

Übersichtsarbeit

Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ärztlichen Alltag

Implikationen aus der ICD-11

Sabine C. Herpertz, Isabella Schneider, Babette Renneberg, Antonius Schneider

Zusammenfassung

Hintergrund: Patientinnen und Patienten mit schwieriger Persönlichkeit oder Persönlichkeitsstörung bedeuten eine besondere Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte in der allgemeinen Versorgung. Ein Hauptgrund ist der oft schwierige Interaktionsstil dieser Patienten. Mit dem Inkrafttreten der ICD-11-Klassifikation wird eine neue diagnostische Systematik auf den Weg gebracht, die die Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Ziel dieses Artikels ist es, die Implikationen für die Diagnostik und therapeutische Begleitung dieser Patienten zu beschreiben.

Methode: Die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit basieren auf einer selektiven Literaturrecherche unter besonderer Berücksichtigung von Primärversorgung und somatischer Morbidität und Mortalität.

Ergebnisse: Persönlichkeitsstörungen kommen bei 10–12 % der Allgemeinbevölkerung vor. Typisch ist eine hohe psychische Komorbidität. Auch körperliche Erkrankungen sind mehr als zweifach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. In der Notfallmedizin werden diese Patienten wegen der gehäuft auftretenden Suizidversuche behandelt. Das Suizid-Lebenszeitrisiko liegt zwischen 1,4 und 4,5 % (am höchsten ist das Risiko bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Schlussfolgerung: In der Erstdiagnose und der Behandlungsplanung kommt vor allem den hausärztlich tätigen Ärzten eine wichtige Rolle zu. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen bedürfen aufgrund ihrer hohen somatischen Morbidität und Mortalität einer besonderen ärztlichen Aufmerksamkeit und Betreuung. Im ärztlichen Praxisalltag ist es daher notwendig, bei komplexen und anhaltenden psychischen Problemen, aber auch bei einem schwierigen Interaktionsstil, an die Möglichkeit des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung zu denken. Gegebenenfalls sollten Ärzte ihre Patienten dazu motivieren, eine Psychotherapie zu beginnen.

Zitierweise

Herpertz SC, Schneider I, Renneberg B, Schneider A: Patients with personality disorders in everyday clinical practice—implications of the ICD-11. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 1–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0001

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg: Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Dr. med. Isabella Schneider

Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin: Prof. Dr. Babette Renneberg

Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München: Prof. Dr. med. Antonius Schneider

cme plus +

Dieser Beitrag wurde von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zertifiziert. Die Fragen zu diesem Beitrag finden Sie unter <http://daebl.de/R95>. Einsendeschluss ist der 9. 1. 2023.

Die Teilnahme ist möglich unter cme.aerzteblatt.de

Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bringen für Ärztinnen und Ärzte besondere Herausforderungen im klinischen Alltag mit sich. Oft wirken sie angestrengt, formulieren ihre Bedürfnisse nicht adäquat und haben unrealistische Erwartungen an die Behandlung (zum Beispiel an zeitliche Ressourcen). Sie sind empfindlich gegenüber Kritik und Zurückweisung, zuweilen auch misstrauisch und zeigen abrupte Wechsel in Stimmung und Verhalten. Diese Patienten fallen durch geringe Stress-toleranz, mangelnde Verlässlichkeit und Adhärenz auf – Eigenschaften, die den Behandlungsverlauf, aber auch die Kommunikation während der Behandlung erschweren. Die oft belastenden, streckenweise chaotischen Lebensumstände und der vermeidende, zum Teil impulsive Problemlösestil führen häufig zu ärztlichen Krisenconsultationen.

Diese Übersichtsarbeit widmet sich folgenden Fragen: Was sind Persönlichkeitsstörungen, wie sehen typische Probleme betroffener Patienten aus und mit welchen anderen psychischen und somatischen Erkrankungen gehen sie einher? Wie stellt sich die Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen und ihre diagnostische Erhebung in der ICD-11 dar? Wie können auch Ärzte, die nicht psychiatrisch ausgebildet sind, die Arzt-Patienten-Beziehung so gestalten, dass die somatische Behandlung und psychosoziale Unterstützung gelingt? Und schließlich: Wie können – falls notwendig – Patienten für eine weiterführende, vernetzte Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie gewonnen werden?

Details der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte mittels PubMed im Zeitraum von Februar bis April 2021 für Veröffentlichungen seit 2000. Zur ICD-11-Klassifikation erfolgte die Recherche anhand der Suchbegriffe „personality disorder“ und „ICD-11“. Weitere Suchbegriffe waren: „personality disorder“ und „primary care/medicine, general/internal medicine, family care/medicine, emergency, consultation“, „comorbidity, physical health, medical illness, morbidity“, „mortality“ und „stigma/stigmatization“. Bei der Recherche wurden, wenn vorhanden, vor allem systematische Übersichten und Metaanalysen berücksichtigt.

