Universität Regensburg

CAPSci
CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY SCIENCE REGENSBURG

medbo®

KJPP

Entwicklungspfade von Persönlichkeitsstörungen

Prof. Dr. med. Romuald Brunner

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg

adidas

Adoleszenz

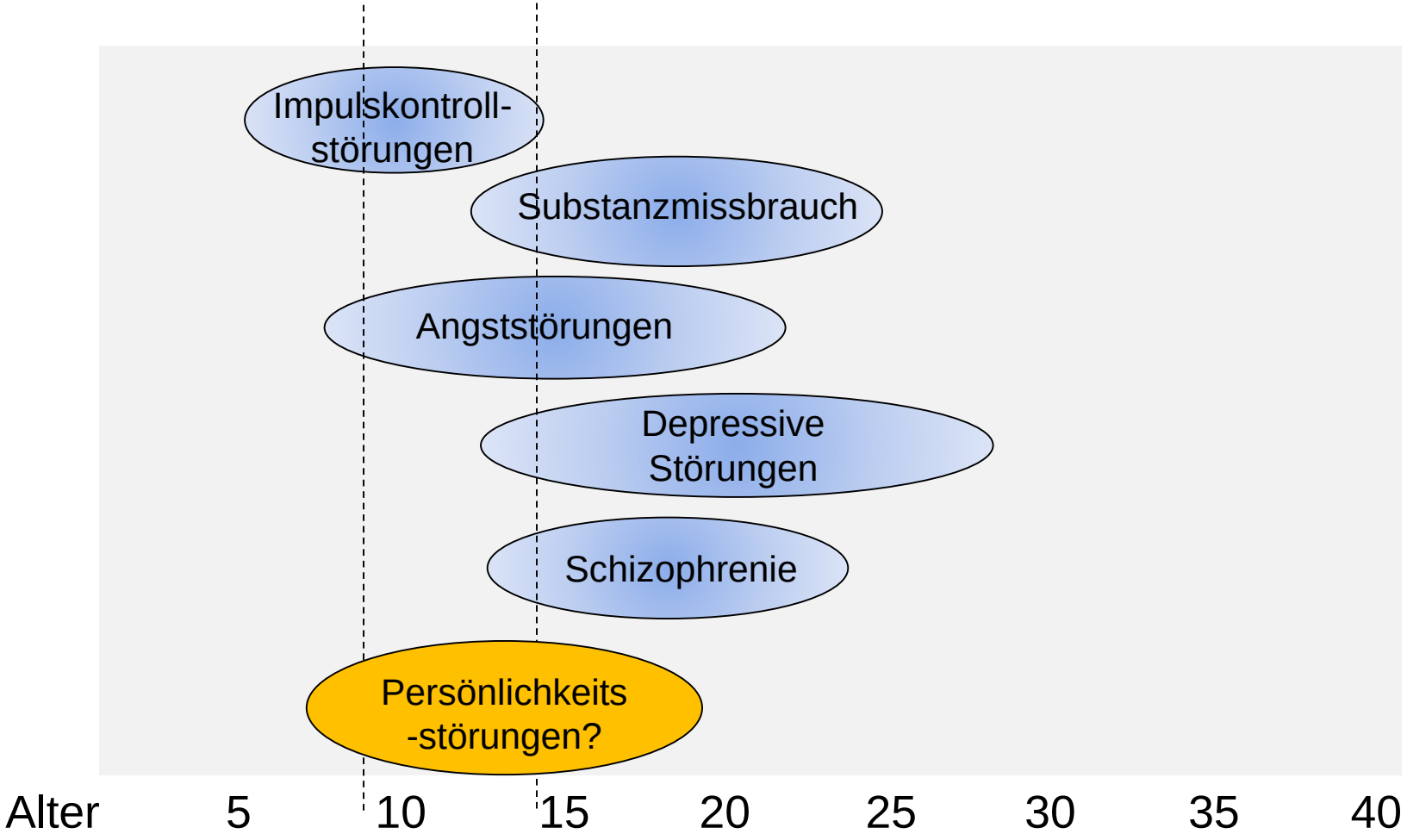
Vorpubertät - Pubertät

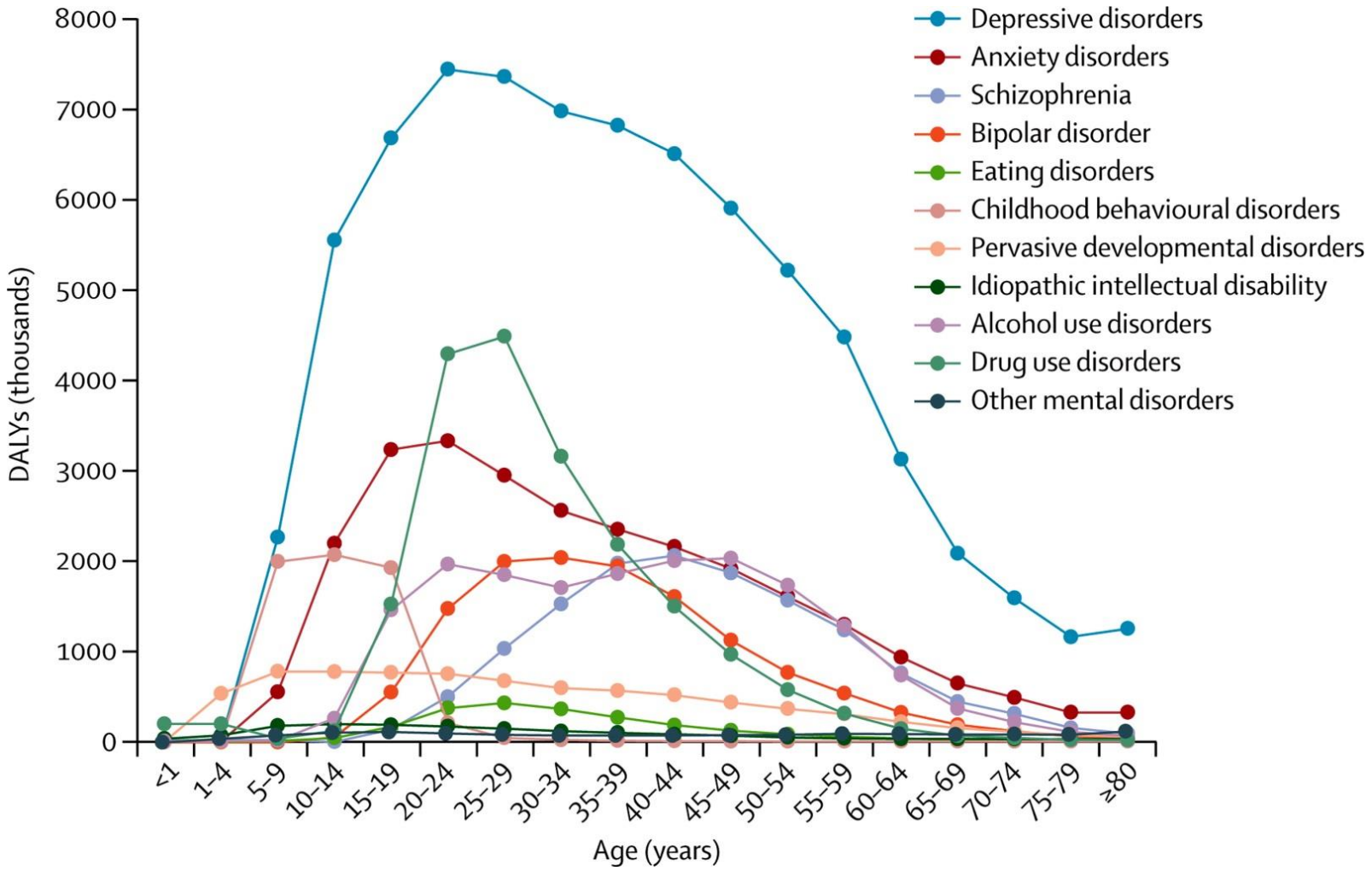
Hälfte aller psychiatrischen Erkrankungen beginnen um das 14. Lebensjahr

Altersmedian für Angststörungen und Impulskontrollstörungen 11 Jahre

Kessler et al. (2005) JAMA Psychiatry

Auftreten von psychiatrischen Störungen





WHO‘s Global Burden of Disease study; Gore et al., 2011, Lancet

Warnzeichen für eine mögliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus?

- Repetitives selbstverletzendes Verhalten und Selbstmordversuche
- Impulsive Risikoverhaltensweisen (z.B. Alkoholexzesse, Drogenmissbrauch, riskantes Sexualverhalten)
- Mischung aus einem hohen Niveau von internalisierenden (Depression, Angst) und externalisierenden Symptomen (Verhaltensprobleme, Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörungs-Symptome)
- Häufige Wutausbrüche und störendes Verhalten
- Häufige zwischenmenschliche Problemen und Konflikte (einschließlich instabiler Beziehungen)
- Sehr geringes Selbstwertgefühl, Identitätsunsicherheiten, fehlende Zielorientierung im Leben

Kaess, Brunner, Chanen (2014) Pediatrics

Entwicklungspsychopathologisches Modell

Resch, 1996

Entwicklungspsychopathologisches Modell adoleszentären Risikoverhaltens

Biologische Reifung, Hirnreifung, Genetik

Kognitiver Stil
(Egozentrismus, Kontrollüberzeugung, Risikoeinschätzung)

Selbstkonzept
(Selbstwert, Identität)

Bindung

Temperament
Persönlichkeit
(Sensationslust, Neugierverhalten, Impulsivität)

Peergroup
(Alter, Werte, Verhalten)

Eltern
(Verfügbarkeit, Kontrolle, Unterstützung, Familienklima)

Lebensereignisse
(Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung)

Gesellschaftliche Toleranz und soziale Bewertung, Medien

Risikoverhalten

Resch, 1997

Entwicklungspfade vs. Statische Persönlichkeitsmodelle

Entwicklungspsychopathologische Pfade integriert

- Kind- und umweltbezogene Schutz- und Risikofaktoren
- Merkmale des Temperamentes
- Neurobiologische Marker
- Transaktionale Zusammenhänge der Einzelfaktoren

Entwicklungsdynamische Sichtweise

- Wechselwirkung der sozio-emotionalen Flexibilität und Selbstregulationsfähigkeit eines Individuum
- Selbstregulation mit zunehmenden Alter reduziert Fremdregulation
- stabilisierende habituelle Persönlichkeitsmuster entstehen im Wechselspiel der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben
- Im weiteren Verlauf prägen soziale Normen, Werte und persönliche Zielvorstellungen den selbstregulatorischen Prozess
- Ich-Flexibilität und Ich-Kontrolle zur Selbstregulations-/Anpassungsfähigkeit

Persönlichkeitsmodelle der gesamten Lebensspanne

- Empirisch gesicherte Veränderbarkeit von Persönlichkeitszügen

Meier et al., 2022

Definition der Persönlichkeitsstörung in der ICD-11

Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Beeinträchtigungen von Selbstaspekten

- z. B. Identität, Selbstwertgefühl, Genauigkeit der Selbstwahrnehmung, Selbstlenkungsfähigkeit
- und/oder interpersoneller Dysfunktion (z. B. Fähigkeit, enge und befriedigende Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, die Sichtweisen anderer zu verstehen und Konflikte in Beziehungen zu bewältigen),
- die über einen längeren Zeitraum (z. B. 2 Jahre oder länger) bestanden haben

Die Störung manifestiert sich in spezifischen Mustern von Kognitionen, emotionalem Erleben, emotionalem Ausdruck und Verhaltensweisen,

- die maladaptiv (z. B. unflexibel oder schlecht reguliert) sind
- und sich in unterschiedlichen persönlichen und sozialen Lebenssituationen manifestieren (d. h. nicht nur in spezifischen Beziehungen oder sozialen Rollen).

