

Mathias Lohmer

Borderline-Therapie

Psychodynamik, Behandlungstechnik
und therapeutische Settings

Mit einem Geleitwort von Otto F. Kernberg

3. Auflage



Mathias Lohmer

Borderline-Therapie

3. Auflage

This page intentionally left blank

Mathias Lohmer

Borderline-Therapie

Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings

3., überarbeitete und stark erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von
Markus Reicherzer, Agnes Schneider-Heine und
Corinna Wernz

Mit einem Beitrag von
Michael Rentrop

Mit einem Geleitwort von
Otto F. Kernberg

 **Schattauer**

Dr. phil. Mathias Lohmer

Feilitzschstraße 36

80802 München

E-Mail: Lohmer@t-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2002, 2005, 2013 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Dr. rer. nat. Christina Hardt

Umschlagabbildung: Friedemann Hahn: Marilyn Monroe. 1983.

Öl/Kohle auf Leinwand. 120 × 100 cm.

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

ISBN 978-3-7945-2917-9

Geleitwort

Dieses Buch bietet einen erfrischenden, grundlegenden, klaren und umfassenden Überblick über den gegenwärtigen Stand von Psychopathologie und psychodynamischem Verstehen sowie psychotherapeutischen Behandlungsansätzen bei schweren Persönlichkeitsstörungen. Es ermöglicht einen ausgewogenen Blick auf alternative und sich ergänzende Ansätze in der ambulanten und stationären Behandlung von Borderline-Patienten. Mit einem wirklich fundierten psychoanalytischen Verständnis von Persönlichkeitsstruktur und Psychopathologie beschreibt dieses Buch auf eine klare Weise die übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy – TFP), wie sie von unserer New Yorker Gruppe am Personality Disorders Institute of the Department of Psychiatry of the Cornell University Medical College in New York entwickelt wurde. Dieser Ansatz ist die Grundlage für Mathias Lohmers eigenständige Synthese dieses Gebietes. In der Tat zeigt Mathias Lohmer durch seine persönliche Weise, wie er TFP nutzt, dass es einen Gewinn darstellt, die Beiträge zweier alternativer Behandlungsansätze in Betracht zu ziehen: die Traumatherapie, wie sie gegenwärtig in Deutschland entwickelt wird, und die dialektische Verhaltenstherapie (DBT), wie sie von Marsha Linehan in den USA entwickelt wurde.

Während Mathias Lohmer einerseits diese alternativen Sichtweisen in Hinblick auf Psychopathologie und ätiologische Faktoren sowie die entsprechenden therapeutischen Herangehensweisen klar unterscheidet, arbeitet er auf der anderen Seite Gemeinsamkeiten für einen integrierten Behandlungsansatz heraus und beschreibt die Vorteile, die sich aus einer Integration von Aspekten der Traumatherapie und der dialektischen Verhaltenstherapie in einen psychodynamischen Ansatz ergeben. Er wirbt für eine unvoreingenommene und wechselseitige Beschäftigung mit diesen unterschiedlichen Ansätzen, um die empirischen Ergebnisse, die aus der Anwendung dieser unterschiedlichen theoretischen Modelle entstehen, für einen praxisnahen Behandlungsansatz fruchtbar zu machen. Dieser soll es ermöglichen, die jeweils spezifischen therapeutischen Erfordernisse der einzelnen Psychotherapien innerhalb des breiten Spektrums der Borderline-Persönlichkeitsorganisation besser zu berücksichtigen.

Während Mathias Lohmer so einen raschen und oberflächlichen Eklektizismus zurückweist, bietet er gleichzeitig eine Synthese sich ergänzender Methoden, die sowohl seinem grundsätzlichen psychoanalytischen Ansatz als auch den therapeutischen Bedürfnissen der einzelnen Patienten entspricht. Das reichhaltige Fallmaterial dieses Buches illustriert dabei auf eine hilfreiche Weise die theoretischen Konzepte des Autors. Dieses Fallmaterial enthält Vignetten, die mit großer Offenheit und sehr praxisnah dargestellt werden und sowohl Erfolg als auch Misserfolg, effektive Behandlungsstrategien und Unsicherheiten im Verlauf der Behandlung dieser Patienten schildern.

