

# Persönlichkeitsstörungen im Alter

**PD Dr. med. Thomas Zetzsche**

**Chefarzt Alterspsychiatrie**

**Clenia Privatklinik Schlössli**

**Forum für Persönlichkeitsstörungen, Berlin, 8. November 2014**

**clenia**

Führend in Psychiatrie  
und Psychotherapie

# Vortrag

- **Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörungen und Lebensphasen**
- Alter (höheres Lebensalter): **Risiken und Lebensqualität, Biologie**
  
- Die **Persönlichkeit** im Lebensverlauf
- Altersassoziierte **Gehirnveränderungen** (Physiologie und Krankheit)
- **Neurotizismus** und **Risiken**
  
- **Persönlichkeitsstörungen** im Alter
- Persönlichkeitsstörungen und Depression
- Therapie
  
- Zusammenfassung

# Die Persönlichkeit

# Die menschliche Persönlichkeit: Konzepte



**Antike / Galen, Hippokrates:** Lehre von den **4 Temperamenten**  
(cholisch, sanguinisch, phlegmatisch, melancholisch)

**Pierre Janet, 1896:** Persönlichkeit und Wissenschaft (**experimentelle Psychologie**)

**Neuzeit / Ernst Kretschmer, 1925:** **Konstitution** und **Körperbau**

**Pervin, 1993:** Persönlichkeit – dauerhafte **Erlebnis- und Verhaltensdispositionen**

## Konzepte des 20. Jahrhunderts

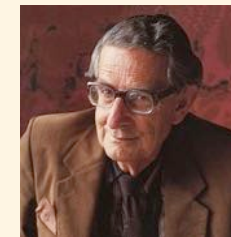
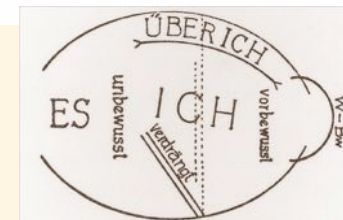
**S. Freud, 1916:** Konzept der Persönlichkeitsorganisation

**C.G. Jung, 1921:** introvertierte / extravertierte Persönlichkeiten

**H.J. Eysenck, 1951:** Faktoranalytische Modell

**A.T. Beck und A. Freeman, 1990:** Kognitive Schemata

**C.R. Cloninger, 1993:** Neurobiologische Dispositionen



# Die menschliche Persönlichkeit: Konzepte



**P.T. Costa und R.R. McGrae**

**„BIG FIVE“**

(Heritabilität / Umwelt ca. 50%)

- Neurotizismus: 48 %
- Extraversion: 54 %
- Offenheit für Erfahrungen: 57 %
- Verträglichkeit: 42 %
- Gewissenhaftigkeit: 49 %

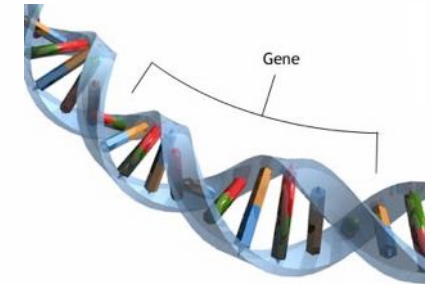
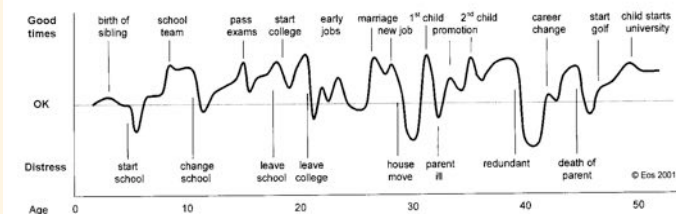


Figure 2: Example of a self-report lifetime charting well-being through typical life events



Differenzierung der Persönlichkeitseigenschaften bis zum 30. Lebensjahr

Veränderungen auch im höheren Lebensalter möglich

Specht et al. 2011, J Personality Soc Psychology

# Die Persönlichkeitsstörungen

# Persönlichkeitsstörungen nach ICD10

<b>F60.0</b>	paranoide Persönlichkeitsstörung
<b>F60.1</b>	schizoide PS
<b>F60.2</b>	dissoziale PS
<b>F60.3</b>	emotional instabile PS
<b>F60.30</b>	impulsiver Typus
<b>F60.31</b>	Borderline Typus
<b>F60.4</b>	histrionische PS
<b>F60.5</b>	anankastische (zwanghafte) PS
<b>F60.6</b>	ängstlich (vermeidende) PS
<b>F60.7</b>	abhängige (asthenische) PS
<b>F60.8</b>	sonstige spezifische PS
<b>F60.80</b>	narzisstische PS (Anhang I)
<b>F60.81</b>	passiv-aggressive (negativistische) PS (Anhang I)
<b>F60.9</b>	nicht näher bezeichnete PS

# Spezifische Persönlichkeitsstörungen

## Definition nach ICD10 (deskriptive Diagnostik)

**G1** Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von **kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben** („Normen“) ab.

Diese Abweichung äussert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. **Kognition**, 2. **Affektivität**, 3. **Impulskontrolle** und **Bedürfnisbefriedigung**, 4. Die Art des **Umganges mit anderen Menschen** und die Handhabung **zwischenmenschlicher Beziehungen**.

**G2** Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen **unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmässig** ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).

**G3** Persönlicher **Leidensdruck** und/oder **nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt** aufgrund von G2.

**G4** Stabil und von langer Dauer, **Beginn im späten Kindesalter oder der Adoleszenz**.

**G5** Nicht durch **andere psychische Störung** erklärbar.

**G6** Ausschluss der Verursachung durch eine **organische Erkrankung**



# Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5

<b>Cluster A</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>
301.0 (F60.0)	paranoide Persönlichkeitsstörung (PS)
301.20 (F60.1)	schizoide PS
301.22 (F21)	schizotype PS
<b>Cluster B</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>
301.7 (F60.2)	antisoziale PS (ICD10: dissoziale PS)
301.83 (F60.3)	Borderline PS (ICD10: emotional instabile PS) (ICD10: F60.30 impulsiver Typus) (ICD10: F60.31 Borderline Typus)
301.50 (F60.4)	histrionische PS
301.81 (F60.80)	narzisstische PS
<b>Cluster C</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>
301.4 (F60.5)	obszessiv-compulsive PS (ICD10: anankastische (zwanghafte) PS)
301.82 (F60.6)	vermeidende PS (ICD10: ängstlich (vermeidende) PS)
301.6 (F60.7)	abhängige PS (ICD10: abhängige (asthenische) PS)

## **Persönlichkeitsstörung aufgrund eines anderen medizinischen Bedingung**

**301.89 (F07.0)**

**z.B. labiler Typus (weitere: enthemmter, aggressiver, apathischer, paranoider, anderer, kombinierter, unspezifischer Typus)**

## **Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen**

**301.89 (F60.8)**

## **Unspezifische Persönlichkeitsstörung (ICD10: nicht näher bezeichnete PS)**

**301.9 (F60.9)**

# Spezifische Persönlichkeitsstörungen

## Definition nach DSM-5 (deskriptive Diagnostik)

A. An enduring pattern of **inner experience** and **behavior** that deviates markedly from the **expectations of the individual's culture**. This pattern is manifested in two (or more) of the following areas:

1. **Cognition**, 2. **Affectivity**, 3. **Interpersonal functioning**, 4. **Impulse control**

B. The enduring pattern is **inflexible** and **pervasive** across a broad range of personal and social situations.

C. The enduring pattern leads to clinically **significant distress** or **impairment** in social, occupational, or other important areas of functioning.

D. The pattern is stable and of long duration, and its onset can be traced back at least to **adolescence** or **early adulthood**.