Übersetzung durch Schmeck und Kaess, 2024 nach WHO 2019

Mütter mit einer BPS und ihre Kinder

- Emotionale Dysregulation bei Müttern mit BPS oder BPS-Merkmalen korreliert mit
  - häufigerem strafenden Erziehungsverhalten und erhöhtem Aggressionspotential Kleinstkindern gegenüber
  - eingeschränkter Fähigkeit Emotionen und Intentionen ihrer Kinder zu verstehen und richtig zu interpretieren
  - In Folge emotionaler Instabilität, eingeschränkter Selbstregulation und Ärgerkontrolle bei deren Kindern im Jugendalter

Florange u. Herpertz, 2019

Affekt- und Mentalisierungsentwicklung

Resonanz
Spiegelung
Als-ob-Qualität des Gespiegelten

Sicher gebundene Kinder
lernen Gefühle, Gedanken zu benutzen und lassen ihre Reaktionen davon bestimmen
Können Gefühle benennen und haben Verständnis für innere Zustände

Konstitutionelles Selbst

Frühe Bezugsperson

psychologisches Selbst

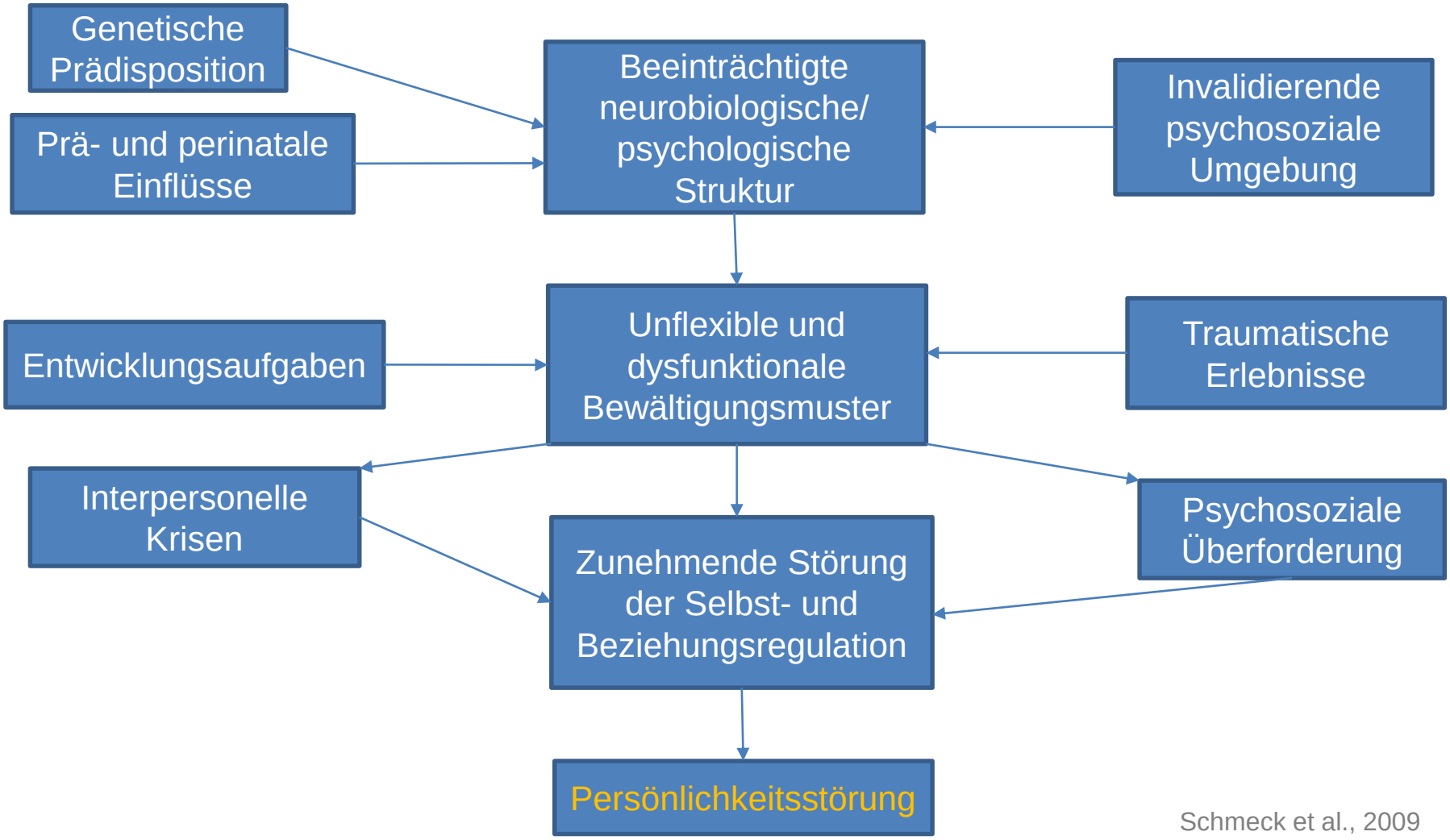
Mangelnde En- und Dekodierung
Intrusion
Trauma

Mentalisierungsdefizit

Unsichere Bindung
ambivalent-verstrickter Typ
unsicher-vermeidender Typ
desorganisierten Typ

Schmeck et al., 2009

Störung der Persönlichkeitsentwicklung



Schmeck et al., 2009

Prädiktoren der Resilienz im Jugendalter (Masten, 2004)

- Ein oder mehr effektiver Elternteil
- Bindungen an andere kompetente und fürsorgende Erwachsene
- Problemlösungsfähigkeiten (exekutive Funktionen)
- Effektive Emotions- und Verhaltensregulation
- Positive Selbstwahrnehmung (Selbstwirksamkeit, Wertschätzung)
- Sinngehalt des Lebens
- Durch Gesellschaft gewertschätzte Attribute (z. B. Talente, Attraktivität)
- Prosoziale Freunde
- Soziökonomische Vorteile
- Effektive Schullaufbahn/bindung
- Effektives Gemeinschaftswesen (Sicherheit, soziale Infrastruktur)

Borderline-Störung als klinisches Problem

- Komplexe und wechselnde Symptomatik
- Permanente Krise des Patienten/suizidale Impulse/Handlungen
- Selbstbeschädigungsverhalten
- Auswahl des Settings
- unzureichend spezifizierte Therapiekonzepte

Borderline-Störung als wissenschaftliches Problem

- Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter sinnvoll und möglich?
- Diagnosekriterien vom Erwachsenenalter auf das Jugendalter übertragbar?
- Validität und Stabilität der Diagnose fraglich
- Unzureichende Forschungsergebnisse

Probleme der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

- Achse-I-Störungen wie Verhaltensstörungen, Angststörungen, depressive Störungen
  - erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter (Kasen et al., 1999)
  - Unabhängig von einer bereits vorliegenden Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz
- Persönlichkeitsstörungen als Anpassungsreaktion auf Belastungen durch das Erleiden von Achse-I-Störungen?

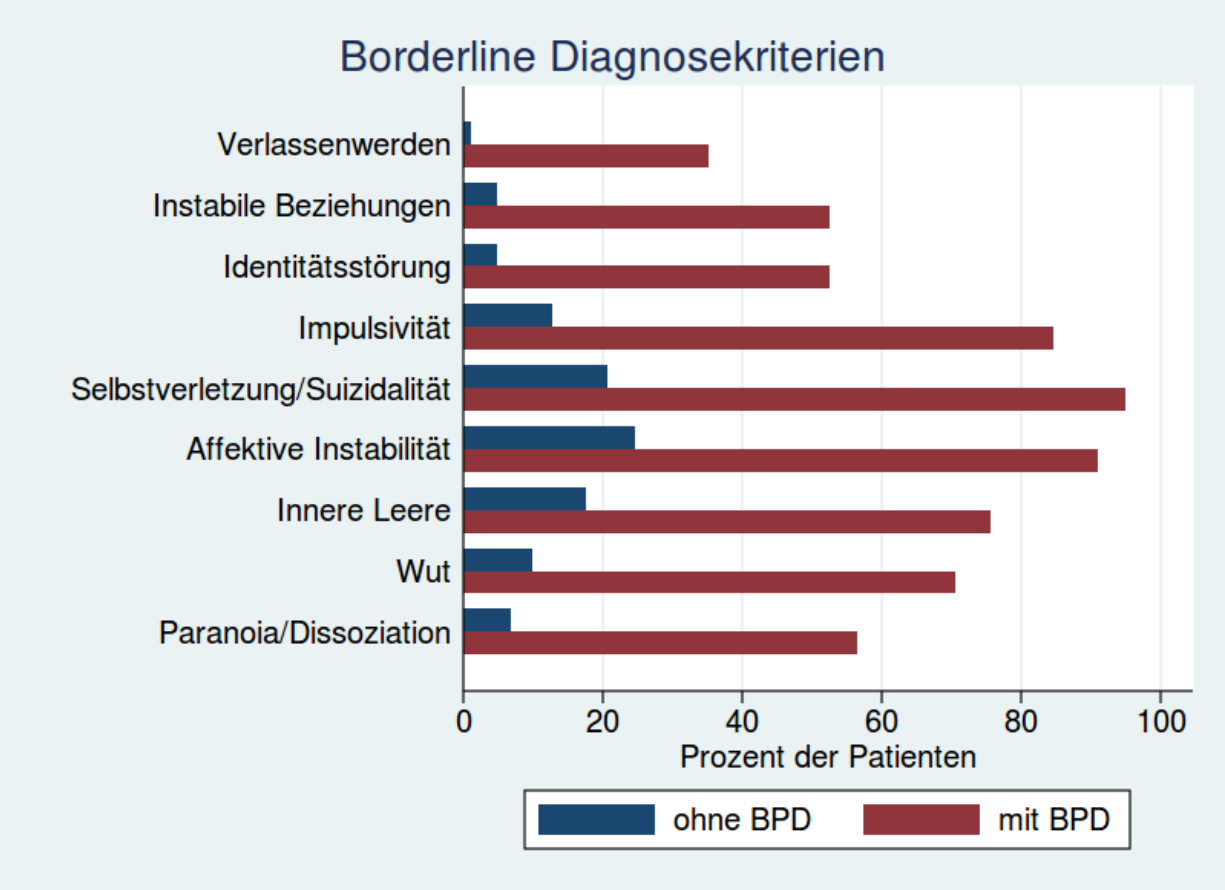
Die Borderline-Störung...

