

Borderline-Persönlichkeitsstörung und andere Persönlichkeitsstörungen

- 5.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung – 94**
 - 5.1.1 Dissoziative Symptome – 94
 - 5.1.2 Dissoziative Störungen – 98
 - 5.1.3 Selbstverletzendes Verhalten und Dissoziation – 99
 - 5.1.4 Ätiologische Faktoren – 99
- 5.2 Andere Persönlichkeitsstörungen – 101**
- Literatur – 102**

Das Dissoziationsausmaß ist in Abhängigkeit von der untersuchten Population sehr unterschiedlich. Mit Ausnahme von Personen aus der Allgemeinbevölkerung erreichen die niedrigsten Werte Personen mit einer Angststörung oder affektiven Störung. Die höchsten Werte werden von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) erreicht. ■ Tab. 5.1 stellt die Dissoziationswerte in ausgewählten Populationen im Überblick dar.

5.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dissoziative Symptome gelten als ein wesentliches Merkmal der BPS. Seit 1994 werden dissoziative Symptome aus diesem Grund im DSM-IV (APA 1994¹, 1996) erfasst. Mit der Erweiterung der diagnostischen Kriterien im DSM-IV um das Item »stressbezogene schwere dissoziative Symptome« wurde zahlreichen Studien Rechnung getragen, die eine hohe Korrelation zwischen der Diagnose BPS und dem Auftreten dissoziativer Symptomatik gefunden haben. Mittlerweile gibt es eine fast unüberschaubare Zahl an Publikationen über dissoziative Zustände und dissoziative Störungen bei Patienten mit BPS. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studien werden nachfolgend beschrieben. Wir beziehen uns aufgrund der Vielzahl der Studien nur auf jene, in denen standardisierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz kamen. Wir möchten darauf hinweisen, dass die meisten erwähnten Untersuchungen an stationär untergebrachten Patienten durchgeführt wurden und es sich damit um Patienten mit einem besonders ausgeprägten Schweregrad handelt. Dies gilt auch für die häufig zitierte Studie von Sack und Kollegen (2012).

5.1.1 Dissoziative Symptome

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass das Ausmaß an dissoziativer Symptomatik bei Patienten mit einer BPS im Vergleich zu psychisch gesunden Kontrollprobanden, Patienten mit einer Achse-I-Störung sowie Patienten mit einer anderen Persön-

lichkeitsstörung deutlich erhöht ist (z. B. Carlson u. Putnam 1993; Herman et al. 1989; Ross 2007; Simeon et al. 2003; Stiglmayr et al. 2008a; Zanarini et al. 2000b). Die Ergebnisse der Studien legen nahe, dass Borderlinepatienten auf der Grundlage von Erhebungen mit der Dissociative Experiences Scale (DES) sowie dem Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) in 20–30 % der Zeit dissoziieren (die Skalen erfragen den prozentualen Anteil an Zeit, in welcher der Patient ein näher bezeichnetes dissoziatives Symptom, z. B. Depersonalisation, erlebt). Eine Ausnahme bilden Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS), die im Vergleich zu BPS-Patienten ähnliche oder noch höhere Werte erreichen (z. B. Carlson u. Putnam 1993; Putnam et al. 1996; Stiglmayr et al. 2003, 2008b, 2010).

Der Frage, inwiefern dissoziative Symptome bei Borderlinepatienten auf die Existenz komorbider dissoziativer Störungen zurückzuführen sind, wurde in mehreren Studien nachgegangen (z. B. Korzekwa et al. 2009; Shearer 1994). Korzekwa und Mitarbeiter (2009) untersuchten an 21 tagesklinischen Borderlinepatienten das Ausmaß an dissoziativen Symptomen und komorbiden dissoziativen Störungen. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie amnestische Symptome von fast allen Borderlinepatienten berichtet wurden – auch von jenen, bei denen keine komorbide dissoziative Störung vorliegt. Allerdings erreichen Borderlinepatienten mit komorbiden dissoziativen Störungen deutlich höhere Dissoziationswerte. Die höchsten Werte erreichen jene mit einer komorbiden DIS (z. B. Korzekwa et al. 2009; Shearer 1994).

Borderlinepatienten erleben das gesamte Spektrum dissoziativer Symptomatik (z. B. Zweig-Frank u. Paris 1997; Zanarini et al. 2000a,b). Differenziertere Aussagen sind aufgrund eigener Untersuchungen möglich (Stiglmayr 2003): Am stärksten ausgeprägt zeigte sich die Wahrnehmung, keine Gefühle empfinden zu können, gefolgt von Depersonalisations- («... als ob mein Körper nicht zu mir gehört») und Derealisationsphänomenen («... andere Menschen, andere Dinge oder die Welt sind nicht wirklich»). Die geringste Ausprägung erreichten amnestische («... Dinge getan zu

■ Tab. 5.1 Dissoziationswerte in verschiedenen Populationen (ausgewählte Studien)