Von besonderem Interesse ist dabei der Nachdruck, den der Autor auf die Fragen der stationären Psychotherapie von Borderline-Patienten legt; hier gibt es psychodynamische Ansätze, die in amerikanischen und britischen Spezialkliniken entwickelt wurden und die während der letzten Jahre einen Niedergang erlitten haben, der von den finanziell bedingten Begrenzungen und der Krise in der stationären Langzeitbehandlung von Borderline-Patienten herührt. Die Tatsache, dass die deutsche Psychiatrie und Psychosomatische Medizin bis jetzt die stationäre Komponente des umfassenden Behandlungsprogramms für Borderline-Patienten beschützen konnten, stellt eine wichtige Voraussetzung für die effektive Behandlung dieser Patienten in Deutschland dar. Diese Errungenschaft muss unbedingt verteidigt werden gegen die kontrovers diskutierten und fragwürdigen Praktiken, die aus dem System des »Managed Care« für die stationäre Psychiatrie in den USA erwachsen sind und die auch andere Länder beeinflussen werden. In diesem Sinne ist der Ansatz der stationären Psychotherapie für Borderline-Patienten, wie er in diesem Buch beschrieben wird, ein wichtiger Beitrag zum Erhalt und zur weiteren Entwicklung dieser wichtigen Behandlungskomponente und gleichzeitig ein Anreiz für die weitere empirische Forschung in diesem Gebiet.

Die empirische Forschung, wie sie gegenwärtig von TFP, DBT und Traumatherapie unternommen wird, sollte die Beziehung zwischen spezifischen Aspekten der Psychopathologie, der Behandlungsindikationen sowie der Strategien und Taktiken der Behandlung weiter vorantreiben. Für diese Möglichkeit stellt die gut strukturierte und genau herausgearbeitete Gegenüberstellung unterschiedlicher sich ergänzender und vor allem praxisnaher Behandlungsansätze für Borderline-Patienten in diesem Buch einen essentiellen Beitrag dar.

Ich empfehle dieses Buch wärmstens allen Therapeuten – unabhängig von ihrem eigenen theoretischen Hintergrund –, die Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen behandeln; weiterhin stellt es einen exzellenten Beitrag für Therapeuten dar, die an der Praxis der übertragungsfokussierten Psycho-

therapie (TFP) interessiert sind, da die Gesichtspunkte dieses Behandlungsansatzes und seine klinisch-methodischen Möglichkeiten in diesem Buch in besonders eindrucksvoller Weise herausgearbeitet und erweitert werden.

Otto F. Kernberg

Director, Personality Disorders Institute, The New York Presbyterian Hospital
Weill Medical College of Cornell University, Westchester Division

Professor of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University New York
Presbyterian Hospital

Past President of the International Psychoanalytical Association

This page intentionally left blank

Vorwort

Acht Jahre nach der 2. Auflage erscheint nun die 3., deutlich erweiterte Auflage der Borderline-Therapie. Was hat sich in der Zwischenzeit verändert?

Die wichtigsten Veränderungen bei Borderline-Konzepten und -Psychotherapie

In den letzten Jahren haben sich mehrere durchdachte störungsspezifische Konzepte zur Genese und Struktur der Störung herausgebildet. Während zunächst ein heftiger Wettbewerb um »das beste« oder »wissenschaftlich am meisten fundierte« Konzept zu beobachten war, habe ich den Eindruck, dass manche Schulenvertreter und die potentiellen Anwender diese Konzepte mittlerweile besser koexistieren lassen können.

