ob ich auf Männer stehe.“

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med- und e.Dent-Abonnenten.

? Zu welcher der folgenden spezifischen Persönlichkeitsstörung (PS) liegt die meiste Therapieevidenz vor?

Abhängige PS
Borderline-PS
Narzisstische PS
Paranoide PS
Zwanghafte PS

? Was trägt für die medikamentöse Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zu?

Die allerwenigsten Patienten mit einer BPS haben eine psychiatrische Medikation. Eine komorbide Depression sollte keinesfalls medikamentös behandelt werden. Für die Behandlung kognitiv-perzeptiver Symptome ist Quetiapin zugelassen. Es gibt keine evidenzbasierte Pharmakotherapie. Eine Medikation mit Stimmungsstabilisatoren ist wichtig.

? Was trägt für die psychotherapeutische Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zu?

Bei einer komorbiden Suchterkrankung wird eine spezifische Suchttherapie nicht benötigt. Zu Beginn der Behandlung sollten klare Therapievereinbarungen vermieden werden. Therapeuten sollten aufmerksam und verständnisvoll, gleichzeitig nicht zu emotional involviert sein. Es gibt keine evidenzbasierte störungsspezifische Psychotherapie. Das Skillstraining als „Stand-alone“-Behandlung kann Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten nicht vermindern.

? Welche psychotherapeutischen Interventionen, die auf die Besserung von dysfunktionalen prominenten Persönlichkeitsmerkmalen abzielen, zeigen Hinweise auf Wirksamkeit?

Für die Emotionsregulation als Therapieziel des prominenten Persönlichkeitsmerkmals „negative Affektivität“ liegen Therapiestudien- und Bildgebungsbefunde vor.

Strategien kognitiver Neubewertung führen zur Zunahme von Borderline-Symptomen.

Die Verbesserung sozial-kognitiver Prozesse durch mentalisierungsbasierte Interventionen lassen sich von Patienten nicht ins Alltagsleben transferieren.

Neurokognitives Training führt zu neuropsychologischen Verbesserungen, aber nicht zu Verbesserungen des Funktionsniveaus.

Ein klärungsorientierter Ansatz hat eine höhere Wirksamkeit als Schematherapie bei einer Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicher-vermeidenden Zügen.