Studie	Allgemeinbevölkerung	Angststörungen	Affektive Störungen	Essstörungen	Schizophrenie	BPS	PTBS	Dissoz. Störungen	MPS/DIS	Andere PS	Zwang	Substanzmissbrauch
DES-Werte												
Bernstein u. Putnam 1986	4,4	6,7			20,6		31,3		57,1			
Coons et al. 1989			6,0	12,7	17,7	18,2	26,1		45,2			
Branscomb 1992					10,5		41,1					
Bremner et al. 1992							27,0					
Goff et al. 1992											6,8	
Carlson u. Putnam 1993	7,8	10,4	12,7	16,1		20,1	30		42,8			
Saxe et al. 1993								36,1				
Shearer 1994						25,0						
Brodsky et al. 1995						19,6						
Putnam et al. 1996	8,3	11,0	13,2	17,0	17,6	21,6	31,5		44,6			17,6
Ball et al. 1997		ca. 4										
Spitzer et al. 1997					9,2 (NS) 21,1 (PS)							
Nijenhuis et al. 1999			11,1 (BP-I)						54,2			
Heffernan u. Cloitre 2000						30,1 (mit kPTBS)	18,6					

Tab. 5.1 Fortsetzung

Studie	Allgemeinbevölkerung	Angststörungen	Affektive Störungen	Essstörungen	Schizophrenie	BPS	PTBS	Dissoz. Störungen	MPS/DJS	Andere PS	Zwang	Substanzmissbrauch
Sar et al. 2010					18,1							
DSS-Werte												
Stiglmayr et al. 2003 ^{a,c}	2,2	11,6	10,5		10,0	27,6	20,6					
Ludäscher et al. 2007	0,4					22,2						
Stiglmayr et al. 2008 ^{b,c}	1,1	3,3	8,8			15,4						
Stiglmayr et al. 2010	2,8	14,4	15,9		11,0	33,2	34,4					
FDS-Werte												
Spitzer et al. 2004	5,0 ^b	12,7	ca. 15,5	ca. 16,5	13,6	ca. 26	ca. 22	ca. 13		17,1		ca. 13
Höschel et al. 2008	3,7					33,5						
Sack et al. (2012)						24,5 (ohne kPTBS) 31,9 (mit kPTBS)						

^a Im Gegensatz zu allen anderen Skalen, die einen Range von 0–100 besitzen, hat die in diesen Studien eingesetzte Skala einen Range von 0–9

^b Studenten

^c Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Werte von einer Werteskala von 0–9 auf eine Werteskala von 0–100 umgerechnet.

PS Positivsymptomatik; NS Negativsymptomatik; BP-I Bipolar I; kPTBS komplexe posttraumatische Belastungsstörung; MDD Major Depression; BP-II Bipolar II; +/- Ha mit/ohne Halluzinationen

haben, an die ich mich nicht erinnern kann») sowie Konversionssymptome («... ich konnte nicht sprechen»). Zanarini und Mitarbeiter (2000a,b) stellten in Rückgriff auf eine Publikation von Putnam und Mitarbeitern (1996) zusätzlich fest, dass bei der Befragung von Borderlinepatienten 32 % über leichte dissoziative Phänomene (dies entspricht einem mittleren DES-Wert von 8), 42 % über moderate dissoziative Phänomene (dies entspricht einem mittleren DES-Wert von 17,4) und 25 % über starke dissoziative Phänomene (dies entspricht einem mittleren DES-Wert von 48) berichteten. Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen berichteten hingegen in 71 % der Fälle von einer leichten, in 26 % von einer moderaten und nur in 3 % von einer starken Dissoziation. Auch das Spektrum an berichteten dissoziativen Symptomen fällt bei anderen Persönlichkeitsstörungen deutlich kleiner aus. Sehr aufschlussreich ist hierzu eine Studie von Wildgoose und Mitarbeitern (2000): Die Autoren untersuchten, inwiefern Dissoziation zwischen Borderlinepatienten und Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen differenziert. Die Ergebnisse zeigten, dass Dissoziation bei Borderlinepatienten eine Moderatorvariable für ein größeres Ausmaß an allgemeiner psychiatrischer Symptomatologie darstellt. Entsprechend geringer zeigte sich das Ausmaß an Dissoziation wie auch psychiatrischer Symptomatologie bei den anderen Persönlichkeitsstörungen. Für die Behandlung von Borderlinepatienten beinhaltet dieses Ergebnis den Autoren zufolge entscheidende Implikationen: Erst wenn es gelingt, die dissoziative Problematik erfolgreich zu behandeln, kann es auch zu einer Verbesserung in den anderen psychopathologischen Parametern kommen. Diese Schlussfolgerung erhält durch neuere Ergebnisse von Ebner-Priemer und Mitarbeitern (2009) Unterstützung. Die Autoren fanden, dass Lernen in dissoziiertem Zustand nur eingeschränkt möglich ist. Entsprechend fand sich ein negativer Einfluss von Dissoziation auf den Erfolg von Psychotherapie (Kleindienst et al. 2011; siehe hierzu auch ► Abschn. 4.8.3)