Nach meiner Einschätzung bietet das Konzept der emotionalen Dysregulation (DBT) als phänomenologisch gut feststellbarer Ansatz eine hilfreiche erste Annäherung an das Verständnis der Borderline-Störung, ebenso wie das Konzept einer nicht-validierenden Familienatmosphäre (ebenfalls DBT) ein sinnvolles Erklärungsmodell und eine Brücke zu psychodynamischen Ansätzen darstellt. Einen Schritt weiter in die innere Welt der Patienten geht Young mit seiner Annahme innerer Schemata als Ausdruck verinnerlichter früher Beziehungserfahrungen – in gewisser Weise eine psychodynamische Betrachtung in verhaltenstherapeutischem Gewande. Die psychoanalytische Tradition hat in den letzten Jahren enorm von der neuen Konjunktur der früher abgelehnten Bindungsforschung profitiert – sei es im Konzept einer Mentalisierungsstörung (MBT von Bateman/Fonagy) als Basis der Borderline-Störung, sei es in der Möglichkeit für die Forschung, durch Veränderungen in den Bindungsstilen endlich so etwas wie eine »strukturelle Veränderung« bei Patienten darstellen zu können. Rudolfs »strukturbezogene Psychotherapie« wiederum ermöglicht eine Verbindung zur erfreulich erfolgreichen OPD, schärft das Verständnis für Strukturdefizite und systematisiert gute supportive Psychotherapie. Die verschiedenen Vertreter der Traumatherapie (z. B. Sachsse und Reddemann) haben durch hartnäckige Überzeugungsarbeit die Fachwelt dazu ge-

bracht, kompetenter zwischen BPS (Borderline-Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne) und den Folgen einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zu unterscheiden. Die übertragungsfokussierte psychodynamische Psychotherapie (TFP mit der Gruppe um Kernberg) schließlich konnte in dem umfangreichen New Yorker Forschungsprojekt (vgl. Kap. 1) nachweisen, dass diese beziehungsorientierte Arbeitsweise tatsächlich zu nachhaltigen Veränderungen in Selbstkonzept, Identitätsgefühl und Bindungsstilen führt sowie Therapieabbrüche deutlich reduzieren kann.

Diese Koexistenz lässt inzwischen klarer erkennen, dass alle diese Konzepte naturgemäß jeweils nur *ein* – wenn auch hoch relevantes – Schlaglicht auf das komplexe Phänomen der Borderline-Störung werfen: nicht *alle* Borderline-Patienten weisen beispielsweise eine Mentalisierungsstörung auf, vorwiegend Defizit-orientierte Ansätze (wie z. B. DBT und strukturbezogene Psychotherapie) können weniger gut die rasch wechselnden, konflikthaft aufeinander bezogenen Teilobjektbeziehungen in der Übertragung erklären und nutzen; für die an diesen konflikthaften inneren Objektbeziehungsmustern orientierte TFP hingegen ist es notwendig, noch besser die realen Defizite der Patienten zu berücksichtigen – so z. B. eine traumaspezifische Arbeitsweise bei kombinierten Borderline- und PTSD-Patienten mit schwerem Dissoziieren einzubeziehen und bei massiv suizidalen oder selbstverletzend-süchtigen Patienten eine Skills-Gruppe (DBT) mit der psychodynamischen Einzeltherapie zu kombinieren (vgl. Kap. 6 und 7).

Was die Veränderungen innerhalb der Psychotherapie betrifft, sehe ich eine interessante Spannung zwischen der Tendenz einzelner Vertreter der oben skizzierten Schulen, das Profil der eigenen Richtung durch Entwertung der anderen zu schärfen und dem Trend auf Seiten mancher Praktiker, wie in einem Kaleidoskop die unterschiedlichen Aspekte gleichzeitig zu betrachten. Insgesamt gesehen, scheint mir auf der *klinisch-praktischen* Ebene das Kampfgeschrei etwas geringer zu werden – auf *wissenschaftlicher* und *berufspolitischer* Ebene wird aber zuweilen weiterhin mit harten Bandagen gekämpft.

Als Erfolge können die Etablierung der traumaspezifischen Psychotherapie gewertet werden, die deutliche Zunahme von speziellen Borderline-Stationen in Psychosomatik und Psychiatrie, die gute Verbreitung von Skills-Gruppen in diesen Settings und die besseren Ausbildungsmöglichkeiten in störungsspezifischen Borderline-Therapien (z. B. regelmäßige Ausbildungscurricula von TFP und DBT). Diese beiden Verfahren arbeiten außerdem an einer Verbreiterung des Indikationsspektrums: z. B. stationäre Psychotherapie, Suchttherapie, Forensische Psychotherapie.