- beginnt in der Kindheit und manifestiert sich in der Jugend oder dem jungen Erwachsenenalter (DSM/ICD-10).
- Zeitkriterium im DSM/ICD: 2-Jahres-Stabilität
  - Problem State/Trait-Artefakte
- Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen vor dem 16. oder 17. Lebensjahr “wahrscheinlich unangemessen”, aber möglich (ICD-10)
- Neue Entwicklungen im DSM-5 u. ICD-11
  - Kein Alterskriterium mehr: Lebenspannenperspektive
  - Auflösung kategorialer Diagnosen zugunsten dimensionalem Ansatz
  - Sonderfall: Borderline-Persönlcihkeitsstörung (spezifische Kriterien erhalten geblieben (“Borderline-Pattern”)

Leitsymptomatik der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (BPS)

Emotions- u. Impulskontrolle	Extreme Stimmungsschwankungen Gefühle innerer Leere Unkontrollierbare Wut Angst vor dem Alleinsein
Verhalten	Selbstschädigung/Selbstverletzung/Suizidalität Intensive und schnell abbrechende Beziehungen
Kognition/Denkstil	Entwertung, Idealisierung Instabiles Selbstbild, geringer Selbstwert Schnell wechselnde persönliche Ziele Paranoide Gedanken
Wahrnehmung	Halluzinationen Entfremdungserleben unter Stress

Häufigkeit erfüllter Diagnosekriterien einer BPS in einer klinischen Stichprobe

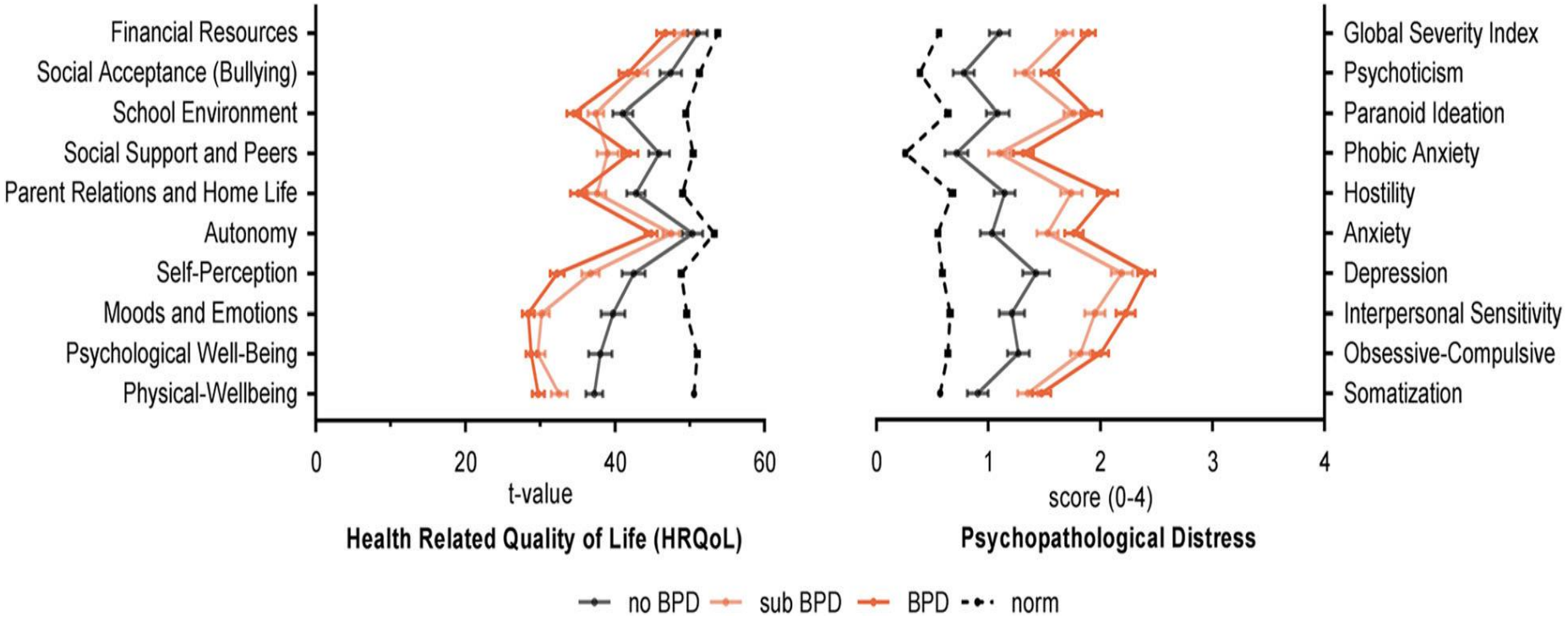


Alter = 16.0 (SD = 1.5), N_{BPS-} = 102, N_{BPS+} = 78

Kaess, Brunner et al. (2012)

Allgemeine Psychopathologie und Lebensqualität

Vollbild vs. subsyndromaler BPS



Kaess, Fischer-Waldschmidt et al. (2017)

Heidelberger Schulstudie

(Haffner, Parzer, Steen, Roos, Klett, Resch, 2007)

- Kooperationsstudie: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Universitätsklinikum Heidelberg, Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises, Pädagogische Hochschule Heidelberg
- Befragung der Schüler/innen der 9. Klassenstufe aller Förder-, Haupt-, Realschulen und Gymnasien im Rhein-Neckar-Kreis (September 2004 bis Januar 2005)
- 116 von insgesamt 121 Schulen, 95,5% Rücklauf
- N = 5832
- Mädchen 49,1%, Jungen 50,9%
- Alter: 15,2 Jahre

Heidelberger Schulstudie

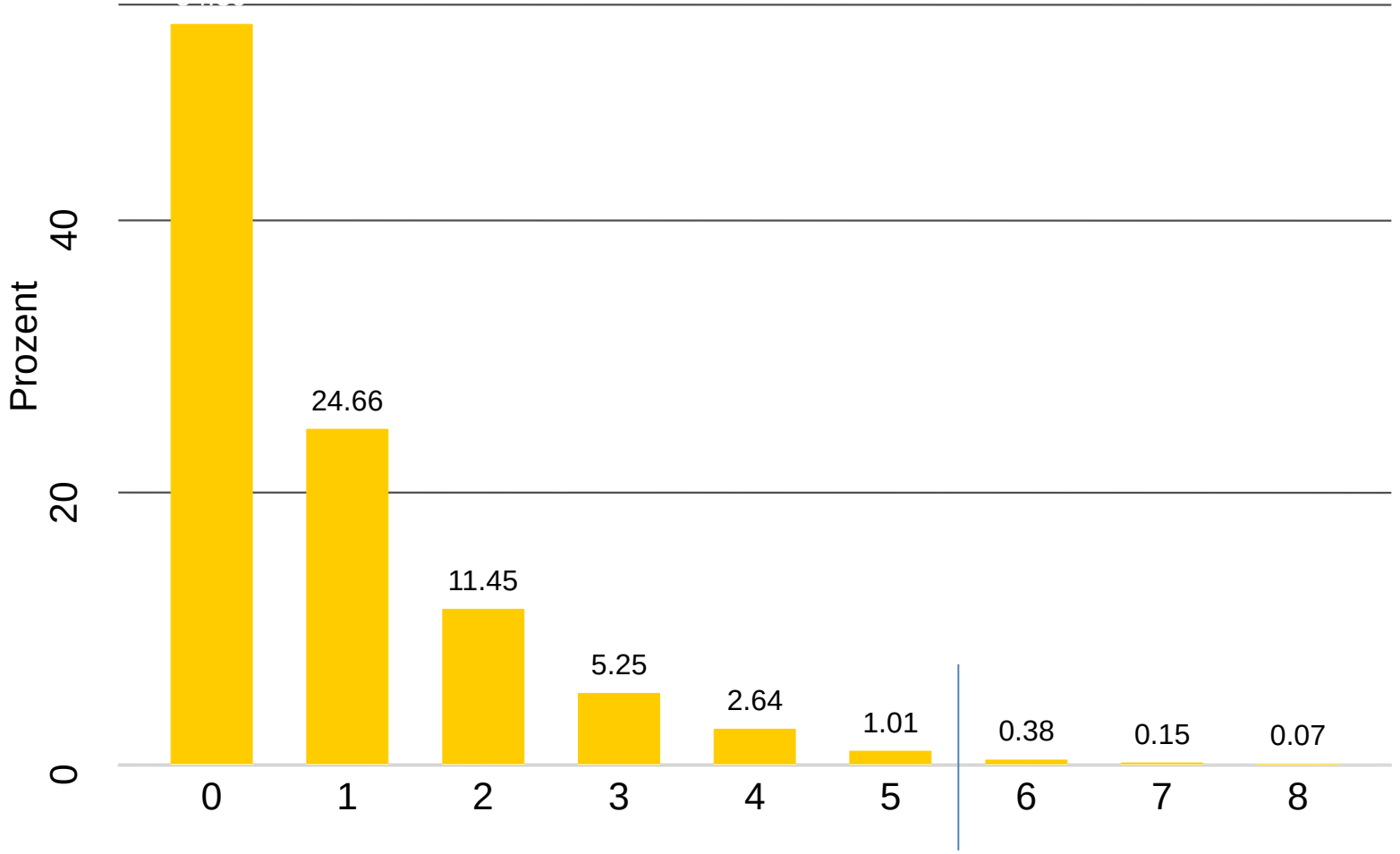
(Haffner, Parzer, Steen, Roos, Klett, Resch; 2007)

- Soziodemographische Daten
- körperbezogene Informationen
- Medienkonsum und Freizeitverhalten
- Schul- und Hausaufgabensituation
- psychische Belastungen und Auffälligkeiten (YSR)
- Familien- und Wohnsituation
- Einnahme von Medikamenten, Drogen
- Risikoverhalten
- Sorgen und Belastungen
- familiäre Belastungen

Häufigkeit der Borderline-Kriterien

		Gesamt (%)	BPS (%)
1.	Verlassenwerden	-	-
2.	Instabile Beziehungen	3.9	34.0
3.	Identitätsstörung	3.1	36.2
4.	Impulsivität	17.5	81.9
5.	Suizidalität/SVV	6.1	85.1
6.	Affektive Instabilität	17.0	88.3
7.	Gefühl der Leere	9.0	80.9
8.	Unangemessene Wut	7.5	59.6
9.	Dissoziative Symptome	18.6	59.6

Anzahl erfüllter Borderline-Diagnosekriterien



Epidemiologie und Verlauf der BPS

Epidemiologie

- Feldstudien

  Erwachsenalter: 0.7-1.8% (70% Frauen), Jugendalter: 1-3%?