E. The enduring pattern is **not** better explained as a manifestation or consequence of **another mental disorder**.

F. The enduring pattern is not attributable to the **physiological effects of a substance** (e.g., a drug of abuse, a medication) or another **medical condition** (e.g., head trauma).

## Das Alter und die Lebensphasen (Erikson, 1950)



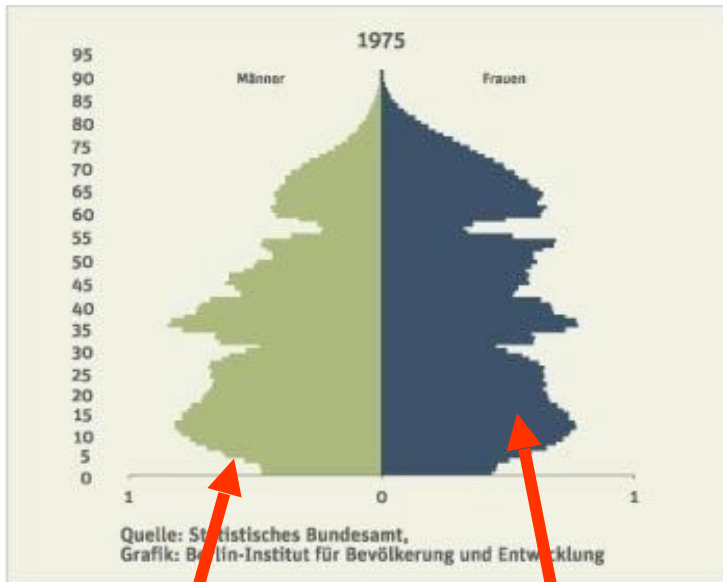
### Stufen der psychosozialen Entwicklung und deren typische Konflikte

1. Stadium - ca. 1. Lebensjahr - Säuglingsalter: *Ur-Vertrauen vs. Ur-Misstrauen*
2. Stadium - ca. 2-3 Jahre - Kleinkindalter: *Autonomie vs. Scham und Zweifel*
3. Stadium - ca. 4-5 Jahre - Spielalter: *Initiative vs. Schuldgefühl*
4. Stadium - ca. 6- 11/12 Jahre - Schulalter: *Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl*
5. Stadium - ca. 11/12 - 15/16 Jahre - Adoleszenz: *Identität vs. Identitätsdiffusion und Ablehnung*
6. Stadium - frühes Erwachsenenalter: *Intimität und Solidarität vs. Isolierung*
7. Stadium - Erwachsenenalter: *Generativität vs. Selbstabsorption / Stagnation*
8. Stadium - reifes Erwachsenenalter: ***Integrität vs. Verzweiflung***  
**Akzeptanz der Begrenztheit. Frühere Krisenbewältigungen und Verständnis des eigenen individuellen Lebens können helfen. Scheitern in der letzten Phase kann zu Enttäuschung und Ablehnung von sich und Anderen führen**

# Alter: Risiken und Lebensqualität, Biologie

**Warum ist das Thema „Alter“ (höheres Lebensalter) so wichtig?**

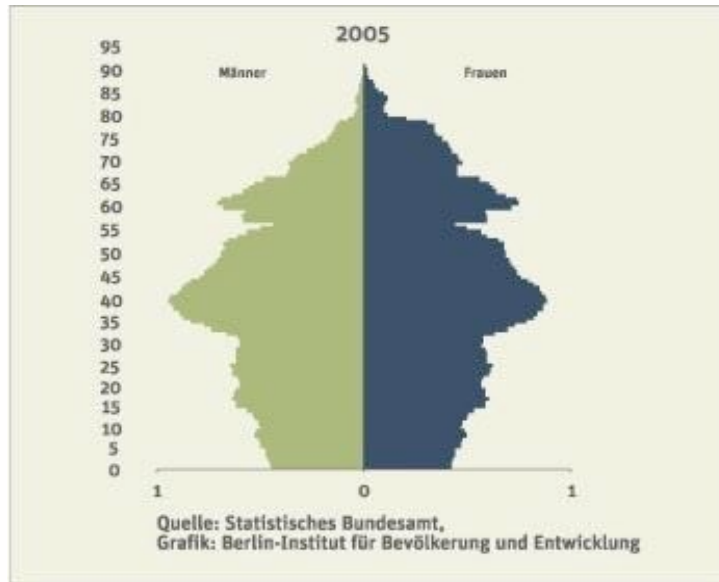
# Alterspyramide



1975

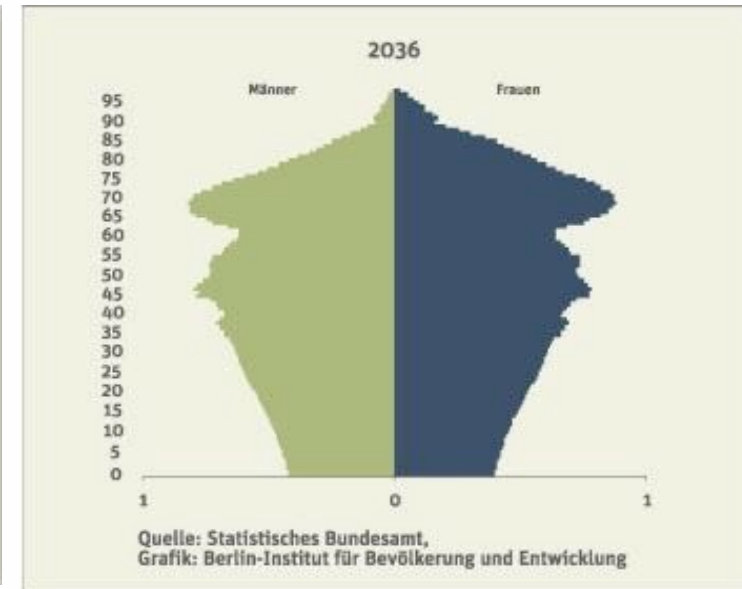
Pillenknick

Babyboom



2005

Niedrige Geburtenrate,  
Pillenknickgeneration  
im gebärfähigen Alter



2036

Babyboomgeneration  
im Rentenalter

# Steigende Lebenserwartung: Frau - Mann



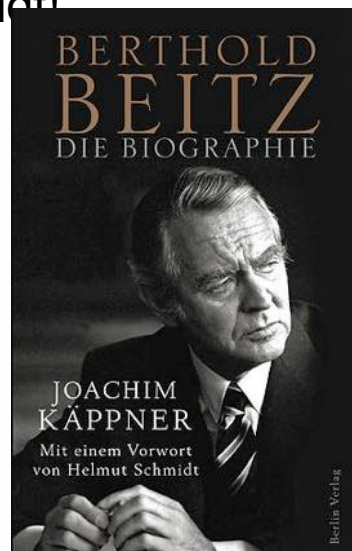
Geb. 1926

**Die Lebenserwartung heute: 85 Jahre**

**Frau > Mann: ca. 6-8 Jahre längere durchschnittliche Lebenserwartung**

Eine Frage der Statistik, aber es gibt auch einen Helmut Schmidt!