TABELLE 1

ICD-11-Kriterien zur Beurteilung von Funktionseinschränkungen der Persönlichkeit

Funktionsebene	Schweregrad: Facetten der Funktionseinschränkung
<p>Selbstfunktionsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identität: Die Person erlebt sich als eigenständig und klar von anderen abgegrenzt. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß, in dem Identität oder Selbstgefühl unbeständig, brüchig und inkonsistent oder besonders rigide und unbeweglich ist – Erleben und Verhalten: wechselnde Ziele und abrupte Veränderungen ● Selbstwert: Die Person verfügt über einen stabilen und positiven Selbstwert. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß, in dem ein im Ganzen positives und stabiles Selbstwertgefühl auch in Situationen von Kränkung, Niederlage etc. aufrechterhalten werden kann – Erleben und Verhalten: Vermeidungsverhalten, Abhängigkeit von anderen, Selbstabwertung bis hin zu Suizidalität, Überheblichkeit etc. ● Selbstreflexion: Die Person kennt eigene Stärken und Grenzen. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß, in dem die Sicht auf die eigene Person unrealistisch ist und von der Fremdsicht abweicht – Erleben und Verhalten: unrealistische Lebenspläne mit Neigung zu Überforderung, riskantem Verhalten, Vermeidung von Herausforderungen, Zurückbleiben gegenüber Möglichkeiten ● Selbststeuerung: Die Person ist in der Lage, Ziele zu planen, zu wählen und zu implementieren. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß, in dem mangelnde Ausdauer und verminderte Frustrationstoleranz die Verfolgung von Zielen behindert – Erleben und Verhalten: plötzliche Stimmungseinbrüche, mangelnder Belohnungsaufschub, impulsives, aggressives Verhalten
<p>interpersonelles Funktionsniveau</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Interesse, Beziehungen zu anderen einzugehen: Die Person lebt in einem befriedigenden sozialen Netzwerk. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß der Isolation und des Desinteresses an anderen – Erleben und Verhalten: bevorzugt einzelgängerisches Verhalten, vermeidet soziale Kontakte, wirkt kühl ● Empathie: Die Person kann die Perspektive anderer verstehen und im eigenen Handeln berücksichtigen. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß von Egozentrizität, unfähig zum „Geben“ und zur Bindung – Erleben und Verhalten: egozentrisch, ausbeuterisch, nur auf eigenen Vorteil bedacht ● Fähigkeit zur Intimität: Die Person ist in der Lage enge, wechselseitig befriedigende Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß der Unfähigkeit, eine für beide Partner erfüllende und stabile Beziehung einzugehen – Erleben und Verhalten: keine oder instabile Partnerschaften ● Konfliktfähigkeit: Person kann Konflikte konstruktiv lösen <ul style="list-style-type: none"> – Ausmaß an Konflikten oder Konfliktvermeidung – Erleben und Verhalten: häufige, z. T. eskalierende Konflikte; Konfliktvermeidung verhindert das Durchsetzen eigener Ziele, unterwürfiges Verhalten

Persönlichkeitsstörungen in ihrer klinischen Bedeutung

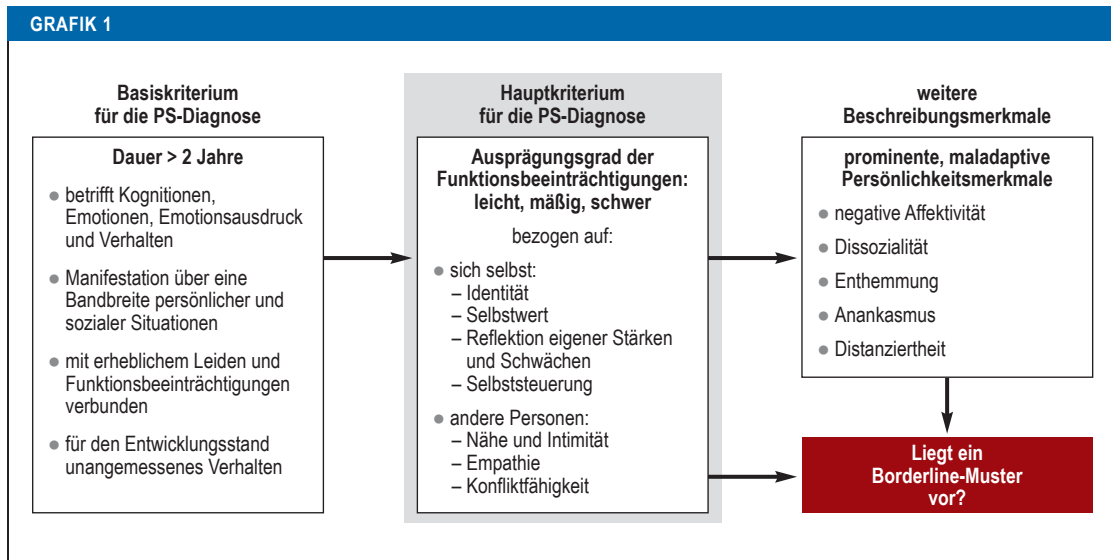
Mit einer 12-Monats-Prävalenz zwischen 10 % und 12 % in der Allgemeinbevölkerung (1) sind Persönlichkeitsstörungen für die Gesundheit des einzelnen Menschen, aber auch für die allgemeine Krankheitslast der Bevölkerung, ein wichtiger Faktor. Damit hängt das gesundheitliche Wohlbefinden dieser Patienten vor allem

von den Primärversorgenden ab, da Menschen mit Persönlichkeitsstörungen besonders häufig einen Arzt aufsuchen (2). Hierzu tragen auch die verbreitete Vereinsamung und Unselbstständigkeit bei. Die Beziehung zu Hausärztinnen und Hausärzten ist daher äußerst wichtig, was aber nicht vor Konflikten schützt, sondern im Gegenteil auch Konflikte begünstigen kann (3).