Diese Veränderungen und die etwas bessere Versorgung im ambulanten und stationären Bereich lassen für die Zukunft für bessere Indikationsstellungen hoffen: massiv selbstverletzende Patienten sollten eine DBT-Therapie erhalten können, deutliche Mentalisierungsdefizite wie z. B. bei manchen soma-

tisierenden Patienten legen einen MBT-Ansatz nahe, komplexe Beziehungsstörungen wie z. B. bei narzisstischen Patienten auf Borderline-Niveau haben gute Erfolge bei einem TFP-Ansatz.

Letztlich müssen wir uns aber auch eingestehen, dass die Indikationsstellung häufig der bevorzugten und identitätsstiftenden Methode des Therapeuten und dem zufälligen Aufeinandertreffen von Patient und Therapeut entspricht: Wer psychodynamisch sozialisiert ist, wird auf die Dauer DBT etwas begrenzt finden, wer verhaltenstherapeutisch orientiert ist, wird wenig mit einem ständigen Beschreiben der Mikrostrukturen der Übertragung anfangen können. Wer gerne supportiv arbeitet, wird sich im übertragungsfokussierten Arbeiten unwohl, dagegen bei Rudolf bestens aufgehoben fühlen.

Es wäre also schon viel gewonnen, wenn wir die anderen Ansätze zumindest immer auch *mitdenken* und uns fragen würden, ob ein spezieller Patient mit seiner Variante der Borderline-Störung bei unserem Angebot am besten aufgehoben ist – wenn es denn überhaupt Alternativen zur Auswahl gibt! Denn nach wie vor scheuen zu viele Therapeuten die Arbeit mit Borderline-Patienten und haben noch zu wenig Interesse daran, einen der oben erwähnten störungsspezifischen Ansätze als Zusatzqualifikation zu erlernen. Die Lust und Fähigkeit von Therapeuten, mit diesen Patienten zu arbeiten, ist aber direkt proportional davon abhängig, ob sie die Sicherheit im Halten des Rahmens und im Umgang mit dem Agieren durch die klare Orientierung an einer solchen störungsspezifischen Methode erworben haben. Ist diese Orientierung gewonnen, kann in einem nächsten Schritt eine Integration von Elementen anderer Methoden auf dem Boden der eigenen Grundorientierung unternommen werden.

Überblick über den Inhalt

Im Teil I »Psychodynamik« gibt Michael Rentrop in Kapitel 1 zunächst einen aktuellen und umfassenden Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse zu Diagnostik, Genese, Therapie und Versorgungslage bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und legt damit die Grundlage für die weiteren Kapitel. Die folgenden Kapitel dieses Teiles entfalten den engen Zusammenhang zwischen Borderline-Struktur, der spezifischen Beziehungsgestaltung und Phänomenen wie Neid und Narzissmus. Neu in dieser Auflage sind Kapitel 3 (Abwehr und Gegenübertragung) sowie 4 (Sexualität und Abwehrmechanismen), die das Verständnis von Abwehr und die speziellen Schicksale der Sexualität bei Borderline-Patienten vertiefen.

In Teil II »Behandlungstechnik« werden in Kapitel 6 »Grundlagen« unter anderem der Zusammenhang von TFP, DBT und Traumatherapie vertieft, neu

ist Kapitel 8 »Übertragung, Gegenübertragung und Deutungstechnik«, das die Methode der »gegenübertragungsgeleiteten Deutungstechnik« beschreibt und damit einen modernen Ansatz der psychodynamischen Borderline-Psychotherapie detailliert ausführt.

In Teil III geht es um das ambulante und stationäre Setting und die spezifischen Bedingungen, die dort für die Behandlung gelten. Den Abschluss bildet ein Beitrag zum Umgang mit Krisen in Institutionen und Teams, der die Überlegungen zur Behandlungstechnik mit einer organisationsdynamischen Perspektive zu Leitung und Supervision verbindet.