- Klinische Stichproben

  Jugendalter: 20%, starke Überrepräsentierung des weiblichen Geschlechtes

Langzeitverlauf

- Hohe Suizidrate
- Im Verlauf Syndromwechsel: Affektive Störungen und Suchterkrankungen
- 80% Remission nach 10 Jahren, aber emotionale Instabilität persistiert
- deutlich reduziertes psychosoziales Funktionsniveau

Torgersen et al. (2001) Arch Gen Psychiatry; Zanarini et al. (2010) Am J Psychiatry

Inanspruchnahmeverhalten

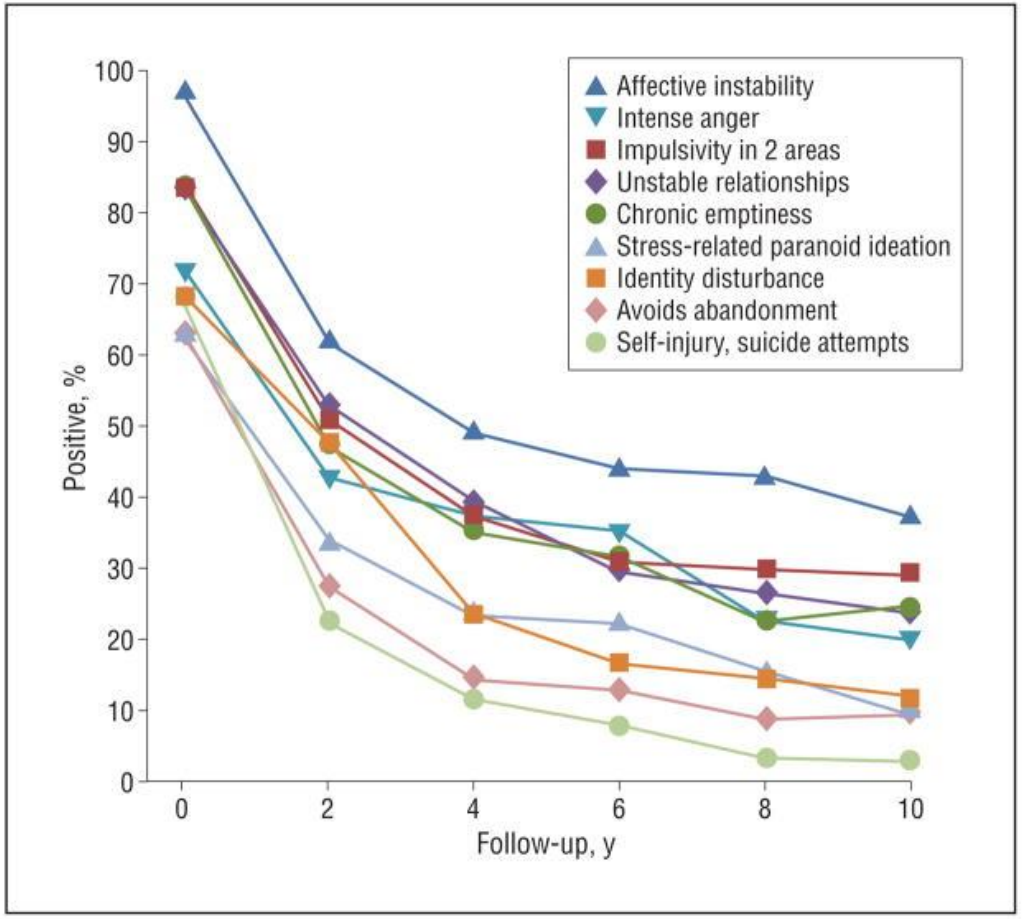
- Hohe Inanspruchnahme der ärztlichen Primärversorgung
  - zugrunde liegende Störung wird häufig durch Ärzte der Primärversorgung nicht erkannt

- Patienten mit BPS zeigen im Vergleich mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder Achse-I Störungen
  - eine extensive Inanspruchnahme sämtlicher psychiatrischer Settings
  - eine Vorgeschichte im Gebrauch aller Arten von Psychopharmaka

Verlauf

- Borderline-Störung zwischen dem 14.-19. Lebensjahr hohe Kontinuität der Borderline-Symptomatik im Verlauf (Winsper et al., 2015)
- Kumulation von Traumatisierungen
- Iatrogene Schädigungen durch nicht fachgerechte Behandlung in psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Routineversorgung
- Ausweitung komorbider Störungen
- Chronifizierung mit erheblichen Suizidrisiken
- Massive Funktionseinschränkung in Lebensbereichen wie z.B. beruflicher Erfolg, Beziehungsqualität, Lebenszufriedenheit) bis 20 Jahre später (Winograd et al., 2008)

Prävalenz der BPS-Diagnosekriterien im 10-Jahresverlauf



Alter bei Therapiebeginn

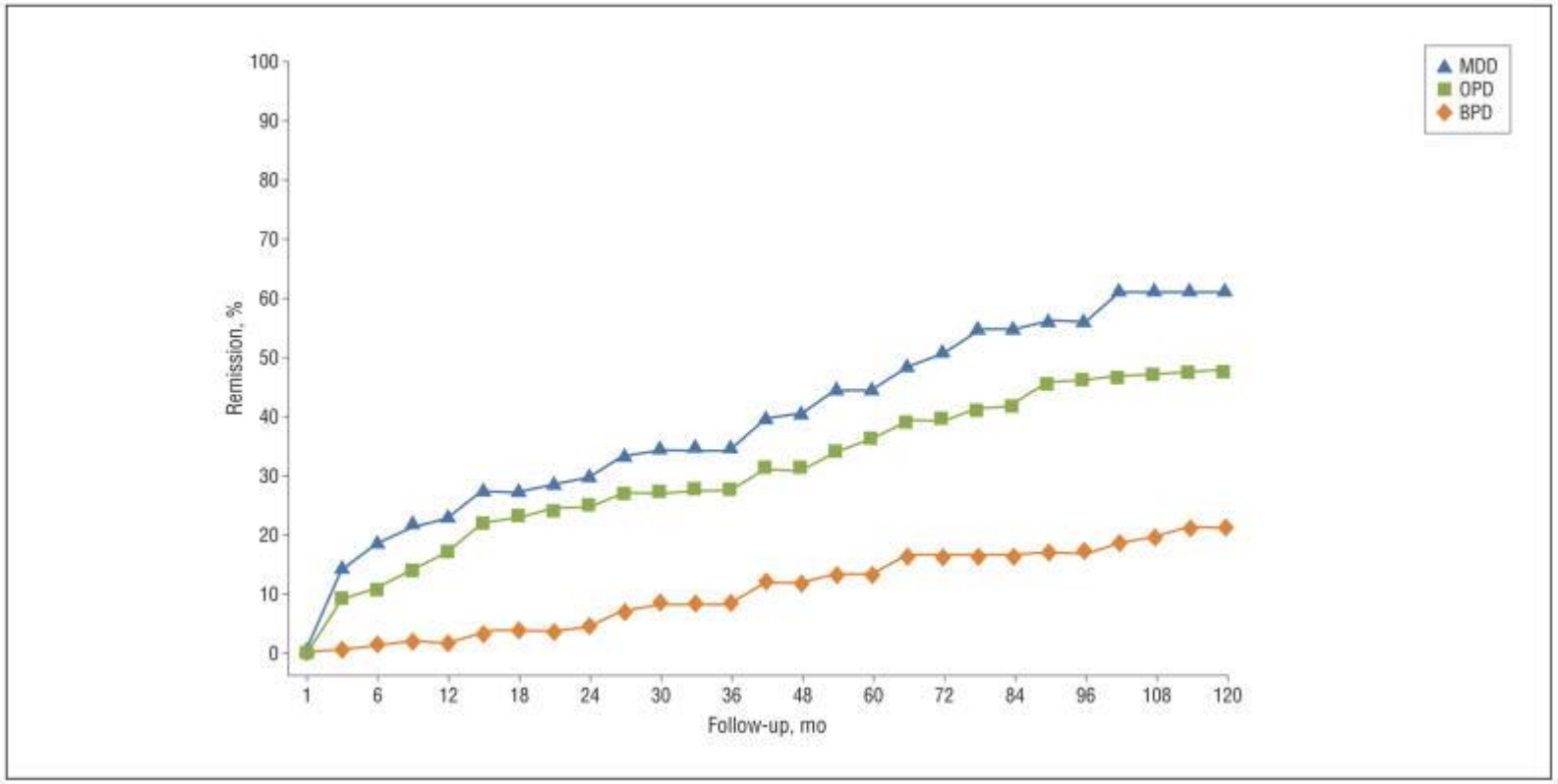
18-45 Jahre

Borderline Personality Disorder

N = 95

Gunderson et al., 2011

Remission des psychosozialen Funktionsniveaus im 10-Jahresverlauf (GAF)



Depressive Störung
Zwangsstörung
Borderline-Persönlichkeitsstörung

Gunderson et al., 2011

Risikofaktoren

- Belastende Kindheitserfahrungen
- Maladaptive Eltern-Kind Interaktionen
- Geringerer sozioökonomischer Status?
- Mobbing/soziale Zurückweisungen
- Interpersonelle Hypersensitivität /Hypervigilanz
  - Folge belastender Kindheitserfahrungen?
- Temperamentskonstellationen
- Diathese-Stress Modell (Linehan, 1993)
  - Biologische Vulnerabilitäten für emotionale Sensitivität und Reaktivität sowie Impulsivität fallen mit ungünstigen familiären Aufwuchsbedingungen zusammen

Temperament und dichotome Psychopathologie

- Erwachsene und Jugendliche mit einer BPS zeigen eine klinisch dichotome Bandbreite an
  - externalisierenden Symptomen (z. B. impulsiv-aggressives Verhaltens, mangelnde Wutkontrolle, Suizidales Verhalten) und
  - internalisierenden Symptomen (z. B. emotionale Hypersensitivität, Angst, Depression)

- Jugendliche mit beiden Clustern haben ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer BPS (Crowell et al., 2009)

Temperament und BPS

- Komorbide psychiatrische Symptome/Störungen reflektieren die zugrunde liegende Temperamentskonstellationen
- Extreme Temperamentsvarianten als Vulnerabilitätsfaktoren für psychiatrische Störungen
- ‚Borderline temperament‘:
  - Hohes Neugierverhalten und hohe Schadenvermeidung
    - Konstellation reflektiert einen ‚approach-avoidance‘ Konflikt, der zur affektiven Instabilität beiträgt

Cloninger et al., 2004; Joyce et al., 2003; Zimmermann et al., 1999

Temperament und BPS

Erwachsene (Barnow et al., 2005) und

Jugendliche mit BPS (Kaess, Brunner et al., 2014)

- Höheres Neugierverhalten
  - Ausmaß explorativen Verhaltens, impulsives Entscheiden, Tendenz gesellschaftliche Regeln zu überschreiten
- Höhere Schadensvermeidung
  - Ängstlichkeit, Besorgtheit, schnelle Ermüdbarkeit
- Geringe Belohnungsabhängigkeit
  - Wille, soziale Bindungen einzugehen und aufrechtzuerhalten
- Niedrige Selbstlenkungsfähigkeit

Neuronale und behaviorale Korrelate des Belohnungsaufschubs

- Experiment zur neuronalen Basis der Selbstregulation
- Fehlender Belohnungsaufschub ist mit erhöhter Impulsivität und Risiken für körperliche u. seelische Störungen verbunden
- Kohorte: 4-jährige und 40 Jahre später (N=60)
- Kleinstkinder: Marshmallow paradigma
  - Low delayers vs. High delayer
- Erwachsene Mitt-Vierziger: hot and cool cues: go-nogo impulse control
  - Robuste Stabilität vierzig Jahre später bei „hot“ cues
- Unterschiede in frontostriatalen Schaltkreisen, die motivationale und Kontrollprozesse integrieren

Casey et al., 2011

Marshmallow Paradigma

Warum neurobiologische Forschung?