Eine Besonderheit bildet die Patientengruppe mit einem Borderline-Persönlichkeitsprofil. Bei ihr wurde in einer spanischen Studie eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doppelt so hohe Zahl an hausärztlichen Konsultationen festgestellt (4). Zudem sind auch die einzelnen Konsultationen oft komplexer und zeitintensiver (5). Die Ergebnisse einer britischen Studie zeigen eine geringere Adhärenz gegenüber ärztlichen Behandlungsempfehlungen und Beratungen zum Lebensstil (6). Häufig nehmen Betroffene viele Medikamente ein, obwohl nach den Leitlinien der Schwerpunkt der Behandlung auf der Psychotherapie liegen sollte (7). Besonders hervorzuheben ist die Polypharmazie hinsichtlich Psychopharmaka: Mehr als 80 % erhalten mehrere, im Durchschnitt 2,4 psychotrope Substanzen gleichzeitig (8).

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind Ärzten in der Notfallmedizin auch im Zusammenhang mit Suizidversuchen und Suiziden bekannt. Nach einer jüngst veröffentlichten australischen Studie werden 8,8 % aller Suizide von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen begangen (9). Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung lassen auf ein Lebenszeitrisiko von 4,5 % schließen, an einem Suizid zu versterben. Bei anderen Persönlichkeitsstörungen liegt das Risiko bei 1,4 % (10). Dabei kommt die Beurteilung der Suizidgefahr nicht nur auf Psychiaterinnen und Psychiater, sondern auch auf Hausärzte zu, zumal die Suizidgefahr bei diesen Patienten oft in Zusammenhang mit situativen Auslösern steht. Retrospektive Untersuchungen haben ergeben, dass sich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in den letzten Wochen vor ihrem vollendeten Suizid in nahezu 90 % der Fälle ärztlich vorgestellt hatten (9).

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, vor allem mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, zeigen eine hohe Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen: Auf die Lebenszeit bezogen leiden 70 % an Depressionen, 90 % an Angststörungen, 30 % an posttraumatischer Belastungsstörung, 20 % an Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und 50 % an Suchterkrankungen (10). In hausärztlichen Praxen stellen sie sich häufig wegen Schmerz- und Fatigue-Syndromen vor (11, 12). Daneben zeigen sie eine höhere Rate an somatischen Erkrankungen, vor allem kardiovaskulären Erkrankungen (für Alter, Geschlecht und soziodemografische Daten adjustierte Odds Ratios [OR] 2,78), arterieller Hypertonie (OR 1,86), Hirnsult (OR 1,89), Arthritis (adjustierte OR 2,38) sowie gastrointestinales (OR 2,31) Erkrankungen im Vergleich zu Patienten ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung (13). Das schlechtere körperliche Funktionsniveau ist dabei unabhängig von einer begleitenden Depression (7). Für Ärzte ist es



wichtig zu wissen, dass die zwischen 5,0 und 9,3 Jahren verminderte Lebenserwartung (14) trotz eines hohen Suizidrisikos vorwiegend auf natürliche Todesursachen zurückzuführen ist (11, 15).

Die mangelhafte körperliche Gesundheit ist vor allem durch unzureichende Selbstfürsorge (unter anderem werden Vorsorgeuntersuchungen selten wahrgenommen) und ungünstige Lebensstilfaktoren bedingt. In einer 6-jährigen Langzeitstudie zeigten nicht remittierte Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mehr ungesunde Verhaltensweisen wie exzessives Rauchen, vermehrter Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, tägliche Einnahme von Schlafmitteln und Überdosierung von Schmerzmitteln und benötigten mehr diagnostische Maßnahmen als remittierte Patienten (11). Menschen mit Persönlichkeitsstörungen müssen also besonders aufmerksam auf körperliche Erkrankungen untersucht und behandelt sowie zu Vorsorgeuntersuchungen motiviert werden.

Hausärzte sind auch in der Rolle als Familienärzte angesichts möglicher Folgen von Persönlichkeitsstörungen für das seelische und körperliche Wohlbefinden der Angehörigen und insbesondere der Kinder gefordert. Die reduzierte Empathie und Konfliktfähigkeit sowie eingeschränkte Selbstregulationsfähigkeit der Betroffenen führt häufig zu einem ungünstigen Elternverhalten und zu einem intrusiven, kontrollierenden Erziehungsstil (16). Die Studienlage bezieht sich vor allem auf Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen auch deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung der eigenen Kinder vorliegen (16, 17). Erste Studien lassen auch ein gehäuftes Vorkommen von Misshandlungen und Missbrauch vermuten (18, 19). Hinweisen auf Belastungen durch die Elternschaft oder Kindeswohlgefährdung sollte deshalb unbedingt nachgegangen werden, einschließlich Hausbesuchen und Angeboten zu entsprechenden Hilfen (20).