Ich wünsche mir, dass diese 3., erweiterte Auflage einen Beitrag zum Fortschritt der psychodynamischen Psychotherapie und zur Integration unterschiedlicher Ansätze und Perspektiven leisten kann – und damit eine Ermutigung darstellt, auch schwierige Patienten mit Freude und Engagement zu behandeln!

München, im Januar 2013

Mathias Lohmer

Inhalt

I Psychodynamik

1	Aktuelle Forschungsergebnisse zu Diagnostik, Genese, Therapie und Versorgungslage bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen	3
	Michael Rentrop	
	Diagnostik und Klassifikation	3
	Neurobiologische Befunde zur Krankheitsentstehung	5
	Genetische Hypothesen zur Borderline-Störung	6
	Krankheitsverlauf	8
	Störungsspezifische Therapieverfahren	9
	Psychoedukation	11
	Zur psychotherapeutischen Versorgungslage	13
2	Borderline-Struktur und spezielle Formen der Objektbeziehungsgestaltung	15
	Einführung	15
	Die Borderline-Struktur	17
	Zur strukturellen Differenzialdiagnose	20
	Prognose	22
	Spezielle Formen der Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten	23
	Zusammenfassung	41

3	Abwehr und Gegenübertragung	43
	(mit Agnes Schneider-Heine)	
	Abwehrmechanismen	43
	Gegenübertragung	47
	Die Verschränkung von Abwehr und Gegenübertragung	48
	Behandlungstechnische Konsequenzen	51
	Fazit	52
4	Sexualität und Abwehrmechanismen	54
	(mit Corinna Wernz)	
	Einführung	54
	Borderline-Störungen mit einer komplexen PTSD	54
	Die Gruppe der anhedonistisch-gehemmten Borderline-Patienten ...	59
	Die Gruppe der hypersexuellen Borderline-Patienten	62
	Fazit	65
5	Neid, Narzissmus und Kampf gegen Abhängigkeit	66
	Einführung	66
	Die Entwicklung des Konzeptes »Neid«	67
	Die Rolle des Neides in der narzisstischen Beziehungsdynamik	70

II Behandlungstechnik

6	Grundlagen der Behandlungstechnik	75
	Einführung	75
	Aspekte einer psychodynamischen Grundhaltung	76
	Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) und Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	83
	(mit Corinna Wernz)	
	Übertragungsfokussierte Psychotherapie und Traumatherapie	88

7	TFP und DBT im Dialog	93
	(mit Markus Reicherzer)	
	Einführung	93
	Charakteristika von TFP und DBT	94
	Die Integration einer DBT-Fertigkeitengruppe in eine TFP-Einzeltherapie	97
	Ausblick	100
8	Übertragung, Gegenübertragung und Deutungstechnik	102
	Konzept der Übertragung	103
	Therapeutische Beziehung: Übertragungs- und Arbeitsbeziehung ...	104
	Konzept der Gegenübertragung	105
	Gegenübertragung und Deutungstechnik	106
	»Gegenübertragungsgeleitete« Deutungstechnik	107
	Fazit	109
9	Die spezifischen Aufgaben des Borderline-Therapeuten: die Balance zwischen persönlichem Engagement und reflektierender Distanz	110
	Einführung	110
	Die Person des Borderline-Therapeuten und seine Haltung	111
	Basisvariablen der therapeutischen Beziehung	113
	Behandlungstechnische Aufgaben	116
	Fazit	128
10	Der Umgang mit Rahmen, Regeln und Vereinbarungen	129
	Einführung	129
	Rahmen und Therapievereinbarung	129
	Gefährdungen des Rahmens	131

Klärung von Systemdynamik, Rollen und Aufgaben im Teamansatz.	135
Fazit.	137

III Ambulantes und stationäres Setting

11 Ambulante analytische Therapie bei Borderline-Störungen	141
Die Gestaltung des Rahmens und die Voraussetzungen für eine Therapie	141
Die Behandlungsvereinbarung	142
Der Umgang mit Trennungen	143
Therapeutischer Prozess: Ein Fallbeispiel	145
Flankierende Therapieangebote	149
Einzel- versus Gruppentherapie	150
Die Gestaltung des Therapieendes	151
 12 Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Störungen	153
Indikation und Behandlungsziele der stationären Psychotherapie ...	153
Setting und Behandlungsphilosophie	155
Teamarbeit, therapeutische Triangulierung und Containing-Funktion	158
Die Rolle der therapeutischen Gemeinschaft	160
Verträge und Sanktionen	162
Methodenintegration in der stationären Psychotherapie	168
Agieren und der institutionelle Kontext der stationären Psychotherapie	176