-

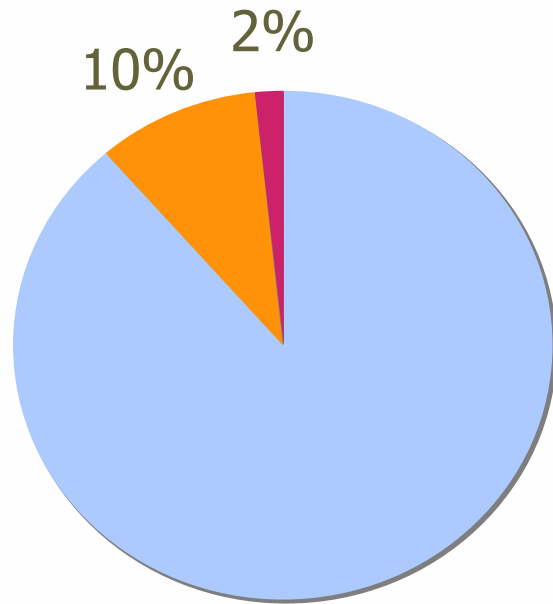


Geb. 1918



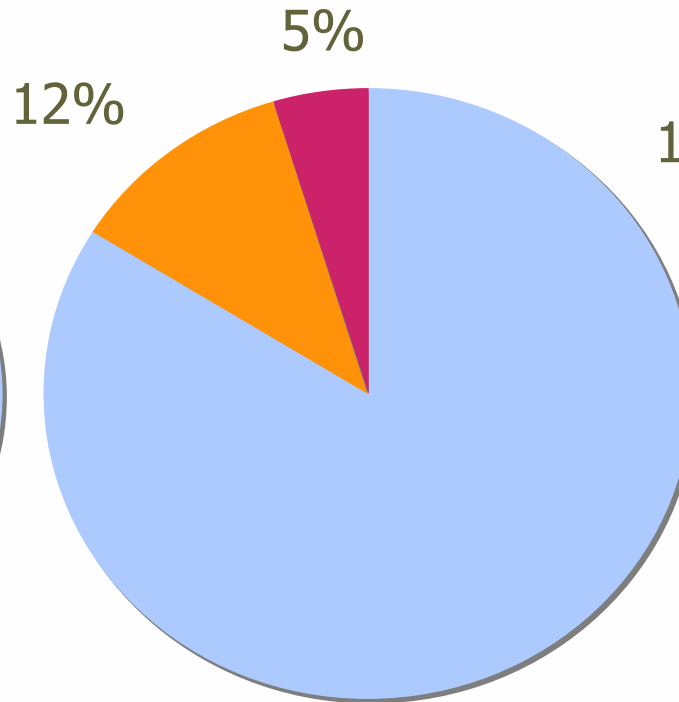
# Altersprofil der Schweiz

1970



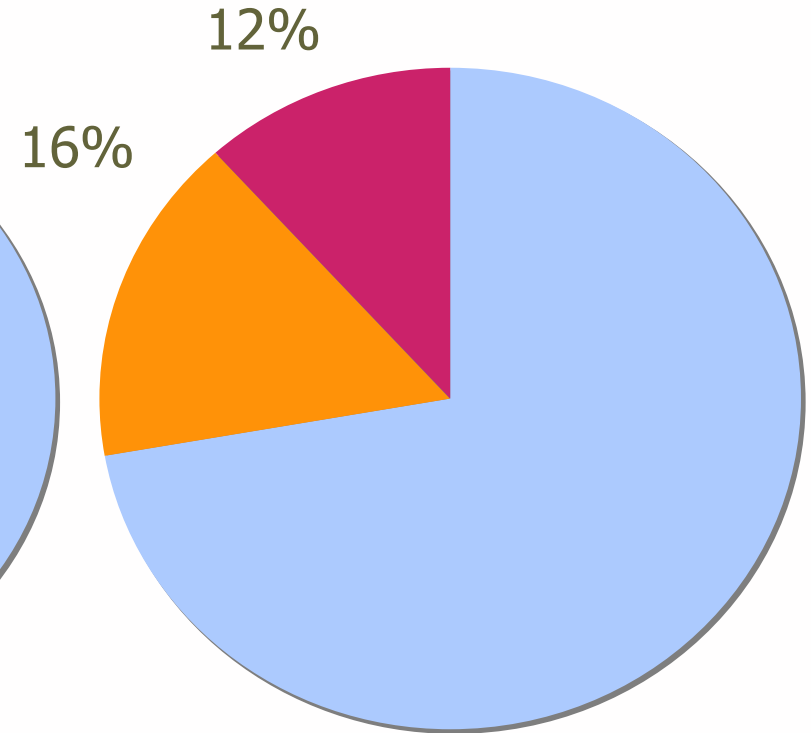
**6.2 Millionen**  
(Gesamtbevölkerung)

2006



**7.5 Millionen**  
(Gesamtbevölkerung)

2050



**8.0 Millionen**  
(Gesamtbevölkerung)

0-64 Jahre

65-79 Jahre

80+ Jahre

# Risiken des Alters

## **Die Besonderheiten des Alters:**

Veränderte Rollenerwartungen  
Schwierige biographische Übergänge  
Biographische „Altlasten“ werden aktiviert

Verarbeitung von Verlusten (Verluste von Freunden/  
Familienmitgliedern)

## **Psychiatrische Erkrankungen:**

Stress: Neuerkrankungen Depression /  
Anpassungsstörungen

Neurodegeneration (M. Alzheimer)

## **Körperliche Störungen:**

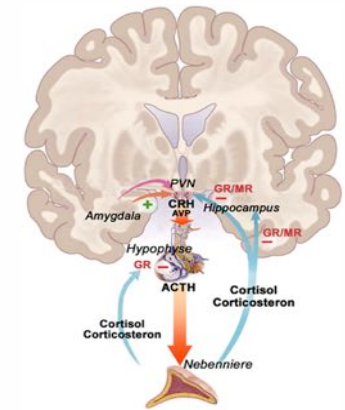
Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall)

Tumore (Colon-Ca, Mamma-Ca, Prostata-Ca)

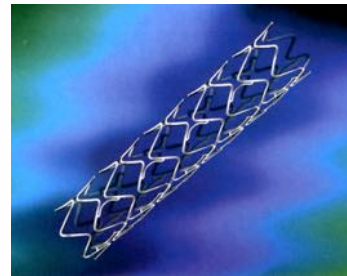
Mobilität (Osteoporose, Arthrose, Koordination)



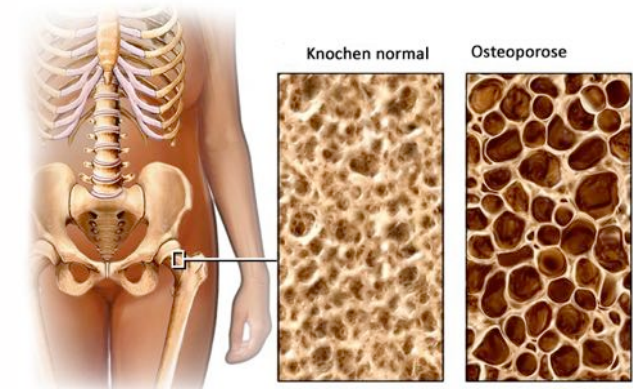
„Coping with loss“  
„Bewältigung von Verlusten“



Stressregulation



**Herzinfarktrisiko:**  
Herz-ASS,  
Arterien-Ballonerweiterung  
mit STENT



**Osteoporose:** Vitamin D Prophylaxe,  
Schenkelhalsprothese



Erfolgreiches Altern  
*Rowe and Kahn, 1998*

- ➔ Verhindern von Behinderung und Erkrankung
- ➔ Der Erhalt eines hohen kognitiven und körperlichen Funktionsniveaus
- ➔ Aktive Partizipation am Leben

## Erfolgreiches Altern der Einfluss der Persönlichkeit

Zum natürlichen Alterungsprozess gehören:

➔ **Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen**

➔ **Verlusterlebnisse** (wichtige Bezugspersonen,  
Funktionen)

***Wie gehe ich damit um?***

## Erfolgreiches Altern: der Einfluss der Persönlichkeit

**Dr. Karen Hooker**, Professorin für „Human Development and Family Sciences“,  
Direktorin „Center for Healthy Aging Research“, Oregon State University:  
„Die Persönlichkeit wurde bisher in ihren Einfluss für den Weg zu einem erfolgreichen Altern unterschätzt“



- **Aktive Partizipation am Leben: Beziehungsgestaltung ist elementar von Persönlichkeitseigenschaften abhängig**
- **Umgang mit schweren Erkrankungen und Einschränkungen**
- **Optimismus und Offenheit für Neues**
- **Umgang mit Stress**
- **Zuverlässigkeit bei Umsetzung gesunder Lebensstrategien (Ernährung, Bewegung)**

"Much of what we know about optimal aging has focused on the lifelong importance of health-related behavior - exercise, drinking and eating in moderation ... being engaged in life and having a strong social network," but personality is arguably the driving force behind all of these."