ICD-11-Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen

Mit Inkrafttreten der ICD-11-Klassifikation (Tabelle 1) zum 1. 1. 2022 wird eine neue Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen auf den Weg gebracht, die in Deutschland zeitlich versetzt (das Einführungsdatum ist noch nicht bekannt) zur Anwendung kommen wird. Die Kategorie der „schwierigen Persönlichkeit“ als einer schwächeren Ausprägungsform einer Persönlichkeitsstörung kann von allen Arztgruppen vergeben werden, um interaktionelles Problemverhalten als erschwerende Bedingung für die Gesundheit, aber auch den Kontakt mit dem (somatischen) Gesundheitssystem zu beschreiben. Die WHO-Arbeitsgruppe zur ICD-11 (21) verfolgt damit das Ziel, dass die mit der Patientenpersönlichkeit assoziierten Problemfelder breiter und bereits in der Primärversorgung erkannt werden, da sie – wie oben dargestellt – mit einem erhöhten Risiko für weitere psychische Erkrankungen sowie einem schlechteren körperlichen Gesundheitszustand und einer erhöhten Mortalität assoziiert sind (7, 15). Die Kategorie der „schwierigen Persönlichkeit“ soll es Ärzten gleichzeitig ermöglichen, die erschwerten Behandlungsbedingungen, beispielsweise den erhöhten zeitlichen Einsatz, zu kodifizieren.

Das Kernstück der ICD-11-Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen ist die dimensionale Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen, die näher als die bisherigen kategorialen Diagnosen an den Problemen und Fragen der Patienten konzipiert ist (Grafik 1). Zum einen beziehen sich die Fragen auf das eigene Selbst, etwa „Wie möchte ich mein Leben führen?“, „Erfahre ich genügend Beachtung und Wertschätzung durch andere?“ und „Kenne ich meine Stärken und Schwächen?“. Zum anderen wird nach den zwischenmenschlichen Beziehungen gefragt, beispielsweise „Kann ich befriedigende Beziehungen eingehen und aufrechterhalten?“, „Fühle ich mich genügend in ande-

TABELLE 2

Eigenschaften von prominenten Persönlichkeitsmerkmalen nach ICD-11

Merkmal	Eigenschaften
negative Affektivität	<ul style="list-style-type: none"> • große Bandbreite an negativen Emotionen in einer situativ unangemessenen Häufigkeit und Intensität (u. a. Angst, Depressivität, Furcht, Ärger, Feindseligkeit, Schuld und Scham etc.) • emotionale Labilität und Probleme der Emotionsregulation (gesteigerte Reagibilität gegenüber negativen Kognitionen sowie auf äußere Ereignisse hin; schaffen es nur schwer, ihr emotionales Gleichgewicht wieder zu erlangen, benötigen andere hierfür) • negativistische Haltungen (weisen Vorschläge in Erwartung negativer Konsequenzen zurück) • geringer Selbstwert und geringes Selbstvertrauen (Vermeidungsverhalten, Abhängigkeit von anderen, Selbstabwertung bis hin zu Suizidalität) • Misstrauen gegen andere
Distanziertheit	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Distanziertheit (Vermeidung von sozialen Beziehungen, Mangel an Freundschaft und Intimität) • emotionale Distanziertheit (Reserviertheit, Unnahbarkeit, reduzierter Gefühlsausdruck), Mangel an emotionaler Erfahrung und Freude
Dissozialität	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbezogenheit (Anspruchsverhalten; Meinung, nur das Beste zu verdienen; erwarten Bewunderung) • Mangel an Empathie (bis hin zu manipulativem, betrügerischem und ausbeuterischem Verhalten; Aggression bis hin zu Gewalt und Sadismus)
Enthemmung	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsivität (impulshaftes Verhalten, ohne Konsequenzen abzuwägen; Schwierigkeiten, Belohnungen aufzuschieben) • Ablenkbarkeit (wenig Ausdauer, wenig fokussiert, reagieren schnell mit Langeweile und Frustration) • Unverantwortlichkeit (unzuverlässig, lassen sich nicht zur Rechenschaft ziehen) • Rücksichtslosigkeit (lassen Vorsicht vermissen, überschätzen eigene Fähigkeiten, beachten keine Sicherheitsrisiken) • Mangel an Planung (fokussieren auf unmittelbare Gefühle, widmen sich wenig zukünftigen Zielen)
Anankasmus	<ul style="list-style-type: none"> • Perfektionismus (ausgeprägte Beschäftigung mit sozialen Regeln, Erwartungen und Normen; detailversessen, rigide Alltagsroutinen, unflexible Zeitplanung) • Beschränkung in Gefühlen und Verhalten (emotionaler Ausdruck wird rigide kontrolliert, stures Verhalten, Risiko wird vermieden), Perseveration und Absicherungsverhalten

re Menschen ein und verstehe ihre Perspektive?“ und „Bin ich in der Lage, Konflikte zu lösen?“. In der Diagnostik werden mithilfe eines dreistufigen Schweregrades (leicht, mäßig, schwer) das Ausmaß und der Durchdringungsgrad der Dysfunktionen beurteilt. Es wird erhoben, wie sie im Verhalten, in den Emotionen und Denkmustern der Betroffenen zum Ausdruck kommen und ob sie sich nur in umschriebenen oder in allen Lebensbereichen zeigen. Diese Art der Diagnostik, die in ihren Details in *Tabelle 1* dargestellt ist, könnte zur Entstigmatisierung der Patienten beitragen – im Vergleich zu den traditionellen Persönlichkeitsstörungska-

tegorien der ICD-10, die tendenziell negativ belegt sind: histrionische, narzisstische, zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Entstigmatisierend wirkt auch die Aufgabe des Stabilitätskriteriums, das durch das Zeitkriterium „Störung soll seit mindestens seit zwei Jahren bestehen“ ersetzt wird. Zudem können Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nun ab dem 15. Lebensjahr vergeben werden, um eine frühzeitige, passgenaue Behandlung zu ermöglichen. Für Betroffene eröffnet sich damit auch eine größere Chance für Veränderung. *Grafik 1* zeigt ein Schema für das diagnostische Vorgehen gemäß der ICD-11-Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen. Der Schweregrad kann optional durch fünf prominente Persönlichkeitsmerkmale ergänzt werden. Im Einzelnen handelt es sich dabei – abgeleitet aus dem 5-Faktorenmodell der Persönlichkeit – um „negative Affektivität“, „Distanziertheit“, „Dissozialität“, „Enthemmung“ und „Anankasmus“ (*Tabelle 2*).