Der Verlauf der dissoziativen Problematik zeigt sich bei Borderlinepatienten als uneinheitlich: Zanarini und Mitarbeiter (2008) konnten in ihrer Follow-up-Studie über einen Zeitraum von 10 Jahren einen deutlichen Rückgang insbesondere

der starken dissoziativen Symptome feststellen. Erreichten die Patienten zu Beginn der Studie einen durchschnittlichen DES-Wert von 21,8, wurde nach 10 Jahren nur noch ein Wert von 8,5 erreicht, was einem Rückgang um 61 % entspricht. Allerdings kam es bei 38 % der BPS-Patienten mit anfänglich hohen Dissoziationswerten (> 30 in der DES) zu einem Wiederauftreten starker dissoziativer Symptome innerhalb des 10-jährigen Erhebungszeitraums. Acht Prozent der Patienten mit leichten oder moderaten Werten zu Beginn der Untersuchung erlebten im Anschluss an eine Remission das Auftreten schwerwiegender dissoziativer Symptome. Die Autoren konnten keine Aussage über die Ursache des Rückgangs der dissoziativen Symptomatik machen, führen allerdings an, dass sowohl die Therapie, die Zeit oder die familiäre Unterstützung oder eine Kombination dieser Faktoren in Betracht kommen. Auf alle Fälle stimmt dieser Verlauf positiv in Bezug auf die zu erwartenden Behandlungschancen von Borderlinepatienten. Und in der Tat konnten Zanarini und Mitarbeiter in ihrer Verlaufsstudie belegen, dass 93 % der Patienten innerhalb von 10 Jahren eine Remission der Borderlinestörung erreichen, die mindestens 2 Jahre anhält.

5.1.2 Dissoziative Störungen

Bei ca. 50–80 % der Borderlinepatienten findet sich eine komorbide dissoziative Störung (z. B. Conklin u. Westen 2005; Korzekwa et al. 2009; Ross 2007; Sar et al. 2003). In der Studie von Korzekwa und Mitarbeitern wurden bei nahezu der Hälfte aller 21 Patienten (48 %) schwerwiegende dissoziative Störungen diagnostiziert (NNB dissoziative Störung-1, DIS), 29 % aller Patienten hatten weniger schwerwiegende dissoziative Störungen (dissoziative Amnesie, Depersonalisationsstörung). Andere Studien fanden bei bis zu 27 % der Borderlinepatienten eine zusätzliche DIS (Conklin u. Westen 2005; Ross 2007; Sar et al. 2006). Zu einer etwas differenzierteren Aussage kommen Sack und Mitarbeiter (2012): In dieser Untersuchung wurde unterschieden zwischen Borderlinepatienten ohne bzw. mit non-komplexer PTBS und Borderlinepa-

tienten mit komplexer PTBS (Herman 1992; Sack 2004). Diese Unterscheidung ist wichtig, da v. a. letztere mit einem hohen Anteil an schwerwiegenden dissoziativen Störungen bzw. komplexen dissoziativen Störungen (Dell 2001, 2009) in Verbindung gebracht werden (► Abschn. 2.2.2). Findet sich bei Berücksichtigung aller Borderlinepatienten zu 41 % eine komorbide komplexe dissoziative Störung, so sind es bei Borderlinepatienten ohne komplexe PTBS nur noch 26 %, bei Borderlinepatienten mit komplexer PTBS hingegen 53 %. Am häufigsten fand sich in beiden Gruppen eine Depersonalisationsstörung (ohne komplexe PTBS: 66 %; mit komplexer PTBS: 83 %). Eine zusätzliche DIS fand sich bei Borderlinepatienten ohne komplexe PTBS nur in 3 % der Fälle, bei Borderlinepatienten mit komplexer PTBS in 12 % der Fälle. Leider finden sich in der Studie keine Aussagen zu Borderlinepatienten ohne PTBS, da sie in der Ergebnisdarstellung mit jenen mit einer einfachen PTBS zusammengefasst werden.

Umgekehrt fanden Ross und Mitarbeiter (1990) bei 64 % der mit einer DIS diagnostizierten Patienten eine komorbide BPS, Ellason und Mitarbeiter (1996) bei 56 %. Zu ähnlichen Zahlen kamen Saxe und Mitarbeiter (1993) bei Patienten mit einer dissoziativen Störung, die einen DES-Wert > 25 erreichten.