# Alter: Chancen und Risiken

Überstandene Krisen und gemeisterte Lebensphasen können zu **größerer Souveränität** führen.

Die Fähigkeit, das eigene Wohlbefinden angemessener steuern zu können, gerät erst an seine Grenzen, wenn die **Verluste an engen Vertrauten** und starke **körperliche Gebrechen** nicht mehr aufzufangen sind.

# Die Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996)

- multidisziplinäre Untersuchung von Menschen im Alter von **70-100 Jahren**
- repräsentative Stichprobe erhoben zwischen 1990-1993: **N = 516**

## Zielvariablen:

- geistige und körperliche Gesundheit
- intellektuelle Leistungsfähigkeit
- psychische Befindlichkeit
- soziale und ökonomische Situation

## DIE BERLINER ALTERSSTUDIE



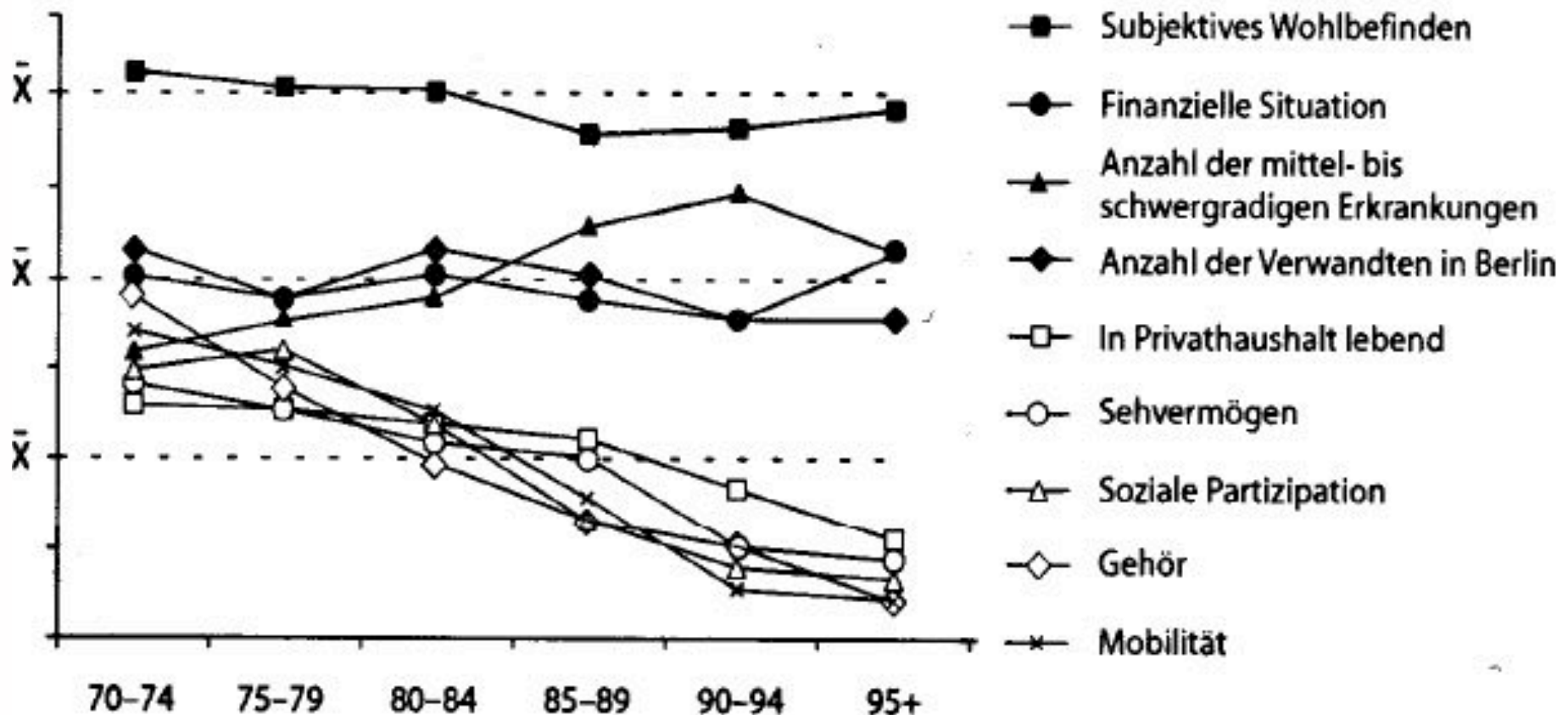
Herausgegeben von  
Ulman Lindenberger, Jacqui Smith,  
Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes

3., erweiterte Auflage

Akademie Verlag

# Das „Zufriedenheitsparadoxon“

→ trotz reduzierter Autonomie und v.a. sensorischen Verlusten bleibt das subjektive Wohlbefinden im Alter weitgehend stabil



→ Einschätzung fällt mit höherem Alter zunehmend besser aus!

# Alter und Persönlichkeit

## Schlussfolgerungen

- ➔ Hohe Lebenszufriedenheit im Alter ist möglich
- ➔ die Persönlichkeit - ein möglicher wichtiger Prädiktor für die Lebensqualität im Alter

# Biologie des Alters



# Biologie des Alters

Altern ist als ein Prozess definiert, der zu einer schrittweisen **Abnahme** der **Homöostase** und der **physiologischen Funktionen** innerhalb des gesamten Organismus führt.

Dieser Prozess ist verbunden mit einem erhöhten **Risiko** für die Entstehung **altersassozierten Erkrankungen** verbunden.