Allein die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann zusätzlich zum Schweregrad als Muster mit den prominenten Merkmalen „affektive Instabilität“, „impulsives Verhalten“, „selbstverletzendes und suizidales Verhalten“, „intensive Ärgergefühle und -ausbrüche“, „instabiles Identitätsgefühl“, „Leeregefühle“ sowie „dissoziative Erlebnisweisen“ und damit ähnlich wie im DSM-5 kodifiziert werden. Diese Sonderlösung erfolgte zur Sicherung der Versorgung, weil für die Borderline-Persönlichkeitsstörung mehrere wirksame störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsprogramme verfügbar sind.

Diagnostische Tools in der Primärversorgung

Die Funktionsbeeinträchtigungen, die zur Schweregraddiagnose führen (*Tabelle 1*), können mit den neun Items des „Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder“ (SAS-PD) (22) genau erfasst werden. Eine deutsche Version des SAS-PD liegt bereits vor (23) (*eFragebogen*). Jedoch ist dieses Instrument bei noch nicht ganz zufriedenstellenden Gütekriterien nur für eine erste diagnostische Einschätzung geeignet, und für die schwere Persönlichkeitsstörung liegt noch kein Schwellenwert vor (24).

Wenn eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung geprüft werden soll, ist eine umfassendere Diagnostik durch Fachärzte oder Psychotherapeuten notwendig, die das „Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5“ (STiP-5.1) (25) einschließt. Für dieses Assessment gibt es auch eine deutsche Version, sie ist aber noch nicht auf ICD-11 ausgelegt, sondern orientiert sich an dem verwandten „Alternativen DSM-5-Modell“.

Besonderheiten im ärztlichen Patientengespräch

Die dargestellten interpersonellen Probleme (*Tabelle 1*) erschweren auch die Kommunikation in der Behandlungsbeziehung. Wegen ihrer Besonderheiten treffen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht nur in ihrer Lebenswelt, sondern auch im Bereich des Gesundheitswesens auf Skepsis und Stigmatisierung. Verstärkt wird dies durch die pessimistische Einstellung der Be-

handelnden gegenüber der Wirksamkeit der Behandlungsoptionen. Besonders verbreitete Vorurteile sind, dass sie manipulativ sind, sich nicht helfen lassen wollen, nicht krank sind und weniger der medizinischen Hilfe bedürfen (26). Von Ring und Lawn (27) als „diagnosis of exclusion“ benannt, tragen diese Stigmata zu Gefühlen der Hilflosigkeit und zur Entmutigung von Betroffenen und Behandelnden bei. Zudem können sie die Qualität und Quantität der somatischen Behandlung einschränken und damit zu iatrogenen Schäden führen (26, 28).

Um dem entgegenzuwirken, können Behandelnde dazu beitragen, in einem ersten Schritt die eigene Haltung gegenüber Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen und anzuerkennen, dass es sich um Erkrankungen handelt. Als hilfreich erweist sich das Wissen um veränderte Stress-Biomarker und Normabweichungen in der Hirnstruktur und Hirnfunktion Betroffener (10). Dagegen verhindert ein Vorenthalten der Diagnose oder eine alleinige Fokussierung auf Komorbiditäten den Zugang zu Therapieoptionen. Wichtig ist deshalb eine offene, authentische und empathische Kommunikation mit den Betroffenen, in der keine spezifische Diagnose (zum Beispiel narzisstische Persönlichkeitsstörung) mehr genannt wird, sondern die Art und Schwere der Auswirkungen des Persönlichkeitsstils auf das eigene Selbst thematisiert und die Kosten, die ein schwieriger Interaktionsstil für Betroffene mit sich bringt, erklärt werden.

Für eine empathische und zielführende Kommunikation ist es hilfreich, ein Bewusstsein für die typischen interpersonellen Herausforderungen zu entwickeln. Die Checkliste im *Kasten* bietet die Möglichkeit, das eigene Verhalten mit den Empfehlungen zu vergleichen. Die dort aufgelisteten Hinweise dienen dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, aber auch der Selbstfürsorge und Psychohygiene der Behandelnden (29).

Ein anschauliches Erklärungsmodell, um die Entstehung und Aufrechterhaltung von charakteristischen interpersonellen Problemen bei diesen Patienten zu verstehen und ihnen angemessen in der alltäglichen Konsultation zu begegnen, ist das „motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell“ (MIIM) (30) (3). Folgende Annahmen liegen ihm zugrunde:

- Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben aufgrund ihrer Lebenserfahrung kognitive Schemata entwickelt, mit denen sie die Welt wahrnehmen und interpretieren. Diese Schemata waren vermutlich früher funktional, haben sich aber im Verlauf dysfunktional entwickelt und sind in der aktuellen Lebenssituation maladaptiv.
- Die kognitiven Schemata, die in einem engen Zusammenhang mit Kernmotiven stehen, wirken als „Filter“, durch den diese Menschen ihre soziale Umwelt wahrnehmen und erleben. Hierdurch wird das eigene Verhalten gesteuert.
- Das Erleben zwischenmenschlicher Interaktionen und die entsprechenden Kernmotive haben eine handlungsleitende Funktion und können das interpersonelle Verhalten erklären. Handeln und Ver-