- Neurobiologische Marker, die die psychopathologische Früherkennung unterstützen könnten

- Biologische Faktoren leichter am Beginn der Erkrankung zu identifizieren, da noch nicht konfundiert durch Chronizität und therapeutische Interventionen (z.B. Medikamente)

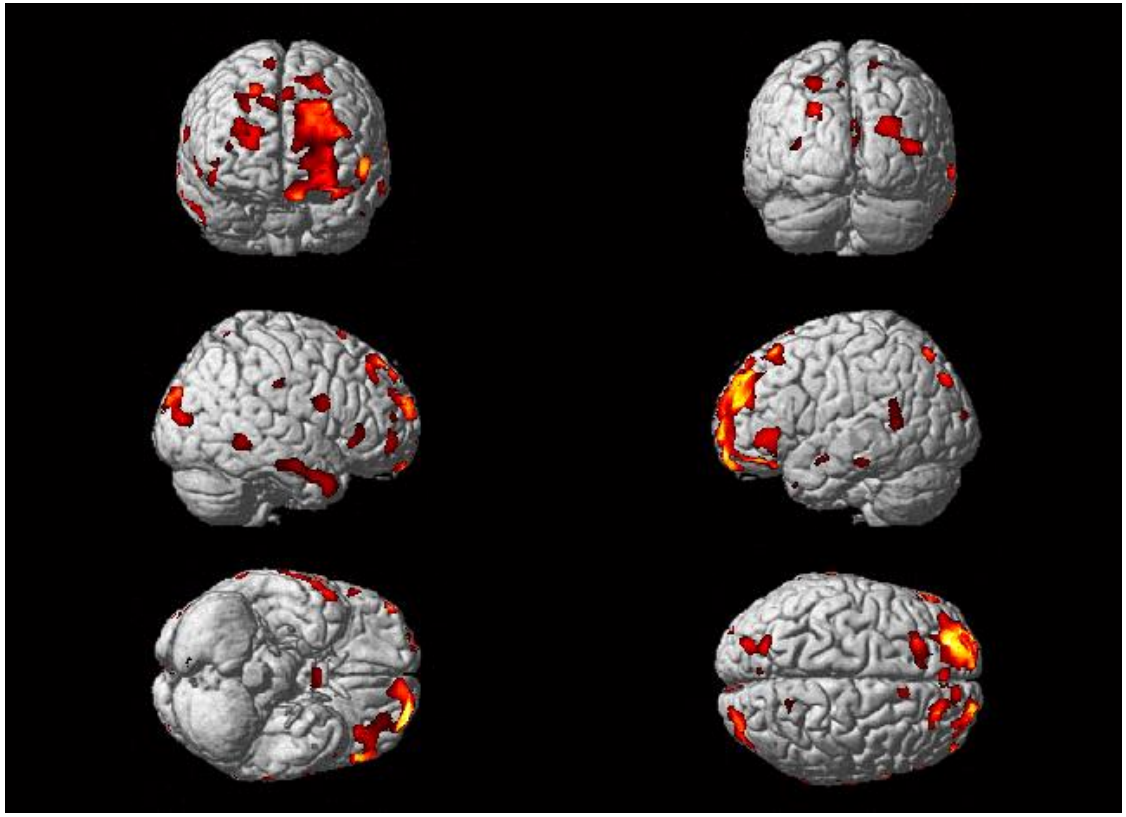
- z. B. Stressantwortsysteme, neurokognitive Faktoren, Emotionserkennung, strukturelle/funktionelle Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems

- Wirkmechanismen von therapeutischen Interventionen verstehen

Neurobiologische Modelle

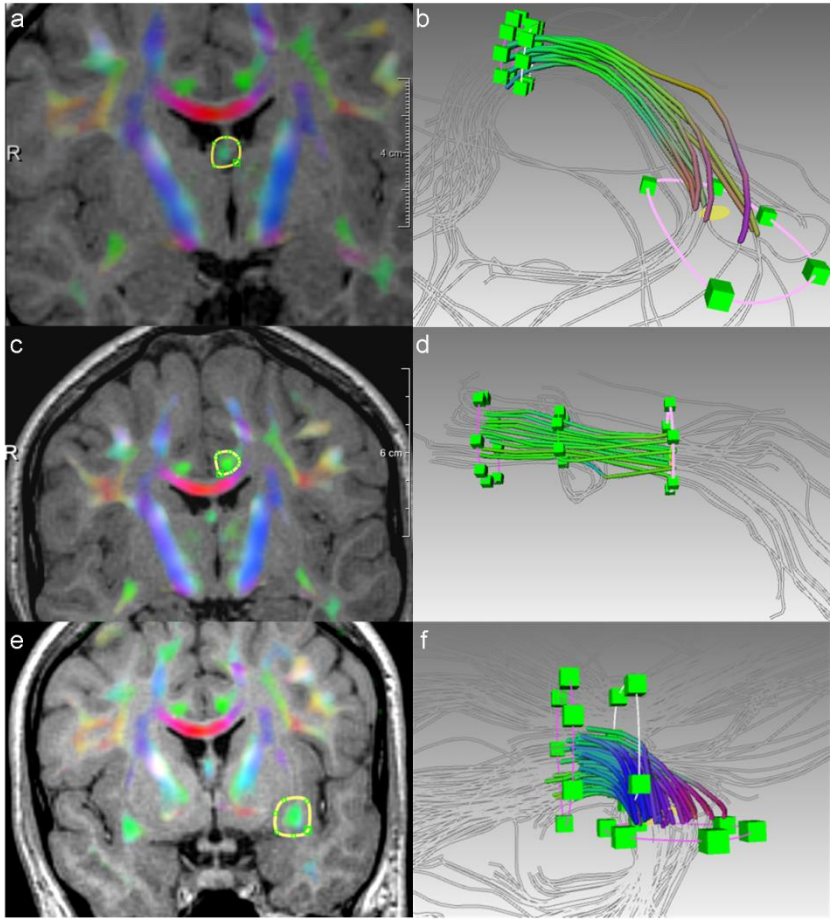
- Affektive Vulnerabilitätshypothese (Linehan, 1996)
  - Erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen und verstärkte Auslenkung
- Kognitionshypothese (Renneberg, 2003)
  - Aufmerksamkeitsverzerrungen und Defizite in der Emotionserkennung
- Frontolimbisches Dysfunktionshypothese (Herpertz, 2001)
  - Emotionsdysregulation durch Ungleichgewicht zwischen „bottom-up“- und „control-down“-Prozessen

Verringerte Dichte frontaler Areale bei jugendlichen Patienten mit einer BPS?



Brunner et al. (2010) NeuroImage

Gestörte Faserverbindungen?



Fornix (FA reduziert)

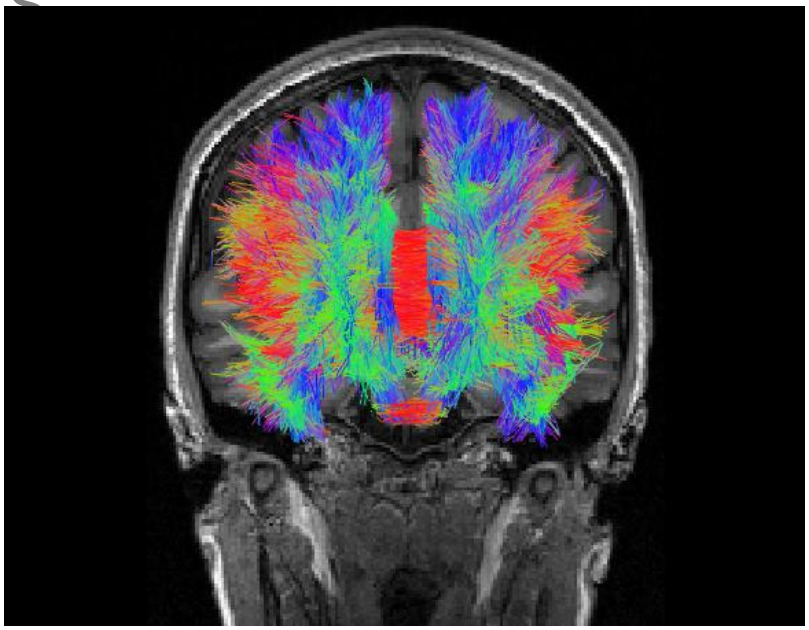
Cingulum

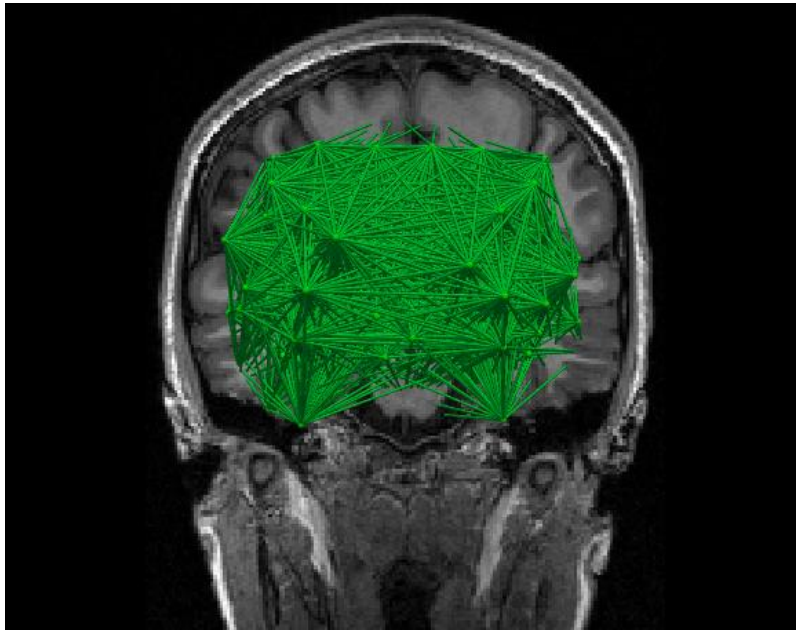
Uncinate fasciculus

Maier-Hein, Brunner et al. (2014) Biol Psychiatry

Frontotemporale Vernetzungsdefizite bei Jugendlichen mit einer BPS und Emotionale Dysregulation