5.1.3 Selbstverletzendes Verhalten und Dissoziation

In zahlreichen Studien wird von einem Zusammenhang zwischen Dissoziation und selbstverletzendem Verhalten (SVV) bei Borderlinepatienten berichtet. Van der Kolk und Mitarbeiter (1996) fanden in ihrer Untersuchung eine Zunahme dissoziativer Phänomene während SVV. Im Anschluss an das SVV nahm die dissoziative Symptomatik wieder deutlich ab. Die Autoren schlussfolgern, dass Selbstverletzungen häufig zur Beendigung dissoziativer Zustände eingesetzt werden. Diese Annahme konnte durch zahlreiche Studien bestätigt werden (z. B. Leibenluft et al. 1987; Herpertz 1995; Klein-dienst et al. 2008; Paris 2005; Zweig-Frank et al. 1994). Entsprechend fallen Dissoziationswerte von sich selbst verletzenden Borderlinepatienten generell deutlich höher aus (Zlotnick et al. 1999; Zweig-

Frank et al. 1994). Keinen Zusammenhang fanden Zlotnick und Mitarbeiter (1999) zwischen der Häufigkeit von SVV und dem Dissoziationsausmaß. Zanarini und Mitarbeiter (2011) konnten allerdings zeigen, dass das Ausmaß an Dissoziation positiv mit der Dauer von SVV über den 10-jährigen Erfassungszeitraum assoziiert ist. Während SVV sind die Patienten häufig analgetisch, d. h. spüren weniger/keinen Schmerz (z. B. Kemperman et al. 1997; Russ et al. 1996), wobei die Höhe der Schmerzschwelle mit der Stärke der Dissoziation positiv korreliert (Ludäscher et al. 2007, 2010; ► Abschn. 4.9). Es wird u. a. angenommen, dass das Sehen von Blut der betroffenen Person vor Augen führt, dass sie noch lebendig ist (Paris 2005). Erst durch das SVV kehren die normalen Wahrnehmungsstrukturen wieder zurück. Viele Patienten berichten, dass sie es als angenehmer empfinden, sich durch den anschließenden Schmerz wieder zu spüren, als den vorausgegangenen Zustand der Dissoziation einschließlich Schmerzunempfindlichkeit auszuhalten.

5.1.4 Ätiologische Faktoren

Für das gehäufte Vorkommen dissoziativer Phänomene und Störungen bei der BPS werden im Wesentlichen 2 Faktoren benannt: Dissoziation als Folge zumeist frühkindlicher traumatischer Erfahrungen oder Dissoziation als der Borderlinestörung-immanentes, d. h. biologisch bzw. genetisch determiniertes Merkmal.

Zahlreiche Studien belegen eine hohe Prävalenz an traumatischen Erfahrungen bei Patienten mit einer BPS:

- Sexuelle Missbrauchserfahrungen werden in 14–75 % der Fälle berichtet (z. B. Herman et al. 1989; Pagura et al. 2010; Sack et al. 2012; Silk et al. 1995; Yen et al. 2002; Zanarini 1997; Zanarini et al. 2002);
- körperlicher Missbrauch im Kindesalter in 17–65 % der Fälle (z. B. Draijer u. Langeland 1999; Pagura et al. 2010; Sack et al. 2012; Yen et al. 2002);
- Vernachlässigung in 7–92 % der Fälle (z. B. Pagura et al. 2010; Sack et al. 2012; Zanarini et al. 2002);

- emotionaler Missbrauch in 82 % der Fälle (z. B. Sack et al. 2012).

Werden alle Kategorien zusammen genommen, berichten bis zu 95 % der Borderlinepatienten über traumatisierende Kindheitserfahrungen (z. B. Sack et al. 2012; Yen et al. 2002). Entsprechend hoch ist das Auftreten einer komorbiden PTBS, die bei 30–79 % der Borderlinepatienten zusätzlich diagnostiziert wird (z. B. Pagura, et al. 2010; Sack et al. 2012; Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1998). Zanarini und Mitarbeiter (2002) zufolge handelt es sich in mehr als 50 % der Fälle um schwerwiegende, chronische traumatische Ereignisse. Sack und Mitarbeiter (2012) finden sogar in 55 % eine zusätzliche komplexe PTBS. Die z. T. sehr unterschiedlichen Zahlen sind v. a. auf den unterschiedlichen Schweregrad der Erkrankung zurückzuführen; Zanarini und Mitarbeiter wie auch Sack und Mitarbeiter führten beispielsweise ihre Studien an stationär untergebrachten Patienten durch, Yen und Mitarbeiter an ambulanten Patienten. Da es sich bei der Mehrzahl der Studien entsprechend um stationäre Patienten handelt, ist davon auszugehen, dass die oben aufgeführten Zahlen zumindest in ihren hohen Ausprägungen nur für schwer erkrankte Patienten repräsentativ sind, ansonsten aber eine Überschätzung darstellen. Dies dürfte insbesondere für die Studie von Sack und Mitarbeitern zutreffen. Dort fand die Patientenrekrutierung über 5 stationäre Einrichtungen statt, die eigens für die Behandlung von schwer traumatisierten Borderlinepatienten spezialisiert sind. In einer Einrichtung wurden sogar ausschließlich Patienten mit einer zusätzlichen PTBS rekrutiert.