13	Der Umgang mit Krisen in Institutionen und Teams bei der Behandlung von Borderline-Störungen	178
	Einführung	178
	Krisenmuster in der Behandlung von Borderline-Patienten	180
	Die Bewältigung von Krisen: die Aufgaben von Team, Leitung und Supervision	186
	Zusammenfassung	192

IV Anhang

Wissenschaftlicher Austausch im Bereich Persönlichkeitsstörungen	197
Training und Supervision in psychodynamischer Borderline-Psychotherapie: Transference-Focused Psychotherapy (TFP)	199
Verzeichnis der Originalveröffentlichungen	201
Literatur	203
Sachverzeichnis	214

This page intentionally left blank

I Psychodynamik

This page intentionally left blank

1 Aktuelle Forschungsergebnisse zu Diagnostik, Genese, Therapie und Versorgungslage bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Michael Rentrop

Diagnostik und Klassifikation

Das gegenwärtig gültige diagnostische und Klassifikationssystem für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen geht im Wesentlichen auf die Arbeiten zur DSM-III-Klassifikation zurück, welche 1980 veröffentlicht wurde (APA 1980). Grundannahme war, dass eine überschaubare Anzahl von fundamentalen Persönlichkeitsvarianten durch eine rein kategoriale Zuordnung hinreichend voneinander abzugrenzen und zu beschreiben ist. Diese Annahme und die Formulierung der Kriterien ohne ausreichende Datenbasis haben bereits unmittelbar nach der Veröffentlichung Kritik nach sich gezogen (z. B. Frances 1980). Das grundlegende Konstrukt blieb aber in der Fortentwicklung in DSM-III-R und DSM-IV (APA 1980, 1994) unangetastet und wurde – in einer weniger stringenten Form – auch in die ICD-10-Klassifikation übernommen (WHO 1994).

Die mit diesem kategorialen System verbundenen Schwierigkeiten liegen z. B. in der Häufigkeit des gleichzeitigen Auftretens mehrerer Persönlichkeitsstörungen bei einer Person. So erfüllten die Teilnehmer einer randomisierten kontrollierten Studie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Durchschnitt die Kriterien von 2,86 Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig (Doering et al. 2010). Zudem zeigen sich die Patientengruppen als ausgesprochen heterogen; allein für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ergeben sich 256 verschiedene Wege, die geforderten Kriterien zu erfüllen (Johansen et al. 2004). Für eine Gruppe von Patienten können damit als Gemeinsamkeit die formalen Diagnosevoraussetzungen zutreffen, aber auf der Kriterienebene stimmen nur wenige oder eine einzelne diagnosedefinierende Eigenschaft überein. Schließlich erlaubt die Diagnosestellung keine Aussage über den klinischen Schweregrad des Problems. Um hier eine Einschätzung zu erreichen, ist der Einsatz anderer, teils ebenfalls rechts aufwändiger Untersuchungsins-

trumente erforderlich, z. B. die Borderline-Symptom-Liste (Wolf et al. 2009) zur Einschätzung der aktuellen Symptombelastung oder das strukturierte Interview zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation »STIPO« (Clarkin et al. 2004) zur Evaluierung grundlegender Probleme wie auch Ressourcen eines Patienten (Hörz et al. 2010).

Mit dem DSM-V wird voraussichtlich ab 2013 ein radikal anderer Weg beschritten, der erlaubt, neben dem kategorialen Element der Diagnosestellung eine dimensionale Zuordnung zu treffen und damit eine Aussage über den Schweregrad der Persönlichkeits-Problematik. Dieses gemischt kategorial-dimensionale Klassifikationssystem soll damit oben genannte Schwächen überwinden und der Vorstellung eines Kontinuums der Ausprägung von Persönlichkeitszügen, zwischen einem gesunden und einem pathologischen Pol, Rechnung tragen.