- S





Brunner et al. (unpubliziert)

Kognitive Entwicklung und Emotionsregulation

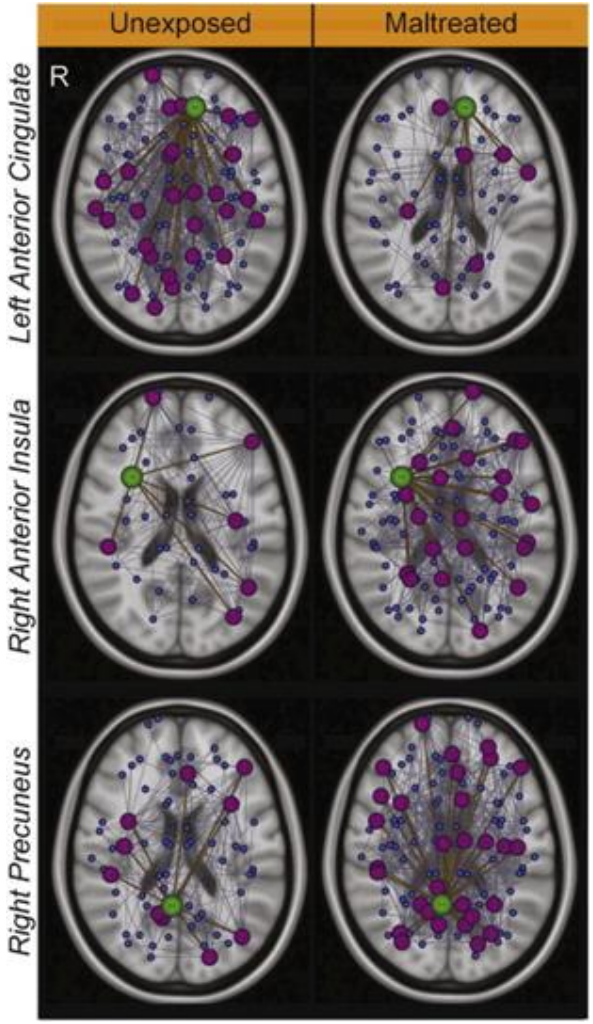
- Dorsolateraler präfrontaler Cortex reift zuletzt aus (Giedd et al., 2004)

Exekutive Funktionen

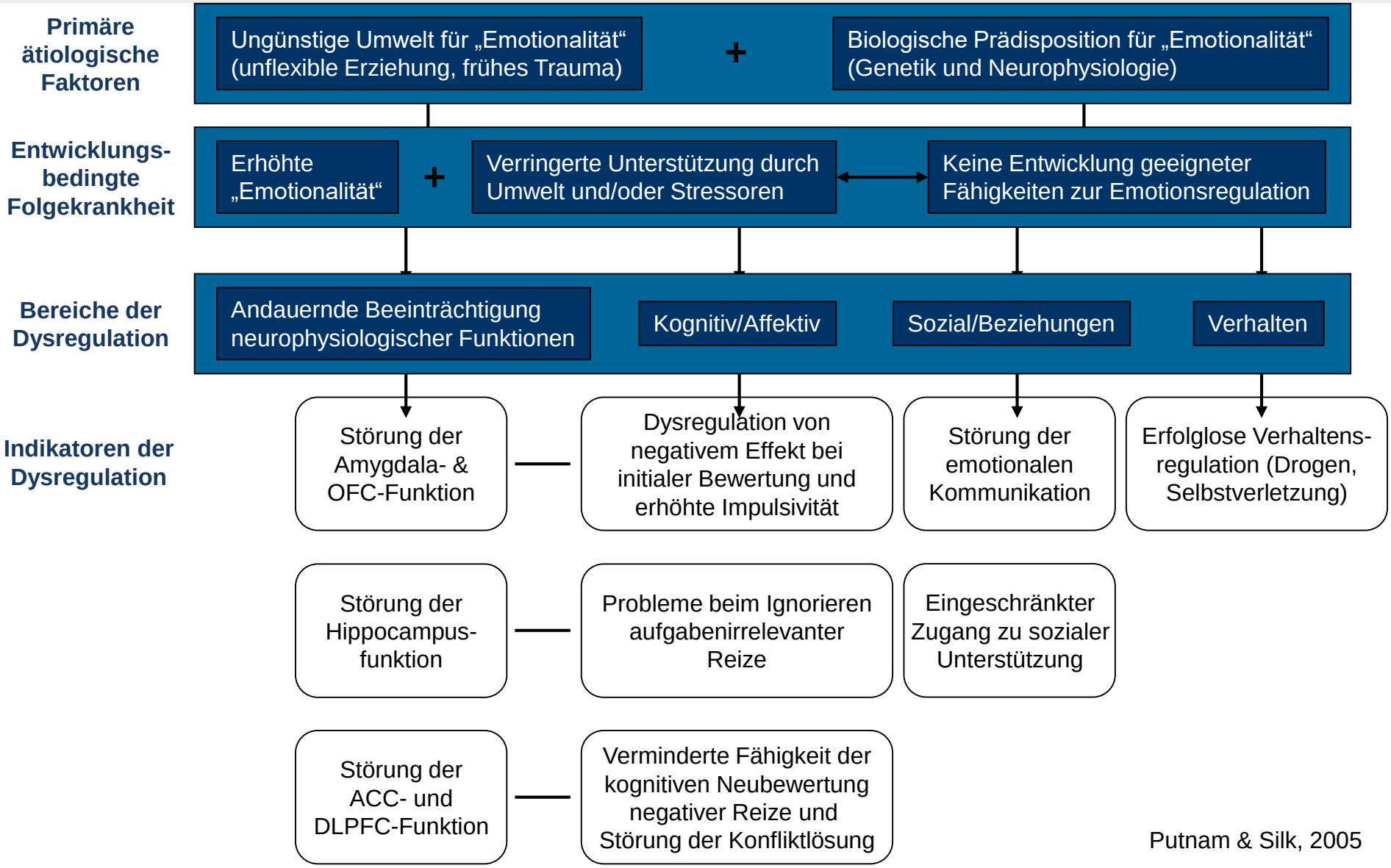
- Willensbildung, Planen; zielorientiertes, intentionales Handeln
- Inhibition und Resistenz gegenüber Ablenkung
- Flexibilität, Veränderungen von Routinen
- Persistenz in der Zielorientierung

- Unreife/Defizite erschwert Verhaltenssteuerung, Impulssteuerung und Emotionskontrolle

Neuronale Konnektivität und Misshandlungsvorgeschichte



Teicher et al., 2015



Putnam & Silk, 2005

Zusammenfassung der neurobiologischen Befunde

Eingeschränkte Evidenzen für biologische Vulnerabilitäten

- emotionale Informationsverarbeitung (Emotionserkennung und -regulation)
- hirnstrukturelle Defizite im Orbitofrontalkortex und anterioren Cingulum
- Dysfunktionen der HPA-Achse (Kortisolreaktivität)
- Temperament

Frage der Spezifität der biologischen Befunde weiterhin unklar

Verbessertes Krankheitsverständnis durch Untersuchungen

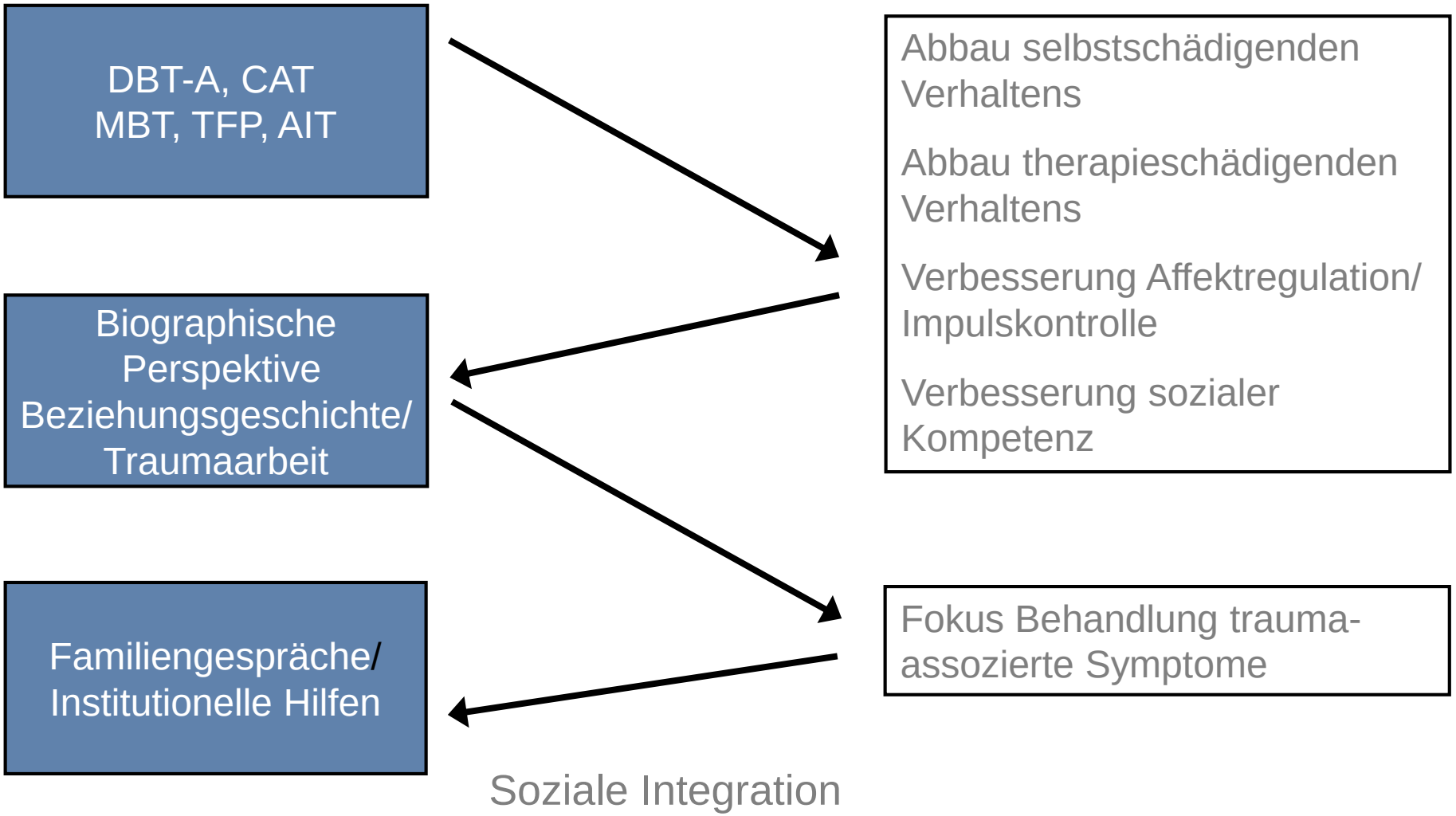
- von krankheitsübergreifenden Vulnerabilitäten
- zur normativen Entwicklung der Emotionsregulierung und Impulskontrolle