Nach Shearer (1994) zeigte sich insbesondere das gemeinsame Auftreten eines sexuellen sowie eines körperlichen Missbrauchs in der Kindheit als negativer Prädiktor für das Zustandekommen hoher Dissoziationswerte bei Borderlinepatienten. Auch ein sexueller Übergriff im Erwachsenenalter war mit erhöhten Dissoziationswerten verbunden. Die höchsten Werte fanden sich bei denjenigen, die von allen 3 Ereignissen berichteten (ein DES-Wert von 52,8). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Autoren (z. B. Brodsky et al. 1995; Zanarini et al. 2002). Identische Zusammenhänge finden sich zwischen dem Vorliegen einer zusätzlichen

PTBS und dem Ausmaß an dissoziativer Symptomatik bei Borderlinepatienten, wobei Patienten mit einer zusätzlichen komplexen PTBS deutlich höhere Werte erreichen (Heffernan u. Cloitre 2000; Sack et al. 2012).

Eine sehr sorgfältige Studie von Zweig-Frank und Paris (1997) konnte jedoch zeigen, dass die dissoziative Symptomatik bei Borderlinepatienten nicht ausschließlich auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen ist. Die Autoren untersuchten 78 Patientinnen mit einer BPS sowie 72 Patientinnen mit einer anderen Persönlichkeitsstörung. Dissoziative Phänomene wurden mit der DES erfasst. Die Borderlinepatientinnen erreichten vergleichsweise höhere Dissoziationswerte. Keinerlei Zusammenhang fanden die Autoren zwischen Dissoziation und sexuellem Missbrauch bei gleichzeitiger Kontrolle der Diagnose, unabhängig davon, von wem der Missbrauch verübt worden ist. Gleiches gilt für alle anderen erhobenen traumatischen Ereignisse. Zusammenfassend findet sich in der Studie von Zweig-Frank und Paris zwischen dissoziativen Symptomen und einer Borderlinediagnose ein engerer Zusammenhang als zum Vorliegen eines traumatischen Ereignisses. Ähnliches berichten Figueroa und Silk (1997) im Rahmen ihrer Übersichtsarbeit, die bei Borderlinepatienten im Vergleich zu PTBS-Patienten dissoziative Episoden weniger stark an spezifische Auslöserreize gebunden sehen. Figueroa und Silk zufolge ist bei Borderlinepatienten eher das affektive Erregungsniveau für das Auftreten dissoziativer Phänomene verantwortlich. Diese Annahme konnte im Rahmen eigener Studien (Stiglmayr 2003; Stiglmayr et al. 2008b) bestätigt werden: Es fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an aversiver Spannung und dem Ausmaß an Dissoziation (in einer weiteren Untersuchung konnten wir zeigen, dass semantisch Spannung emotionalen Erregungszuständen gleichzusetzen ist (Stiglmayr et al. 2008a)). Darüber hinaus zeigte sich, dass aversive Spannungszustände dissoziativen Phänomenen zeitlich vorausgehen; allerdings ist dies umgekehrt auch der Fall, d. h. dissoziative Phänomene bedingen ebenfalls erhöhte Spannungszustände. Schließlich zeigten sich bei Borderlinepatienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen, depressiven Patienten sowie Patienten mit einer Panikstörung

auch unabhängig vom Ausmaß an aversiver Spannung erhöhte Dissoziationswerte. Daher liegt die Annahme nahe, dass Borderlinepatienten eine generell erhöhte Dissoziationsneigung besitzen. Diese Annahme stimmt mit den Ergebnissen von Jang und Mitarbeitern (1998) überein, die in einer Zwillingsstudie belegen konnten, dass 55 % der Varianz pathologischer wie auch nichtpathologischer Dissoziation durch genetische Einflüsse erklärt wird (► Abschn. 4.2).

Zanarini und Jager-Hyman (2009) schlussfolgern, dass die aktuelle Datenlage sowohl die traumaassoziierte wie auch die borderlineimmanente Position bestätigt. Entsprechend fanden Zanarini und Mitarbeiter (2000b) neben der Diagnose einer BPS 4 weitere Prädiktoren für das Auftreten schwerwiegender dissoziativer Phänomene:

- gegensätzliche Erziehungsstile innerhalb einer erziehungsberechtigten Person,
- sexueller Missbrauch seitens eines Erziehungsberechtigten,
- Zeuge sexueller Gewalt im Kindesalter
- Opfer eines Raubüberfalls im Erwachsenenalter.