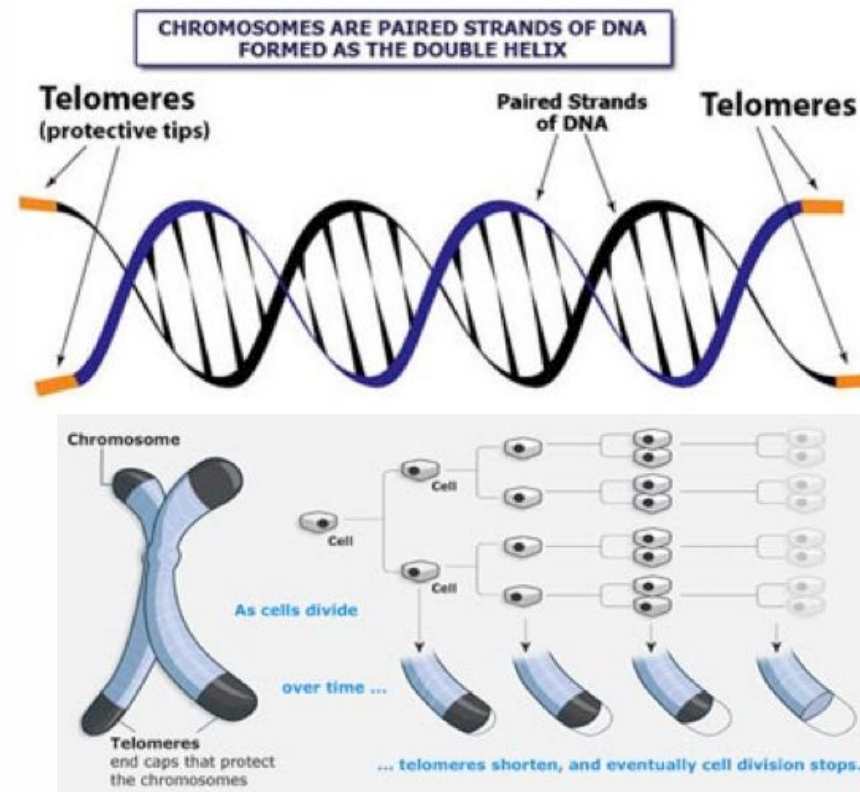
Telomerasen

Epigenetik

Stress

Immunsystem

Ernährung



# Biologie des Alters

Grundlagen-Forschungsarbeiten mit genetischen Modellorganismen sprechen dafür, dass die Organismen **Abwehrvorgänge gegen den Alterungsprozess** und damit **Langlebigkeit** entwickeln können.

Max-Planck-  
Institute for  
Biology of Aging,  
Köln  
(gegr. 2008)



MAX-PLANCK-GESELLSCHAFT



*Model genetic organism: C. elegans wild type in larval stage L4*

Mutationen der mitochondrialen Mäuse DNA beschleunigen den Alterungsprozess des Organismus  
(Ross et al. 2013, Nature)

Proteine regulieren das Entwicklungsalter von C. elegans  
(Fielenbach et al. 2007, Developmental Cell)

# Biologie des Alters

## The National Institute on Aging (NIA) (gegründet 1974)

Seit 1958: NIA's Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA): populationsbasierte Untersuchung von alterungsassoziierten Phänomenen (gesund und krank)

Grundlagenforschung und Genetik: **Gene für Langlebigkeit** sind assoziiert mit folgenden Signalwegen

- **Insulin / IGF-1**
- **Sirtuine**
- **mTOR**

1980er Jahre: Das erste Gen, das die Lebensspanne begrenzt entdeckt: **age-1**

Effekt von **age-1** über Signaltransduktion via **Insulin/IGF-1** vermittelt

Sobald **age-1** Genaktivität supprimiert wurde, nahm die Aktivität der **Insulin/ IGF-1** Signaltransduktion ab und der Wurm lebte länger

**mTOR** "mammalian target of rapamycin" kontrolliert die Protein Synthese: **Hemmung** von mTOR (genetisch oder pharmakologisch) führt zur **Langlebigkeit** bei Mäusen

## Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Menschen?

# „The Aging Brain“

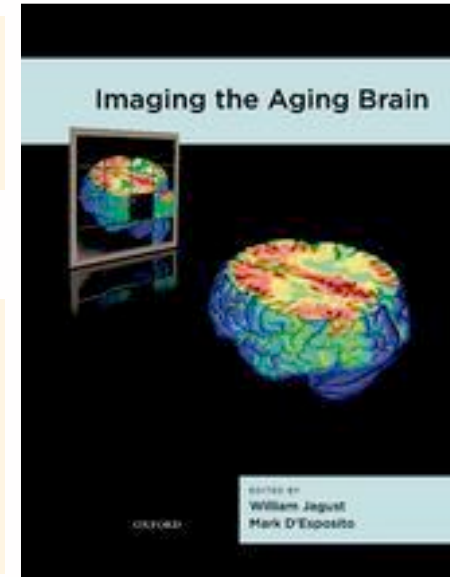
Das normale Altern des Gehirns ohne Krankheitswert

# Kognitive Veränderungen im Alter “altersphysiologischer Normalbereich”

- **Verarbeitungsgeschwindigkeit nimmt ab**

Hinweise auf weitere Reduktion:

- **Arbeitsgedächtnis, kognitive Umstellungsfähigkeit**
- **Verminderte Leistungsfähigkeit: episodisches Gedächtnis**



**Gut erhalten: semantisches Gedächtnis, kristalline vs. fluide Intelligenz**

**Cerebrale Bildgebung (MRT, CCT):**

Das Hirnvolumen ist im Alter physiologischerweise reduziert

# Alter und Persönlichkeit

**Wie entwickelt sich die Persönlichkeit im Alter?**

# Alter und Persönlichkeit

Sind Persönlichkeitsmerkmale über die ganze Lebenszeit beständig ausgeprägt?

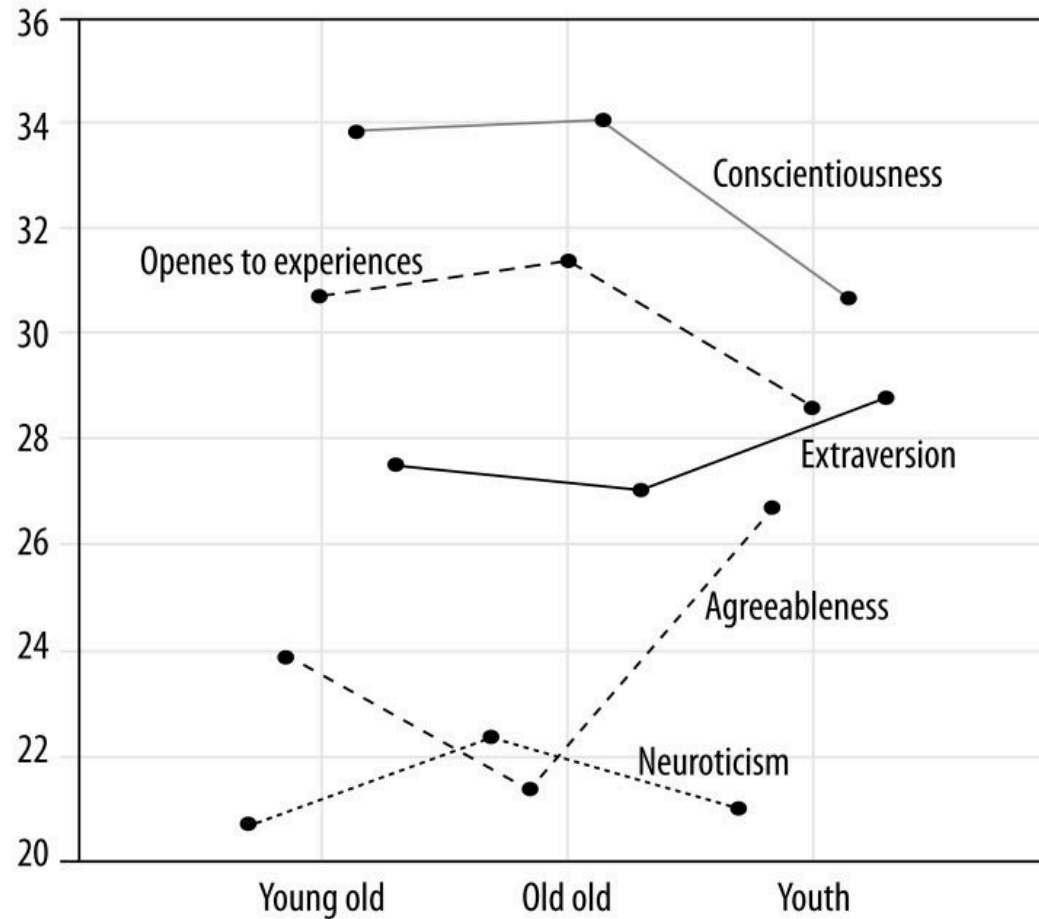
Metaanalyse longitudinaler Studienergebnisse:  
Die Stabilität der Persönlichkeitsmerkmale zeigt einen Anstieg mit zunehmenden Lebensalter

## Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen (Korrelationskoeffizienten)

frühe Kindheit	$r = 0,35$
Kindergartenalter	$r = 0,52$
frühes Erwachsenenalter	$r = 0,57$
mittleres Erwachsenenalter	$r = 0,62$
nach dem 50. Lebensjahr	$r = 0,75$

Roberts and Del Vecchio 2000, Psych Bull

# Alter und Persönlichkeit



Blachnio and Bulinski 2013, Med Sci Monit



# Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA)

## Fragen

- ➔ Was zeichnet „normales Altern“ aus?
- ➔ Wie ist der Zusammenhang zwischen Altern und Krankheit?