KASTEN

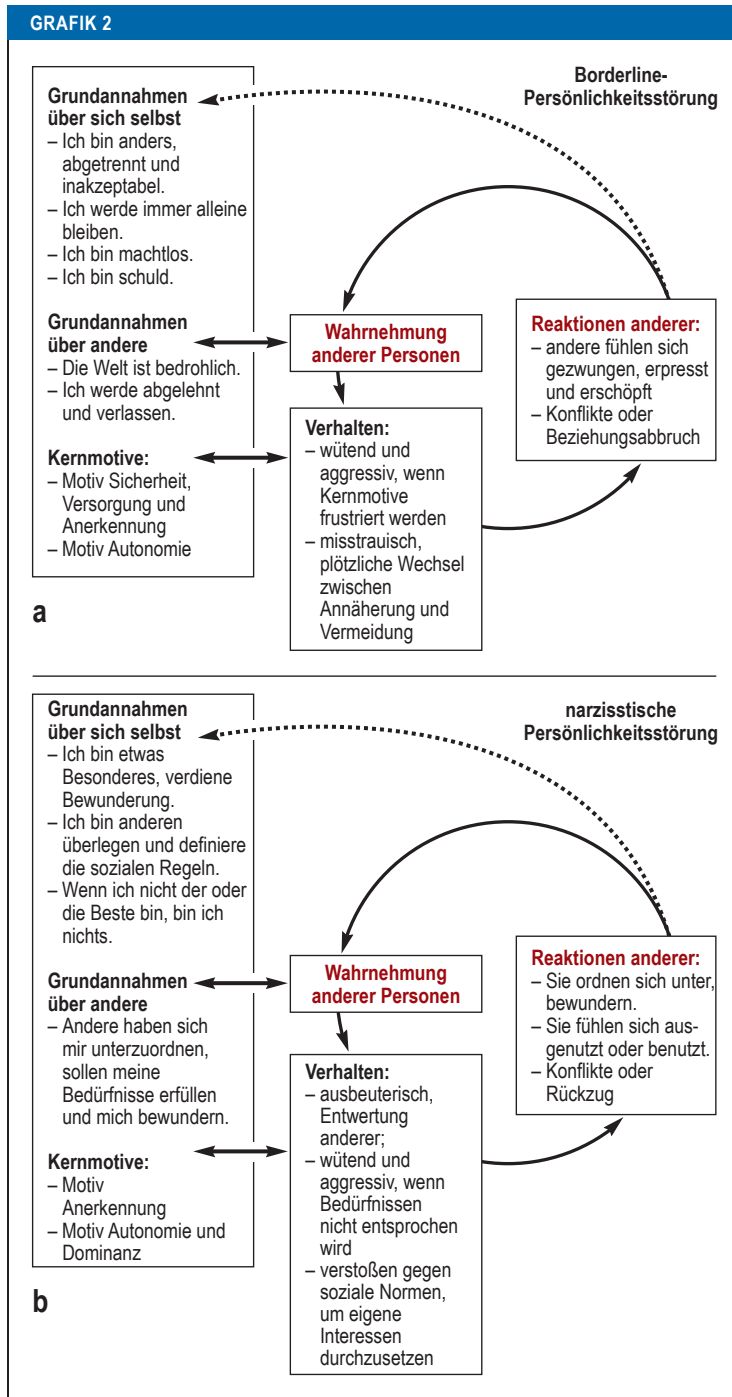
Checkliste mit 10 Hinweisen für den ärztlichen Umgang mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

- Eine klare, authentische, nicht bewertende Kommunikation durch Sie und Ihr Behandlungsteam fördert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit den Patienten. Tauschen Sie sich im Behandlungsteam aus.
- Planen Sie regelmäßige, zeitlich begrenzte Besuche, die nicht davon abhängen, ob gerade eine Krise vorliegt oder – im Falle einer Somatisierungsneigung – die Patienten „krank“ sind.
- Wenn Sie vermuten, dass Gefühle wie Angst vor Verlassenwerden, Wut oder Scham hinter schwierigem Verhalten stehen, benennen Sie diese und fragen nach ob, dies der Fall ist.
- Wenn die Patienten Ihnen skeptisch, prüfend und besonders empfindsam begegnen, denken Sie daran, dass sie in ihren Lebensgeschichten oft Ablehnung, Missbrauch und Vernachlässigung erlebt haben.
- Setzen Sie zu Beginn der Behandlungsbeziehung klare Grenzen und reagieren Sie nicht auf Versuche der Patienten, diese Grenzen zu überschreiten, es sei denn, es handelt sich um einen echten Notfall.
- Sollten mehrere an der Behandlung beteiligt sein, machen Sie die offene Kommunikation untereinander gegenüber den Patienten zur Behandlungsbedingung.
- Vermeiden Sie Polypharmazie und großvolumige Verschreibungen potenziell toxischer (zum Beispiel trizyklischer Antidepressiva) oder suchtmachender Medikamente, vor allem Tranquilizer, und informieren Sie die Patienten frühzeitig über dieses Vorgehen.
- Unterstützen Sie die Patienten bei der Suche nach Lösungen für Probleme, geben Sie ihnen dabei ruhig und mitfühlend die Hauptverantwortung für die Problemlösung. Ermutigen Sie die Patienten, überschaubare kurzfristige Ziele zu identifizieren.
- Im Falle häufiger Krisen entwickeln und vereinbaren Sie einen „Krisenmanagementplan“, gegebenenfalls unter Einbeziehung weiterer Behandler. Bieten Sie ein ausreichendes Maß an Flexibilität und vermeiden Sie rigide Regeln.
- Lassen Sie sich nicht von übermäßigem Lob beeindruckt, aber auch nicht von übermäßig scharfer Kritik entmutigen.