Diese Faktoren erklärten mehr als ein Viertel der Varianz der Dissoziation. Wie Zanarini und Mitarbeiter jedoch einräumen, bleibt aufgrund der Zusammenhangshypothesen unklar, ob die untersuchten Faktoren Dissoziation tatsächlich ursächlich bedingen. Prospektive Studien sind unseres Wissens bislang nicht publiziert. Auch weitere Faktoren müssen bei ätiologischen Überlegungen mit berücksichtigt werden, wie z. B. eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, wie sie bei Borderlinepatienten häufig zu beobachten ist (Höschel et al. 2008). Patienten, die weniger als einen Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nahmen, was immerhin bei 27 % der Patienten der Fall war, erreichten einen FDS-Wert > 40 (Spitzer et al. 2005; zu den einzelnen Erhebungsverfahren ► Kap. 3). Mit zunehmender Flüssigkeitszufuhr nahm die Dissoziationsstärke entsprechend ab.

5.2 Andere Persönlichkeitsstörungen

Explizite Publikationen über dissoziative Symptome oder dissoziative Störungen bei anderen im

Einzelnen spezifizierten Persönlichkeitsstörungen sind sehr selten (z. B. Chmielewski u. Watson 2008; Johnson et al. 2006; Semiz et al. 2007). Einige Publikationen untersuchten Persönlichkeitsstörungen als Vergleichsgruppe (z. B. Modestin et al. 2007), wobei die häufigste dazu in Beziehung gesetzte Gruppe Patienten mit einer BPS sind (z. B. Spitzer et al. 2004; Wildgoose et al. 2000; Zanarini et al. 2000a, 2008).

Personen mit einer Persönlichkeitsstörung besitzen ein 6-mal höheres Risiko, an einer zusätzlichen dissoziativen Störung zu erkranken (Johnson et al. 2006) und dissoziieren – unter Ausschluss von Patienten mit einer BPS –, erhoben mit der FDS, ca. 17 % der Zeit (Spitzer et al. 2004). Im Vergleich zu Patienten mit einer BPS erleben Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung deutlich seltener schwerwiegende Dissoziationen (Zanarini et al. 2000a; ► oben). Generell wird davon ausgegangen, dass Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen am häufigsten von dissoziativen Phänomenen und dissoziativen Störungen betroffen sind (z. B. Coons 1998; Johnson et al. 2006; Leong et al. 2006). Die geringste Rate an komorbiden dissoziativen Störungen fand sich in der Studie von Johnson und Mitarbeitern (2006) bei den Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen.

Interessant ist eine Studie an türkischen Männern mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (APS; Semiz et al. 2007). In einer großen Stichprobe von 579 Patienten wurde ein DES-Wert von 32,6 erreicht, wobei mehr als die Hälfte der Patienten Durchschnittswerte > 30 in der DES erreichten. Körperlicher Missbrauch und frühe Trennung von den Eltern hatten einen hohen Vorhersagewert für pathologische dissoziative Durchschnittswerte. Für kindlichen sexuellen Missbrauch konnte interessanterweise ein solcher Einfluss auf das dissoziative Erleben nicht gefunden werden. Dieses Ergebnis stimmt allerdings überein mit einer früheren Studie, die eine solche Assoziation zwischen sexuellem Missbrauch und Ausmaß an Dissoziation zwar für Borderlinepatienten nachweisen konnte, nicht jedoch für Patienten mit einer APS (Johnson et al. 1999). Die Autoren begründen dieses Ergebnis mit dem Umstand, dass bei Patienten mit einer APS, und dies insbesondere bei männlichen Patienten, kör-

perlicher Missbrauch viel häufiger vorkommt. Generell zeigten Patienten mit hohen dissoziativen Werten auch eine deutlich ausgeprägtere Psychopathologie, einschließlich Alkohol- und Drogenkonsum, Suizidversuchen und SVV.

Es gibt aber auch Hinweise auf dissoziatives Erleben bei Patienten aus Cluster A und C. Zwar fanden Johnson und Mitarbeiter (2006) im Vergleich zu Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (Ein-Jahres-Prävalenz von 68 %), eine niedrigere Rate an dissoziativen Störungen (Cluster A: Ein-Jahres-Prävalenz von 58 %, Cluster C: Ein-Jahres-Prävalenz von 37 %), aber durchaus klinisch relevante Ausprägungen. Chmielewski und Watson (2008) fanden einen engen Zusammenhang zwischen Dissoziation und Eigenschaften einer schizotypen Persönlichkeitsstörung wie z. B. Misstrauen, ungewöhnlichen Überzeugungen und Erfahrungen sowie Sonderbarkeit. Allerdings kam in dieser Studie nur ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen zum Einsatz, der für die Erfassung von Charakteristika einer schizotypen Persönlichkeitsstörung in der Allgemeinbevölkerung entwickelt wurde. Ein standardisiertes Instrument zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen wurde nicht verwandt. Auch wurde die Studie nicht an Patienten, sondern in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt. Simeon und Mitarbeiter (2001) fanden bei Patienten mit einer Depersonalisationsstörung einen größeren Anteil an Patienten mit einer Cluster-C-Persönlichkeitsstörung als mit einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung. In den beiden Fallstudien von Leong und Mitarbeitern (2006) fanden sich Überschneidungen zwischen Cluster-C-Persönlichkeitsanteilen und einer dissoziativen Amnesie.