Effektive Therapiekonzepte

- Dialektisch behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)
- Kognitiv-analytische Therapie für Jugendliche (CAT)
- Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)
- Übertragungs-fokussierte Therapie für Jugendliche (TFP)
- Adolescent Identity Treatment (AIT)

- Z. T. manualisiert, 3-12 Monate, Einbezug von Familienangehörigen

Therapieansätze bei Jugendlichen mit einer BPS



Stepped-Care-Ansatz für Borderline-Störungen (I)

0
Förderung der Resilienz durch Psychoedukation über Emotionen, Selbstbild und andere Aspekte gesunder Persönlichkeitsfunktion, Förderung von Elternverhalten und Kompetenzen

- Ziel: Früherkennung entstehender Probleme, Empowerment, Prävention einer transgenerationalen Transmission von Psychopathologie

1
Frühinterventionsprogramme zur Früherkennung und -behandlung spezifischer Probleme (indizierte Prävention), z. B. unter Nutzung von ambulante Kurzzeittherapien oder an Adoleszente angepasste störungsspezifische Therapien (DBT-A, MBT-A, AIT)

- Ziel: Empowerment, Förderung gesunder Funktionsbereiche, Erhaltung oder Wiederherstellung des normalen, altersentsprechenden Entwicklungsweges

Schmeck u. Kaess, 2024 nach Hutsebaut et al., 2019

Stepped-Care-Ansatz für Borderline-Störungen (II)

2
Frühinterventionsprogramme und Umsetzung von an Adoleszente angepasste störungsspezifische Therapien (DBT-A, MBT-A, AIT)

- Ziel: Behandlung akuter BPS-Symptome und komorbider psychischer Störungen , Prävention des Auftretens weiterer Störungen, Reduktion der Auswirkungen auf das soziale und berufliche Leben

3
Standardbehandlungen für BPS wie DBT-A, MBT-A oder AIT. Gegebenenfalls Intensivierung des Behandlungssettings

- Ziel: umfassende Behandlung der BPS und assoziierter Problembereiche

4
Unterstützende und aufsuchende Langzeitbehandlung

Schmeck u. Kaess, 2024 nach Hutsebaut et al., 2019

Ziele der GAP-Initiative sind:

- frühzeitige Erkennung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und anderen Persönlichkeitsstörungen, sobald die Kriterien über einen ausreichenden Zeitraum erfüllt sind
- Vermeiden von irreführenden Alternativdiagnosen (z. B. Adoleszentenkrise);
- frühzeitige störungsspezifische Intervention, um eine Chronifizierung der Störung und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen so weit wie möglich zu vermeiden
- indizierte Prävention bei unterschwelligen Persönlichkeitsstörungen, um das Vollbild der Störung zu verhindern
- Ausbildung von „mental health professionals“ zur Aufklärung über das Störungsbild, die Behandelbarkeit und den Verlauf, um die Stigmatisierung in den Köpfen der Fachpersonen überwinden zu helfen.

Chanen et al., 2017, zit. nach Schmeck u. Kaess, 2024

Grundprinzipien der Früherkennung u. Frühintervention

- Früherkennung muss bereits in der Primärversorgung stattfinden
  - Primärärztlich und psychologisch/psychotherapeutisch/psychiatrisch
- Rigorose und akkurate Diagnostik nach den Diagnosekriterien der BPS
  - Ergänzt durch dimensionale Instrumente
- Subsyndromale Störungen: Indizierte Prävention
  - Breite Einschlusskriterien: 3-4 Diagnosekriterien
  - charakteristische Symptome oder Symptomkonstellationen (z.B. disruptives Verhalten, Selbstverletzung, Substanzmissbrauch,
  - depressive Symptome)
- Entwicklungsadaptierte Kriterien für die Borderline-Störung
- Schneller, niedrigschwelliger Zugang zu Spezialambulanzen

Kaess & Brunner (2016)

Schlussfolgerungen und Perspektiven - Versorgung

- Klinisch schwerste Symptomatik in der Spätadoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter
- Unzureichende Bewältigung entwicklungstypischer Aufgaben (Schule, Ausbildung, Ablösung Elternhaus, Partnerschaft)
- Flexibilisierung von stationären Therapieangeboten
- Qualifizierung von Einrichtungen der Jugendhilfe
- Identifizierung von Hochrisikogruppen bzw. familiäre Konstellationen
- Behandlungszeitraum häufig in der Adoleszenzphase nicht ausreichend um eine dauerhafte Stabilisierung bzw. Remission zu erreichen
- Überdauernde Störungen brauchen überdauernde, altersgrenzenüberschreitende Behandlungskonzepte

Die Borderline-Störung...

beginnt sie schon in der vorangegangenen Generation?

Gibt es eine generationsübergreifende Transmission?

Lassen sich Mechanismen der familialen Häufung der BPS beschreiben?

Biologische Vulnerabilitätsfaktoren in der Transmission?

Welche Bedeutung haben Mütter vs. Väter?

Welche Rolle könnten aversive Kindheitserfahrungen in der Elterngeneration spielen?

Familiäre Risikofaktoren

- Erhöhte familiale Aggregation (Barnow et al., 2006, 2013; Gunderson et al., 2011)
  - 3-4-fach erhöhtes Risiko einer BPS im 1. Verwandtschaftsgrad
  - Kinder von Müttern mit einer BPS erhöhtes Psychopathologie-Risiko
  - Jugendliche von Müttern mit einer BPS vermehrte BPS-Symptome
  - Latentes BPS-Konstrukt (BPS-Patienten, Geschwister, Eltern)?
    - **Affektive** und behaviorale Dysregulation, **Interpersonelle Störungen**, kognitive Störungen

- Longitudinale Transmission der Borderline-Symptome von Mutter zu Kind über maladaptives Mutter-Kind Interaktionen (Reinelt et al., 2014; Eyden et al, 2016)

- Hohe Heritabilität (42%) für latente BPS traits (Distel et al., 2008)
  - Familiale Aggregation von BPS Symptomen wie affektiver Instabilität und Impulsivität durch genetische Transmission?

Fragestellungen der Heidelberger Familienstudie

1. Bestehen Zusammenhänge zwischen belastenden Kindheitserlebnissen der Elterngeneration und der Entwicklung einer Borderline-Symptomatik ihrer Kinder/Jugendlichen?

2. Wird dieser Zusammenhang durch emotional-instabiles Verhalten der Eltern vermittelt?

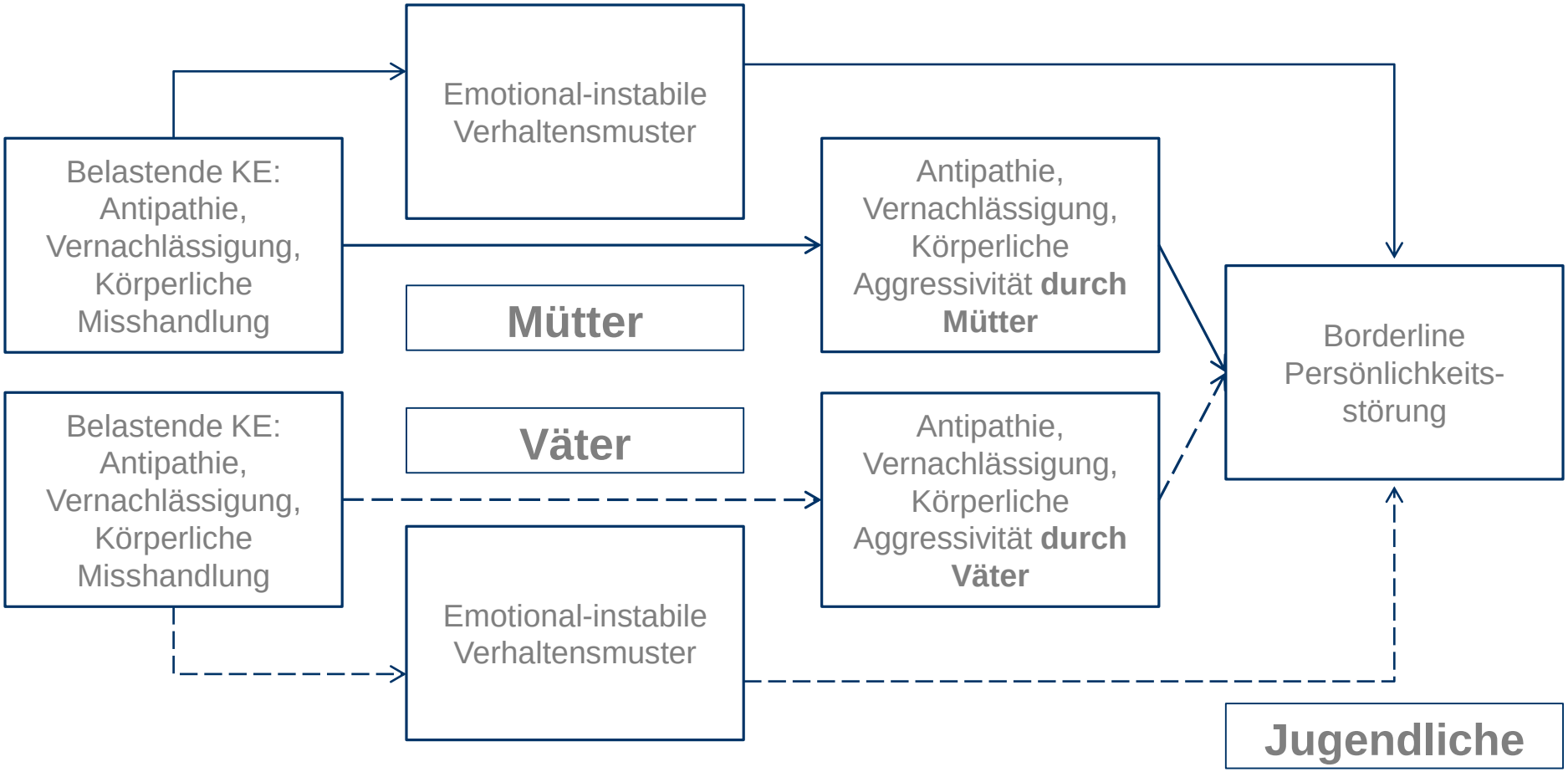
3. Wird dieser Zusammenhang durch eine transgenerationale Weitergabe belastender Kindheitserlebnisse vermittelt?