Beginn **1958**, **1400** Teilnehmer/-innen

# Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA)

Costa and McCrae 1997

## Ergebnisse

### - Nach dem 30. LJ. keine wesentliche Änderung der Persönlichkeit

Menschen, die im Alter von **30 Jahren** „heiter“ und „durchsetzungsfähig“ sind, werden diese Eigenschaften wahrscheinlich auch im Alter von **80 Jahre** zeigen

### - Die gängige Meinung, dass Menschen „natürlicherweise“ im Alter „griesgrämig“, „depressiv“ und „zurückgezogen“ werden wurde **nicht bestätigt**

Bedeutsame Änderungen der Persönlichkeit sind durch normale Alterungsvorgänge nicht zu erwarten, sondern am ehesten auf **Erkrankungen** oder eine **Demenz** zurückzuführen

# Alter und Persönlichkeit

## Baltimore Altersstudie des NIA (USA)

### Zusammenfassung

Drastische Änderungen der Persönlichkeit sind beim normalen Alterungsprozess nicht zu erwarten

Wenn sie auftreten sind diese häufig bedingt durch **organische Gehirnerkrankungen**, z.B. bei Neurodegeneration oder vaskulären Störungen

# Persönlichkeit im Alter

**Age differences in personality traits from 10 to 65:  
Big five domains and facets in a large cross-sectional sample**  
Soto et al. 2011, *J Personal Soc Psychol*

Folgende Persönlichkeitszüge nehmen im Alter zu



Verträglichkeit



Altruismus



Konformität

# Persönlichkeit im Alter

Studie aus Deutschland

**Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five**

Specht et al. 2011, J Personal Soc Psychol

- **Verträglichkeit nimmt im Alter zu**
- **Offenheit nimmt ab**
- **Gewissenhaftigkeit: zunehmend im Alter 20 - 40 Jahre**

Datenbasis **Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung** (SOEP = **Sozio-oekonomisches Panel**, eine der ältesten und größten **Längsschnittstudien privater Haushalte** in Deutschland). In den Jahren 2005 und 2009 wurden bei fast **15 000 Personen** die fünf zentralen Persönlichkeitsmerkmale erfasst: Emotionale Stabilität, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (**Big Five**)

# Persönlichkeit im Alter

Im Allgemeinen ist die Persönlichkeit eines Menschen relativ **stabil**

Im Kindesalter entwickelte Persönlichkeitskomponenten sind noch im Erwachsenenalter nachweisbar

**Dennoch:**

- bis zu einem Alter von 30 Jahren
- und ab einem Alter von 70 Jahren

kann sich sich die Persönlichkeit **bedeutsam ändern**

## ***Einfluss von Lebensereignissen***

Wenn junge Erwachsene ihren **ersten Beruf** ergreifen: **Gewissenhaftigkeit steigt**

**Eintritt in die Rente:** **Gewissenhaftigkeit sinkt**

**Heirat:** **Offenheit für Erfahrungen** nimmt ab,  
Nach **Trennung**, **Offenheit** steigt (zumindest bei Männern)

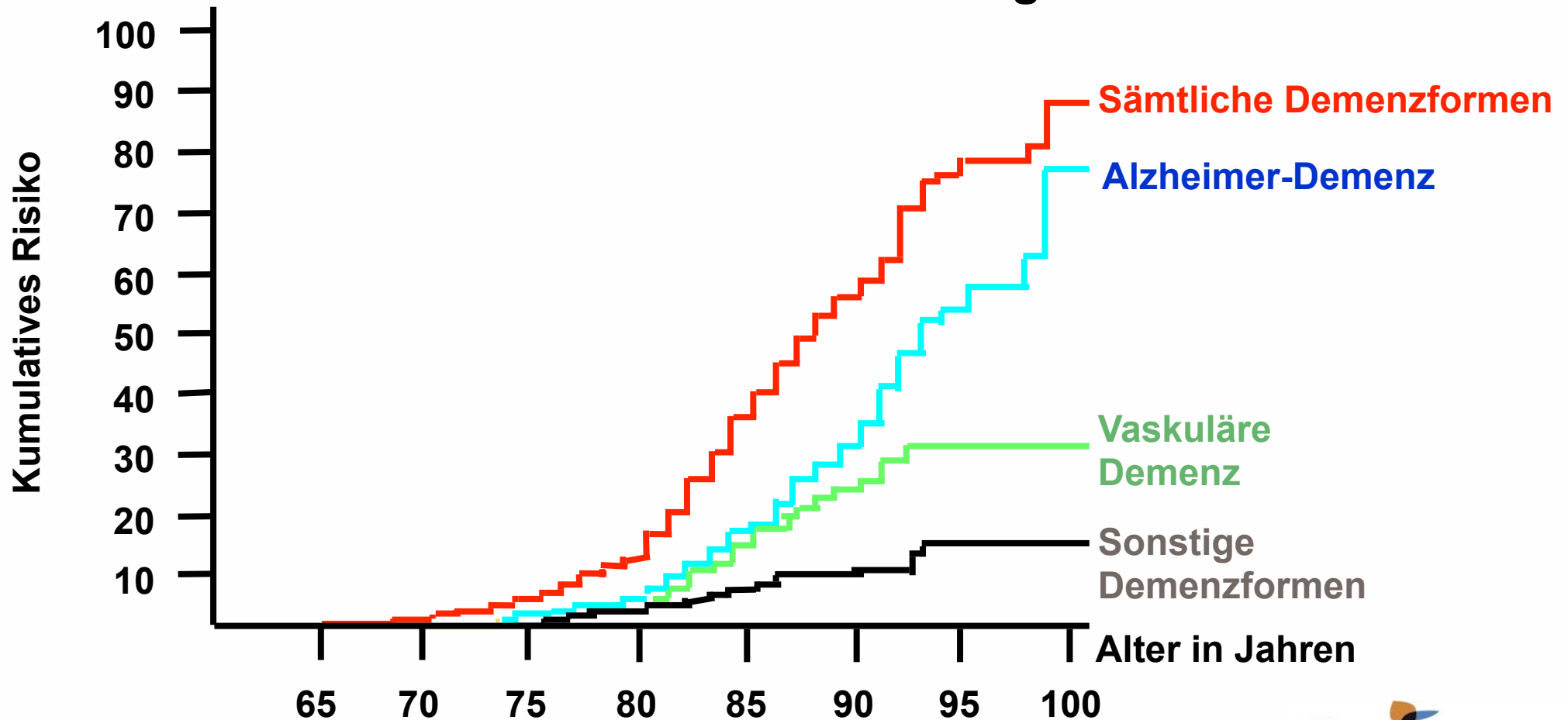
**Alter:** **Neurotizismus** nimmt etwas ab, **Offenheit** nimmt auch ab