Modestin und Mitarbeiter (2007) verglichen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung mit Patienten mit einer schizophrenen Störung. Die Autoren fanden keine bedeutsamen höheren Werte bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (DES: 9,9 vs. 11,5). Die generell niedrigen Werte erklären die Autoren damit, dass es sich ausschließlich um ambulante Patienten gehandelt hat, mit einer vergleichsweise niedrigen Rate an kindlichem sexuellem Missbrauch.

Der Verlauf der dissoziativen Symptomatik zeigt sich nicht ganz so positiv, wie dies bei Borderlinepatienten beobachtet wurde (Zanarini et al.

2008): Bei Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung kommt es innerhalb des untersuchten 10-jährigen Zeitraums zu einem Rückgang um 43 %. Allerdings war der DES-Wert von 7,9 zu Beginn der Studie deutlich geringer im Vergleich zum Wert der Borderlinepatienten mit 21,8.

Zusammenfassung

Dissoziative Symptome wie auch dissoziative Störungen treten bei Patienten mit einer BPS sehr häufig auf. Betroffen ist das gesamte Ausmaß an dissoziativer Symptomatik, wobei Depersonalisations- und Derealisationsphänomene sowie die Abwesenheit von Gefühlen am häufigsten zu beobachten sind. Komplexe dissoziative Störungen finden sich am häufigsten bei Borderlinepatienten mit einer zusätzlichen komplexen PTBS. Da Dissoziation psychotherapeutische Fortschritte konterkariert, sollte die Behandlung der dissoziativen Symptomatik gerade bei Borderlinepatienten Vorrang haben. Innerhalb von 10 Jahren kommt es zu einem Rückgang der dissoziativen Symptomatik um 61 %, wobei es bei 38 % der BPS-Patienten mit anfänglichen hohen Dissoziationswerten (> 30 in der DES) zu einem Wiederauftreten starker dissoziativer Symptome kommt. Borderlinepatienten mit SVV erreichen deutlich erhöhte Dissoziationswerte, wobei das Ausmaß an Dissoziation einen Prädiktor für die lebenszeitliche Anwendung von SVV darstellt. Die Diagnose einer BPS stellt eine ausreichende Bedingung für das Zustandekommen dissoziativer Zustände dar. Vor allem das hohe affektive Erregungsniveau, aber auch andere Aspekte wie eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, sind hierfür verantwortlich. Traumatische Erlebnisse stellen einen moderierenden, zusätzlichen Risikofaktor dar, wobei die Stärke der dissoziativen Problematik mit der Schwere der Traumatisierungen positiv korreliert. Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung erreichen im Vergleich zu Patienten mit einer Borderlinestörung deutlich geringere Dissoziationswerte.

Literatur

-
- American Psychiatric Association (APA) (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV (deutsche Bearbeitung und Einleitung Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M). Hogrefe, Göttingen (engl

- 1994: Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV, 4. Aufl
- Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA (1995) Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 152: 1788–1792
- Carlson EB, Putnam FW (1993) An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 6: 16–27
- Chmielewski M, Watson D (2008) The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: item-level factors of the Schizotypal Personality Questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *J Abnorm Psychol* 117: 364–376
- Conklin CZ, Westen D (2005) Borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry* 162: 867–875
- Coons P (1998) The dissociative disorders: Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am* 21: 637–648
- Dell PF (2001) Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *J Trauma Diss* 2: 7–37
- Dell PF (2009) The long struggle to diagnose multiple personality disorder (MPD): Partial MPD. In: Dell PF, O'Neil JA (Hrsg) *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond*. Routledge, New York (S 403–428)
- Draijer N, Langeland W (1999) Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 156: 379–385
- Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N et al (2009) Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 34: 214–222
- Ellason JW, Ross CA, Fuchs DF (1996) Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 59: 255–266
- Figueroa E, Silk KR (1997) Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 11: 71–92
- Heffernan K, Cloitre M (2000) A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with history of childhood sexual abuse: Etiology and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* 188: 589–595
- Herman JL (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 5: 377–391
- Herman JL, Perry JC, Kolk BA van der (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146: 490–495
- Herpertz S (1995) Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 91: 57–68
- Höschel K, Guba K, Kleindienst N et al (2008) Oligodipsia and dissociative experiences in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 117: 390–393
- Jang KL, Paris J., Zweig-Frank H, Livesley WJ (1998) Twin study of dissociative experience. *J Nerv Ment Dis* 186: 3345–3551
- Johnson JG, Cohen P, Brown J et al (1999) Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early childhood. *Arch Gen Psychiatry* 56: 600–606
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. (2006) Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res* 40: 131–140
- Kemperman I, Russ MJ, Clark WC et al (1997) Pain assessment in self-injurious patients with borderline personality disorder using signal detection theory. *J Psychiatr Res* 70: 175–183
- Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P et al (2008) Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 196: 230–236
- Kleindienst N, Limberger MF, Ebner-Priemer UW et al (2011) Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 25: 432–447
- Kolk BA van der, van der Hart O, Marmar CR (1996) Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg) *Traumatic stress: The effect of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guildford, New York (S 303–327)
- Korzekwa MI, Dell PF, Links PS et al (2009) Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *J Trauma Diss* 10: 346–367
- Leibensluft E, Gardner DL, Cowdry RW (1987) The inner experience of the borderline self-mutilator. *J Personal Disord* 1: 317–324
- Leong S, Waits W, Diebold C (2006) Dissociative amnesia and DSM-IV-TR Cluster C personality traits. *Psychiatry* 3: 51–55
- Ludäscher P, Bohus M, Lieb K et al (2007) Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 149: 291–296
- Ludäscher P, Valerius G, Stiglmayr CE et al (2010) Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Psychiatry Neurosci* 35: 177–184
- Modestin J, Hermann S, Endrass J (2007) Schizoidia in schizophrenia spectrum and personality disorders: Role of dissociation. *J Psychiatr Res* 153: 111–118
- Pagura J, Stein MB, Bolton JM et al (2010) Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res* 44: 1190–1198
- Paris J (2005) Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 13: 179–185
- Putnam FW, Carlson EB, Ross CA et al (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 184: 673–679