Elterliche Kindheitsbelastungen und Borderline-Symptome bei psychiatrisch erkrankten Jugendlichen

- Weibliche Jugendliche in stationärem Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikums Heidelberg
  - 2 konsekutive Stichproben gepoolt: 44 mit einer BPS, 47 mit anderen Störungen
- Voraussetzung der Teilnahme von mind. einem Elternteil

	Jugendliche	**Mütter**	**Väter**
N	91	84	59
Alter (Jahre)	M = 15.57 SD = 1.36	M = 46.10 SD = 5.57	M = 49.15 SD = 5.10

Reichl et al., 2016; JPD



Reichl et al., 2016; JPD

Belastende Kindheitserlebnisse

	Mütter			Väter		
	ja	nein	%ja	ja	nein	%ja
Antipathie	37	47	44.05	14	45	23.73
Vernachlässigung	42	42	50.00	24	35	40.68
Körp. Missbrauch	35	52	40.23	13	46	22.04
Sex. Missbrauch	19	68	21.84	6	53	10.17

	Jugendliche		
	ja	nein	%ja
Antipathie	44	45	49.44
Vernachlässigung	36	53	40.45
Körp. Missbrauch	27	64	29.67
Sex. Missbrauch	32	59	35.16

Reichl et al., 2016; JPD

Ergebnisse der Heidelberger Familienstudie

1. Belastende Kindheitserlebnisse der Eltern korrelieren mit Borderline-Symptomen ihrer Kinder/Jugendlichen
   - Zusammenhänge stärker in Vater-Jugendlichen-Dyaden als in Mutter-Jugendlichen-Dyaden

2. Effekte werden partiell durch emotional-instabiles Verhalten (subklinisch) der Eltern vermittelt
   - Verstärkung eines invalidierenden Entwicklungsumfeldes?
   - Lernen am Modell?
   - Geteilte genetische Varianz für belastende Kindheitserlebnisse und emotional-instabiles Verhalten?

3. Effekte werden partiell durch eine transgenerationale Weitergabe belastender Kindheitserlebnisse vermittelt
   - Deutliche Effekte bei Vater-Jugendliche-Dyaden
   - Keine Effekte bei Mutter-Jugendliche-Dyaden

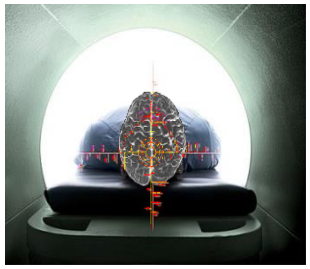
„Cycle of abuse“

Universität Regensburg

medbo

Bundesministerium für Bildung und Forschung

www.ubica.de



MRI Studien

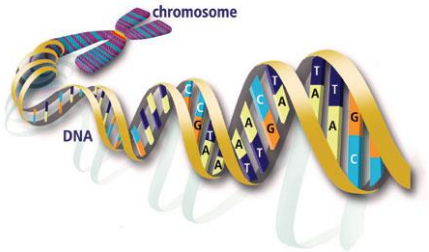
Psychologische Untersuchung von Mutter und Kind

Intervention

UBICA

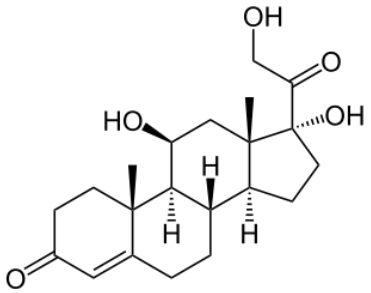
UNDERSTANDING AND BREAKING THE INTERGENERATIONAL CYCLE OF ABUSE

Verhaltensbeobachtung der Mutter-Kind-Interaktion



(Epi-)genetik

Tiermodell



Hormone

Borderline-Persönlichkeitsstörung und Erziehungsverhalten

- Erziehungsaufgabe
  - ausgeprägtes Stresserleben
  - wenig belohnend
  - ausgeprägtes Insuffizienzerleben Verhalten und emotionales Erleben ihrer Kinder beeinflussen zu können
- Ausmaß der emotionalen Dysregulation und Schweregrad der Borderline-Symptomatik korreliert
  - mit feindseligen Verhalten dem Kind gegenüber
  - Schuldgefühlen und überprotektivem Verhalten
  - disruptivem Bindungsverhalten (u.a. Ängste des Verlassenwerdens) und emotionaler Instabilität des Kindes
    - Unabhängig von Kindheitsfaktoren (z.B. Temperament) oder psychiatrischer Komorbidität der Mutter

Florange u. Herpertz, 2019

Ausgewählte Ergebnisse

Mütter mit kindlicher Traumatisierung zeigen

- Einen **Mangel an Sensitivität** gegenüber dem eigenen Kind nicht unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Störung und dem Schweregrad der Traumatisierung
- **Mütter ohne psychische Störung** versuchen Mängel im intuitiven Einfühlungsvermögen durch kognitive Prozesse des sich Eindenkens in das Kind zu kompensieren
- **Negative Interaktionen** mit dem eigenen Kind binden die Aufmerksamkeit stärker als harmonische, befriedigende Interaktionen

Herpertz, Bermpohl, Neukel, Bertsch, Dittrich etc. 2011-2018

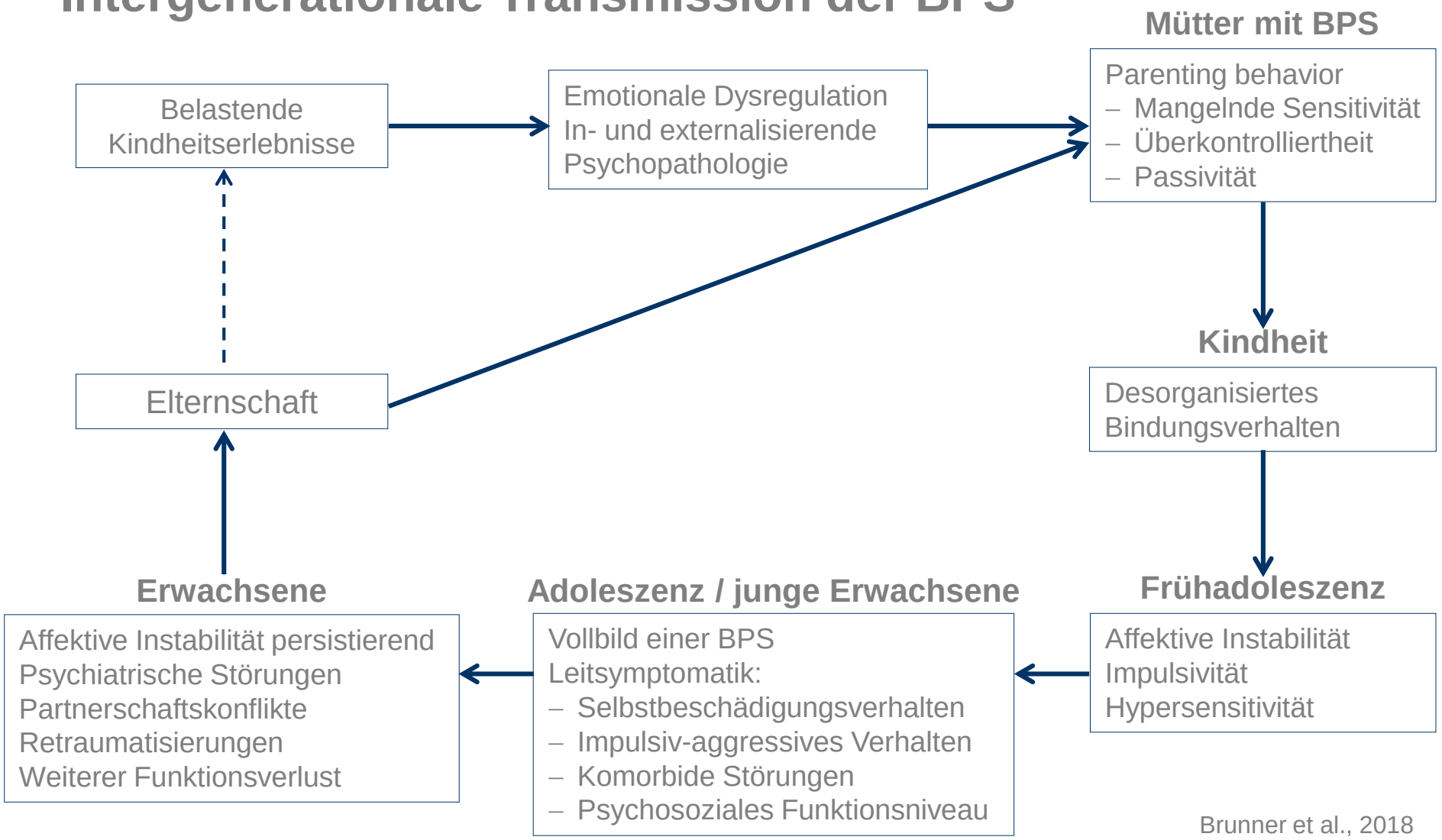
Mütter mit einer BPS und ihre Kinder (UBICA)

(N= 251 Mutter-Kind-Dyaden, Mütter mit und remittierter depressiver Störung, BPS)

- Erhöhtes Misshandlungs- und Vernachlässigungspotential bei Müttern mit einer BPS ist nicht unabhängig vom Schweregrad der Verhaltensprobleme der Kinder
- Mütter mit einer BPS erhöhte Feindseligkeit in experimenteller Interaktion mit ihrem Kind
    - Feindseligkeit Mediator zwischen BPS und Ausmaß internalisierender und externalisierender Störungen beim Kind
- Mütter mit depressiven Störungen reduzierte Sensitivität
    - Mediator mit internalisierenden Störungen
- Mütter mit BPS und Mütter mit depressiven Störungen erhöhtes Stresserleben und spezifisch bei BPS mangelnde Perspektivenübernahme
    - Erhöhte Psychopathologie bei Kindern

Dittrich et al., 2018; 2020; Kluczniok et al., 2018

Intergenerationale Transmission der BPS



Brunner et al., 2018

Familiären Kreislauf unterbrechen

- Hoch-Risikogruppe von Müttern mit einer BPS
  - aber auch Mütter mit subklinischer BPS (Reinelt et al., 2014; Eyden et al, 2016)
- Manualgestützte Therapie für Mütter mit einer BPS und 0-6 Jahre alten Kindern (Buck-Horstkotte, Renneberg, Rosenbach, 2015)
  - Orientierung an Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT)
  - Einzel- u. Gruppentherapie, Videogestützte Interventionen
- Interventionskonzepte für ältere Kinder?
- Einbezug der Väter

- UBICA-II 2019-2024 BMBF (Heidelberg, Berlin, Aachen)
  - Angebot in der stationären Routineversorgung bei Müttern und Vätern mit psychiatrischen Erkrankungen

Schlussfolgerungen und Perspektiven

- Entwicklung und empirische Wirksamkeitsprüfungen von Interventionskonzepten
  - Einbezug der Väter
  - Einbezug jugendlicher Kinder

- Subsyndromale Borderline-Störungen bei Eltern bereits relevant
  - Transdiagnostische Bedeutung der emotionalen und behavioralen Dysregulation

- Interventionen zur Verbesserung des Erziehungsverhalten bei Müttern und Vätern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
  - Verbessert den psychischen Outcome sowohl der Eltern als auch ihrer Kinder
  - unterbricht die generationsübergreifende Transmission der Störung
  - reduziert das Misshandlungs- und Vernachlässigungspotential bzw. unterbricht den Cycle of abuse

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!