Specht et al. 2011, J Personal Soc Psychol

**Differentialdiagnose** von Persönlichkeitsveränderungen im Alter:

# Alzheimer Krankheit

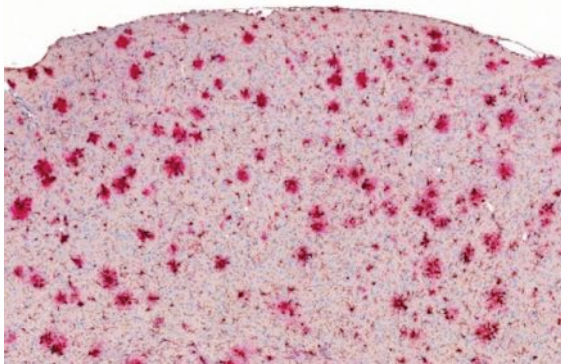
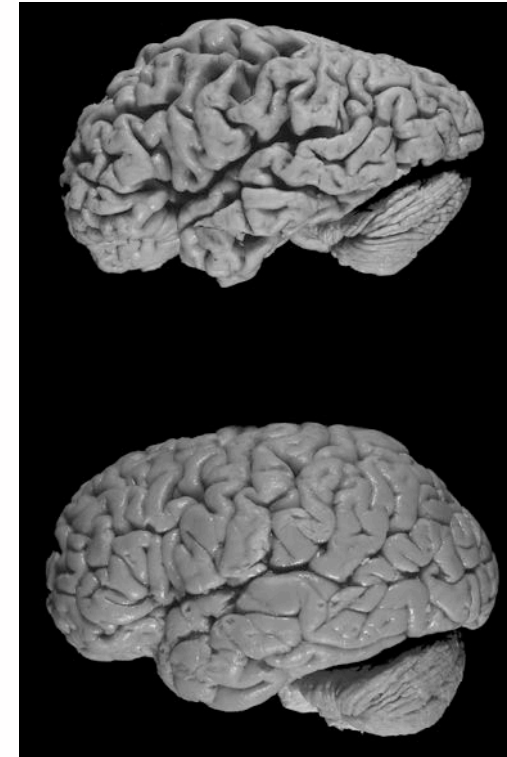
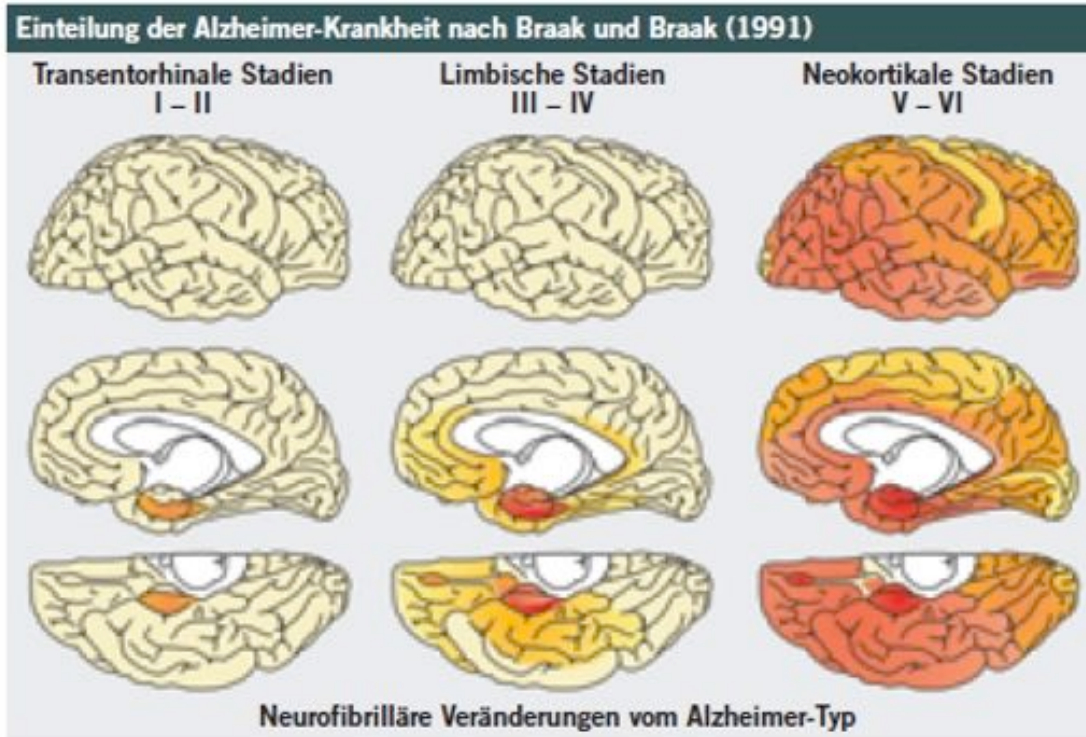
## Kumulatives Risiko für die Entstehung von Demenzerkrankungen



(Bickel 1995)



# Gehirnatrophie und M. Alzheimer



Amyloid Plaques im  
Neocortex

# Mild cognitive impairment (MCI)

## Definition nach Petersen

### **Leichte kognitive Störung Kriterien für das amnestische MCI nach Petersen 2004**

- Gedächtnisstörung vom Betroffenen oder Angehörigen oder beiden geschildert
- kognitive Einschränkung, die durch eine neuropsychologische Testbatterie objektiviert ist
- nicht eingeschränkte Alltagsfunktionen
- Fehlen einer Demenz nach den Kriterien des DSM-IV

Petersen RC 2004, J Intern Med

*Graphik: Eschweiler et al. 2010 Dt. Ärzteblatt*

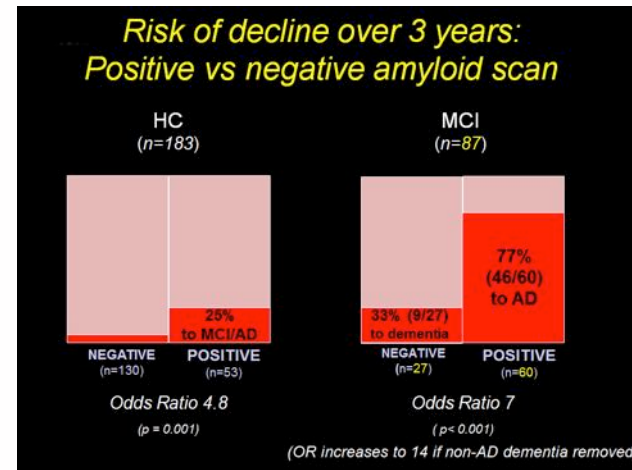
# Verlauf des MCI

→ **amnestische MCI** als Vorstufe zur **Alzheimer Demenz** –  
Longitudinalstudien: die meisten MCI Patienten mit Verlust des **episodischen Gedächtnisses** und **Amyloid Nachweis im PET** entwickeln innerhalb von 3 Jahren eine Alzheimer Demenz (Rowe 2013)

**MCI** = mild cognitive impairment

**PET** = Positronen-Emissions-Tomographie

Chris Rowe, Melbourne University 2013,  
**AIBL: Australian Imaging Biomarker and Lifestyle Study**  
(aktuell 750 Probanden, Beginn: 2006, serielle PIB-PET und MRI)



# Persönlichkeit im Alter: **Neurotizismus** und **Risiko**

# Neurotizismus

## Neurotizismus (auch **emotionale Labilität**) (Faktor aus „Big Five“)

Jemand ist **ängstlich, unruhig, besorgt** und kommt unter Stress leicht aus dem Gleichgewicht

- I. **Ängstlichkeit** (besorgt, furchtsam, nervös und angespannt)
- II. **Reizbarkeit** („individuelle Bereitschaft, Ärger zu erleben“)
- III. **Depression** (hoffnungslos, traurig, einsam und niedergeschlagen)
- IV. **Soziale Befangenheit** (sich in einer Gruppe unwohl und unterlegen fühlen)
- V. **Impulsivität** (unfähig, seine Begierden zu kontrollieren)
- VI. **Verletzlichkeit** (leicht in Abhängigkeit, Panik und Hoffnungslosigkeit geraten)