Die Zahl spezifischer Persönlichkeitsstörungen wird auf 6 reduziert (antisozial, vermeidend, Borderline, narzisstisch, zwanghaft und schizotyp), für das Vorliegen dieser Störungen werden neue Kategorien formuliert. Die Notwendigkeit einer Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter zur Diagnosestellung der antisozialen Persönlichkeit wird aufgegeben. Anstelle der übrigen DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen und insbesondere der Kategorie der »nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung«, bei denen der Betroffene Züge mehrerer Persönlichkeitsstörungen aufwies, ohne eine spezifische Persönlichkeitsstörungsdiagnose zu erfüllen, tritt die Diagnose »spezifische pathologische Persönlichkeitszüge«. Diese wird mit Hilfe eines 5-Faktoren / 25-Facetten-Beurteilungs-Instruments ermittelt. Das Faktorenmodell leitet sich aus dem »Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit« (Costa u. Widiger 2002) ab und ersetzt das starre Konzept der DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen durch ein Muster individuell unterschiedlich ausgeprägter, stabiler Persönlichkeitszüge (»traits«: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit). Diese 5 Faktoren und 25 Facetten umfassende Skala der Persönlichkeit stellt zusammen mit der allgemeinen Skala zur Einschätzung des Funktionsgrades der Persönlichkeit, den dimensional Anteil des Klassifikationssystems dar (www.dsm5.org, 06/2012).

Voraussetzung zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-V (Kriterium A) wird zunächst eine signifikante Einschränkung der Persönlichkeitsfunktionen sein, die in den Bereichen der Identität und der interpersonellen Funktionen (Empathie, Intimität) eingeschätzt wird. Sind die Kriterien für eine der 6 spezifische Persönlichkeitsstörungen (Kriterium B) nicht erfüllt, erfolgt eine Beschreibung spezifischer pathologischer Persönlichkeitszüge (Diagnose: spezifische pathologische Persönlichkeitszüge). Mit diesem Vorgehen ist schließlich auch eine Einschätzung relevanter Persönlichkeitseigenschaften für Patienten möglich, bei denen keine Persönlichkeitsstörung im Sinne der DSM-V vorliegt. Die Autoren versprechen sich

von diesem Konzept einen Gewinn für die individuelle Fallbeschreibung / Therapieplanung.

Zur Absicherung der definierenden Kriterien wurden Daten im Feld erhoben. In der Formulierung der Diagnosevoraussetzungen wurde angestrebt, die als valide geltenden Elemente der aktuellen DSM-IV TR-Klassifikation, insbesondere bei den am besten evaluierten Persönlichkeitsstörungen (Borderline, antisozial, schizotyp), in das neue System zu übernehmen. Die tatsächlichen Konsequenzen der Einführung des DSM-V für Versorgung und Forschung sind im Augenblick nicht abzusehen. Einerseits scheint mit den Neuerungen ein großer Teil der beschriebenen Schwächen des derzeitigen Systems überwunden, andererseits ist bereits aktuell immer wieder erkennbar, dass Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen nicht immer mit der gebotenen Sorgfalt und dem Einsatz der heute verbindlichen Instrumente vorgenommen werden. Es steht zu befürchten, dass in Zukunft bei einem deutlich aufwändigeren diagnostischen System der Anteil schlecht abgesicherter klinischer Diagnosen bei den Persönlichkeitsstörungen noch einmal ansteigen könnte.

Neurobiologische Befunde zur Krankheitsentstehung

Bildgebung

Impulsives Verhalten wird neurobiologisch mit funktionalen Veränderungen im orbitofrontalen Cortex in Verbindung gebracht. Insbesondere seit Entwicklung der funktionalen Kernspintomografie (f-MRI) hat sich hier eine Fülle neuer bildgebender Untersuchungsansätze ergeben. So kann inzwischen als gesichert gelten, dass Anspannung, Dissoziation, Impulsivität und depressive Symptome bei Borderline Patienten mit einem reduzierten zerebralen Blutfluss im orbitofrontalen Cortex assoziiert sind (z. B. Wolf et al 2012). Hierbei liegt die Annahme zugrunde, dass diese Region des Gehirns für die Steuerung des Verhaltens auf Basis der früheren Lernerfahrungen zuständig ist und affektive Reaktionen moduliert. In einer diffusionsgewichteten MRI-Untersuchung konnte bei einer Untersuchungsgruppe von 28 Patientinnen gezeigt werden, dass kleine strukturelle Läsionen der weißen Substanz in dieser Region bei Funktionsstörungen eine wichtige Rolle spielen können (Carrasco et al. 2012).