halten werden durch drei wesentliche Aspekte bestimmt: Grundannahmen über sich selbst (Selbstbild), Grundannahmen über andere (Fremdbild) und die Kernmotive für interpersonelles Verhalten (Interaktion). Alle sind hilfreiche Ausgangspunkte psychotherapeutischer Interventionen. *Grafik 2* soll dies am Beispiel zweier Persönlichkeitsstörungen erklären, die Ärzte besonders herausfordern.

Therapie

Die Evidenzlage zur Wirksamkeit von Psychotherapien bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist insgesamt ermutigend (31). Evidenzbasierte, strukturierte, störungsorientierte Psychotherapieprogramme liegen allerdings nur für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor (3); sie fehlen beispielsweise für die



Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) zur Aufrechterhaltung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (a) und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (b). (b aus: Renneberg B, Herpertz SC: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2021 [3]; Abdruck mit freundlicher Erlaubnis des Hogrefe Verlags)

narzisstische Persönlichkeitsstörung. Psychosoziale Interventionen bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigen keine hinreichende Evidenz für Wirksamkeit und klinische Brauchbarkeit (32).

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische und psy-

chodynamische Psychotherapiemanuale vor (33). Wenn der primäre Fokus auf der Reduzierung selbstverletzenden oder suizidalen Verhaltens liegt, bietet sich vor allem die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) (34) und die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) (35) als Einzel- und Gruppentherapie an. „Dialektisch-behavioral“ leitet sich aus der therapeutischen Haltung in der DBT ab, eine Balance zwischen Verstehen und Respektieren eines Problems und dessen Veränderung anzustreben. Es werden gezielt diejenigen Problembereiche bearbeitet, die in direktem Zusammenhang mit Schwierigkeiten in der Verhaltenskontrolle und Emotionsregulation stehen. Konkrete Fertigkeiten werden eingeübt. In der MBT als psychodynamische Therapie liegt der Schwerpunkt darauf, eigenes Erleben in einen verstehenden Zusammenhang zu stellen und die Emotionen, Gedanken und Motive anderer besser zu erkennen und zu verstehen.

In einer Metaanalyse, die ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien einschloss, wurden mäßige Effektstärken bezüglich Borderline-relevanter Merkmale unter DBT ($g = 0,34$; 95%-Konfidenzintervall: [0,15; 0,53]) und unter psychodynamischer Therapie ($g = 0,41$; [0,12; 0,69]) berichtet (33). Etwas höhere Effekte fanden sich für die antisuizidale Wirkung ($g = 0,44$; [0,15; 0,74]). Da eine überzeugende Evidenz für die Wirksamkeit von Psychopharmaka fehlt, eignen sich medikamentöse Interventionen nicht als primäre Therapie (36). Es kann lediglich ein zeitlich begrenzter Einsatz von Medikamenten erwogen werden, um umschriebene Symptome (zum Beispiel Schlafstörungen, Angespanntheit) zu behandeln.

Wenn eine mäßige bis schwere Persönlichkeitsstörung vorliegt, sollte eine fachärztliche beziehungsweise fachpsychotherapeutische Vorstellung durch den Hausarzt zur detaillierten Diagnostik und Einleitung einer Psychotherapie vermittelt werden. Im Falle einer interdisziplinären Behandlung wird ein regelmäßiger Austausch unter allen beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten empfohlen. Dabei ist der primäre, die Gesamtbehandlung koordinierende behandelnde Arzt festzulegen, zumal Patienten häufig mehrere Ärzte gleichzeitig konsultieren. Auch sind Angehörige, wenn immer möglich, einzubeziehen. Gleichaltrige Bekannte („peers“) können ebenfalls wertvolle Aufgaben als Teil des Versorgungsteams übernehmen.

Schlussfolgerungen

Die dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11 könnte die Kommunikation mit betroffenen Patienten erleichtern, indem sie weniger auf ein diagnostisches Label setzt, sondern darauf, den Gesprächszugang zu selbst erlebten Funktionsbeeinträchtigungen der Patienten zu erleichtern. Eine nicht bewertende ärztliche Kommunikation kann so einen Weg eröffnen, der Änderungsmotivation erzeugt, weil Patienten die persönlichen Nachteile erahnen, die ihr Persönlichkeitsstil mit sich bringt. Eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung, die das hohe Gefährdungs-, aber auch Stigmatisierungspotenzial dieser Patienten-

gruppe berücksichtigt, sichert die Versorgung derjenigen, die eine erhöhte somatische Krankheitslast und Mortalität aufweisen, und kann den häufig notwendigen Weg in eine Psychotherapie ebnen.