- Ross CA (2007) Borderline personality disorder and dissociation. *J Trauma Diss* 8: 71–80
- Ross CA, Miller SD, Reagor P et al (1990) Structured Interview Data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psychiatry* 147: 596–601
- Russ MJ, Clark WC, Cross LW et al (1996) Pain and self-injury in borderline patients: sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *J Psychiatr Res* 63: 57–65
- Sack M (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75: 451–459
- Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B (2012) Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, DOI: 10.1007/s00115-012-3489-6.
- Sar V, Kundakci T, Kiziltan E et al (2003) The axis-I dissociative disorder of comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *J Trauma Diss* 4: 119–136
- Sar V, Akyuz N, Kugu N et al (2006) Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 67: 1583–1590
- Saxe GN., van der Kolk BA, Berkowitz R et al (1993) Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 150: 1037–1042
- Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M (2007) Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 865–873
- Shearer SL (1994) Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 151: 1324–1328
- Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE (1995) Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* 152: 1059–1064
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J et al (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 158: 1027–1033
- Simeon, D, Nelson D, Elias R et al (2003) Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums* 8: 755–762
- Spitzer C, Mestel R, Klingelhöfer J et al (2004) Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20). *Psychother Psychosom Med Psychol* 54: 165–172
- Spitzer C, Stieglitz RD, Freyberger HJ (2005) FDS – Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, 2. Aufl. Huber, Göttingen
- Stiglmayr CE (2003) Spannung und Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Peter Lang, Frankfurt M
- Stiglmayr CE, Braakmann D, Haaf B et al (2003) Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut). *Psychother Psychosom Med Psychol* 53: 287–294
- Stiglmayr CE, Bischof J, Albrecht V et al (2008a) The experience of tension in patients with borderline personality disorder compared to other patient groups and healthy controls. *J Soc Clin Psychol* 27: 425–446
- Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J et al (2008b) Stress-relatedness of dissociative symptoms in borderline personality disorder – a study in everyday life. *Acta Psychiatr Scand* 117: 139–147
- Stiglmayr CE, Schimke P, Wagner T et al (2010) Development and psychometric characteristics of the Dissociation-Tension-Scale (DSS). *J Pers Assess* 92: 269–277
- Wildgoose A, Waller G, Clarke S, Reid A (2000). Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: Dissociation and fragmentation as mediators. *J Nerv Ment Dis* 188: 757–763
- Yen S, Shea MT, Battle CL et al (2002) Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Nerv Ment Dis* 190: 510–518
- Zanarini MC (Hrsg) (1997) Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. American Psychiatric Press, Washington DC
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR (1990) Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 147: 57–63
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155: 1733–1739
- Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen JH (2000a) The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 41: 223–227
- Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR et al (2000b) Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 188: 26–30
- Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR et al (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 190: 381–387
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S et al (2008) The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 118: 291–296
- Zanarini MC, Jager-Hyman S (2009) Dissociation in borderline personality disorder. In: Dell PF, O’Neil JA (Hrsg) *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond*. Routledge, New York (S 487–493)
- 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
- Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR et al (2011) Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *J Psychiatr Res* 45: 823–828
- Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M (1999) Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 187: 296–301

- Zweig-Frank H, Paris J (1997) Relationship of childhood sexual abuse to dissociation and self-mutilation in female patients. In: Zanarini MC (Hrsg) Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. American Psychiatric Press, Washington DC (S 93–106)
- Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J (1994) Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with personality disorders. *Can J Psychiatry* 39: 259–265

Dissoziation

Theorie und Therapie

Priebe, K.; Schmahl, C.; Stiglmayr, C.

2013, XI, 249 S. 32 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-35065-8