Darüber hinaus haben zuletzt Arbeiten, die sich mit dem sogenannten »Default-mode«-Netzwerk (DMN) beschäftigen, Beachtung gefunden. Ausgehend von der Beobachtung, dass das Gehirn in Ruhephasen kaum weniger Glucose verbraucht als unter spezifischen Aufgabenstellungen, entwickelten Raichle und Mitarbeiter in den 1970er Jahren die Hypothese, dass es besondere, in Ruhephasen aktive kortikale Nervenzellgebiete gibt. Zwischenzeitlich konnte

ein solches komplexes Netzwerk funktionell und anatomisch eng miteinander verbundener Nervenzellzentren gefunden werden, welches sich im Laufe des Lebens in seiner Architektur mehrfach verändert. Zu diesem Ruhemodus-Netzwerk werden anatomisch in seinem medialen Anteil der ventrale und dorsale mediale präfrontale Cortex, das anteriore Cingulum, der posteriore cinguläre Cortex, der retrospleniale Cortex, Precuneus und die hippocampale Formation sowie Parahippocampus gezählt, der laterale Anteil besteht aus der temporoparietalen Junktion, dem inferioren parietalen Lobulus und temporalen Cortex. Eine Aktivierung dieser Strukturen konnte für Situationen von stimulus-unabhängigem Nachdenken, Verstehen von Emotionen und Intentionen anderer Menschen, Tagträumen und Innenschau nachgewiesen werden (zitiert nach Otti et al. 2012). Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung konnte eine signifikante Abweichung in der Konnektivität des DMN gezeigt werden, welche für eine Reihe störungsspezifischer Defizite verantwortlich sein könnte. Diskutiert werden dabei u. a. die Schwierigkeiten der Patientengruppe in ihrer Emotionsregulation, der veränderten Schmerzverarbeitung und -bewertung, der reduzierten Fähigkeit, sich auf eine Aufgabe zu fokussieren und den Schwierigkeiten der Verschiebung der Aufmerksamkeit von einer Aufgabe zu einer anderen (Kluetsch et al. 2012). Die als allgemeine Aufgaben definierten Funktionen des DMN legen Defizite in den Bereichen »Empathie« und »Theory of Mind« (der Fähigkeit, Gedanken und Gefühle anderer zu erkennen) nahe, wie sie in dieser Patientengruppe ebenfalls beschrieben werden (Rentrop 2007).

Allen Fortschritten neurobiologischer Forschung zum Trotz hält Herpertz in einer Übersichtsarbeit fest, dass es bis heute nicht gelungen ist, eine Spezifität der bildgebenden Befunde für die Borderline-Störung nachzuweisen (Herpertz 2011) – die oben genannte Funktionsbeeinträchtigungen im DMN finden sich auch bei einer ganzen Reihe anderer psychischer Erkrankungen (Otti et al. 2012).

Genetische Hypothesen zur Borderline-Störung

Genetische Veränderungen, insbesondere im Bereich des serotonergen und dopaminergen Systems, werden seit längerem in Zusammenhang mit der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung genannt (z. B. Herpertz 2011). Übereinstimmend kann festgestellt werden, dass es sich um kein einfaches Vererbungsmuster handelt, vielmehr multiple Gene zusammenspielen. Diese stellen einen Risikofaktor zur Entstehung einer impulsiv-aggressiven Persönlichkeitsvariante dar, welche durch die bekannten Risikofaktoren aus der Umwelt aktiviert wird. Zuletzt haben Tadic und Mitarbeiter bei 161 Border-