Interessenkonflikt

Prof. Herpertz erhält im Rahmen des vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst des Landes Baden-Württemberg geförderten Kompetenznetzwerks Präventivmedizin BW Zuwendung für die Entwicklung eines Skill-labs für Hausärzte. Sie war als Präsidentin der International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD) zwischen 2015 und 2017 Mitglied einer Beratergruppe der WHO zur ICD-11 Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. Unterstützung für Studien zum Gebiet der Persönlichkeitsstörungen erhielt sie von DFG, BMBF und EU.

Prof. Renneberg erhielt Honorare für eine Autoren- bzw. Co-Autorenschaft im Rahmen einer Publikation, bei der ein Bezug zum Thema besteht vom Hogrefe Verlag. Kongressgebühren und Reisekosten wurden für sie übernommen von der European Society for the Study of Personality Disorders. Für Vorträge wurde sie honoriert von verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsinstituten. Studienunterstützung wurde ihr zuteil vom BMBF, Verbundforschungsprojekt ProChild.

Die übrigen Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 21. 6. 2021, revidierte Fassung angenommen: 4. 10. 2021

Literatur

1. Volkert J, Gablonski TC, Rabung S: Prevalence of personality disorders in the general adult population in western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018; 213: 709–15.
2. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 553–64.
3. Renneberg B, Herpertz SC: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2021.
4. Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL: Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit* 2013; 27: 171–4.
5. Wlodarczyk J, Lawn S, Powell K, et al.: Exploring general practitioners' views and experiences of providing care to people with borderline personality disorder in primary care: a qualitative study in Australia. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15.
6. Sansone RA, Bohinc RJ, Wiederman MW: Borderline personality symptomatology and compliance with general health care among internal medicine outpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015; 19: 132–6.
7. Powers AD, Oltmanns TF: Personality disorders and physical health: a longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-aged adults. *J Pers Disord* 2012; 26: 524–38.
8. Magni LR, Ferrari C, Barlati S, et al.: Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder: a pilot observational study in a real-world setting. *Psychiatry Res* 2021; 295: 113556.
9. Broadbear JH, Dwyer J, Gueja L, Rao S: Coroners' investigations of suicide in Australia: the hidden toll of borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2020; 129: 241–9.
10. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC: Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4: 18029.
11. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC: The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1499–506.
12. Doering S: Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med* 2019; 81: 584–94.
13. El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J: Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosom Med* 2010; 72: 641–7.
14. Jacobi F, Grafiadeli R, Volkman H, Schneider I: [Disease burden of borderline personality disorder: cost of illness, somatic comorbidity and mortality]. *Der Nervenarzt* 2021; 92: 660–9.
15. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F: Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 405–11.

16. Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS: Parenting and personality disorder: an overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One* 2019; 14: e0223038.
17. Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F: A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016; 47: 85–105.
18. Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S: Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health* 2015; 18: 67–75.
19. Dittrich K, Boedeker K, Klucznik D, et al.: Child abuse potential in mothers with early life maltreatment, borderline personality disorder and depression. *Br J Psychiatry* 2018; 213: 412–8.
20. MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care: Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 2000; 163: 1451–8.
21. Tyrer P, Crawford M, Sanatina R, et al.: Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personal Ment Health* 2014; 8: 254–63.
22. Munjiza J, Britvic D, Radman M, Crawford MJ: Severe war-related trauma and personality pathology: a case-control study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 100.
23. Rek K, Thielmann I, Henkel M, et al.: A psychometric evaluation of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD) in nonclinical and clinical German samples. *Psychol Assess* 2020; 32: 984–90.
24. Olajide K, Munjiza J, Moran P, et al.: Development and psychometric properties of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *J Pers Disord* 2018; 32: 44–56.
25. Zettl M, Taubner S, Hutsebaut J, Volkert J: [Psychometric evaluation of the German version of the semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STIP-5.1)]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; 69: 499–504.
26. Sheehan L, Niewegowski K, Corrigan P: The stigma of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 11.
27. Ring D, Lawn S: Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *J Ment Health* 2019: 1–21.
28. Gamlin C, Varney A, Agius M: Emotionally unstable personality disorder in primary care: a thematic review and novel toolkit. *Psychiatr Danub* 2019; 31: 282–9.
29. Dubovsky AN, Kiefer MM: Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am* 2014; 98: 1049–64.
30. Fydrich T: Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell für die kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen (MIIM). *Psychotherapie* 2001; 6: 247–55.
31. Collins A, Barnicot K, Sen P: A systematic review and meta-analysis of personality disorder prevalence and patient outcomes in emergency departments. *J Pers Disord* 2020; 34: 324–47.
32. Hatchett G: Treatment guidelines for clients with antisocial personality disorder. *JMHC* 2015; 37: 15–27.
33. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P: Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 319–28.
34. Bohus M: Borderline-Störung: Hogrefe Verlag; 2019.
35. Taubner V, Fonagy P, Bateman AW: Mentalisierungs-basierte Therapie: Hogrefe Verlag; 2019.
36. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD005653.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
 Klinik für Allgemeine Psychiatrie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Voßstr. 4, 69115 Heidelberg
 sabine.herpertz@med.uni-heidelberg.de

Zitierweise

Herpertz SC, Schneider I, Renneberg B, Schneider A: Patients with personality disorders in everyday clinical practice—implications of the ICD-11. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 1–7.
 DOI:10.3238/arztebl.m2022.0001

► Die englische Version des Artikels ist online abrufbar unter:
www.aerzteblatt-international.de

[Zusatzmaterial](#)
[eFragebogen](#)

www.aerzteblatt.de/m2022.0001 oder über QR-Code