# Persönlichkeit und Mortalität

**Neurotizismus** verbunden mit erhöhtem Mortalitätsrisiko

**TABLE 3. Relation of Neuroticism and Activity Lifestyle to Mortality<sup>a</sup>**

Model	Model Term	Estimate (Standard Error)	Relative Risk (95% Confidence Interval)
A	Neuroticism	-0.009 (0.003)	1.013 (1.005–1.018)
	Cognitive activity	0.319 (0.029)	0.679 (0.634–0.727)
	Social activity		
	Physical activity		
B	Neuroticism	-0.008 (0.003)	1.010 (1.003–1.016)
	Cognitive activity		
	Social activity	0.124 (0.012)	0.860 (0.836–0.885)
	Physical activity		
C	Neuroticism	-0.012 (0.003)	1.014 (1.008–1.020)
	Cognitive activity		
	Social activity		
	Physical activity	0.029 (0.005)	0.965 (0.955–0.975)
D	Neuroticism	-0.006 (0.003)	1.007 (1.001–1.013)
	Cognitive activity	0.227 (0.037)	0.758 (0.705–0.814)
	Social activity	0.100 (0.015)	0.885 (0.860–0.912)
	Physical activity	0.022 (0.005)	0.974 (0.964–0.984)

<sup>a</sup> From accelerated failure-time models adjusted for age, sex, race, and education.

# MCI und Persönlichkeit

	MCI (n = 53)	Controls (n = 141)	F	d.f.
<b>Examination t1</b>				
Neuroticism	1.57 ± 0.48	1.39 ± 0.57	4.05*	1
Extraversion	2.24 ± 0.44	2.25 ± 0.48	0.03	1
Openness	2.10 ± 0.39	2.27 ± 0.39	7.47**	1
Agreeableness	2.70 ± 0.42	2.76 ± 0.39	0.88	1
Conscientiousness	3.01 ± 0.39	2.93 ± 0.46	1.28	1
<b>Examination t2</b>				
Neuroticism	1.45 ± 0.50	1.34 ± 0.56	1.80	1
Extraversion	2.26 ± 0.43	2.21 ± 0.46	0.51	1
Openness	2.11 ± 0.33	2.24 ± 0.34	6.04**	1
Agreeableness	2.66 ± 0.41	2.77 ± 0.38	3.25	1
Conscientiousness	3.04 ± 0.40	2.92 ± 0.42	3.22	1
<b>Examination t3</b>				
Neuroticism	1.44 ± 0.61	1.30 ± 0.51	2.35	1
Extraversion	2.17 ± 0.47	2.20 ± 0.49	0.21	1
Openness	2.09 ± 0.41	2.24 ± 0.36	8.34**	1
Agreeableness	2.72 ± 0.39	2.77 ± 0.40	0.64	1
Conscientiousness	2.30 ± 0.53	2.90 ± 0.46	1.55	1

SD = Standard deviation. \* p < 0.05, \*\* p < 0.01.

Kuzma et al. 2011,  
Dementia Geriatr Cogn  
Disord

The course of personality traits (NEO-FFI) in MCI and healthy controls: results of univariate comparisons (means ± SD)

# MCI und Persönlichkeit

Variable	$\chi^2$	OR	95% CI
Neuroticism	5.27*	2.24	1.12–4.45
Extraversion	0.77	1.43	0.64–3.21
Openness	2.12	0.51	0.20–1.26
Agreeableness	0.00	0.99	0.41–2.35
Conscientiousness	0.81	1.48	0.63–3.45
Education	12.32***	0.77	0.67–0.89
Female gender	7.44**	0.35	0.16–0.75

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Kuzma et al. 2011,  
Dementia Geriatr Cogn  
Disord

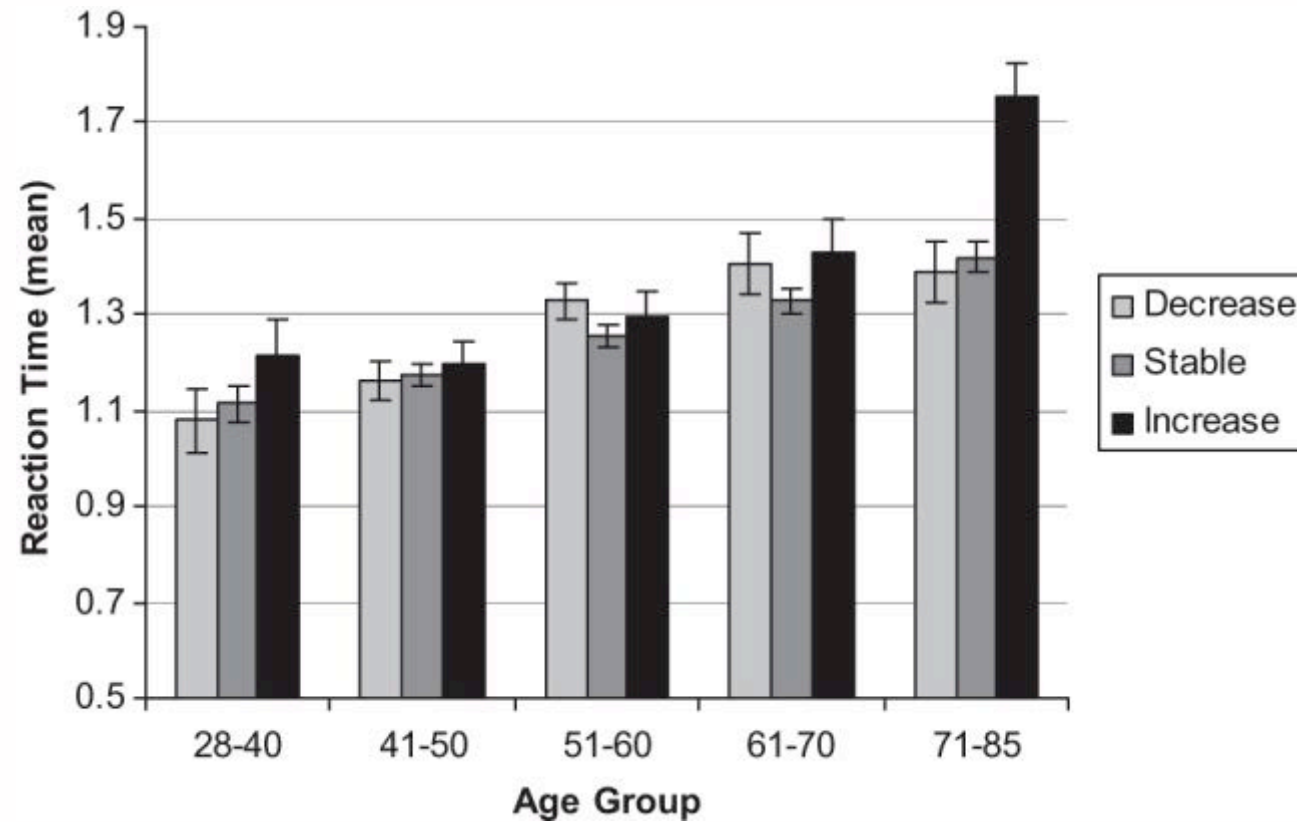
Personality traits (NEO-FFI) at t1 and prevalence of MCI at t3: ORs adjusted for education and gender

(t1: 1993/1994; t2: 1997/1998; t3: 2005/2007)



# Neurotizismus und kognitive Leistung

Anstieg von **Neurotizismus** assoziiert mit verlängerten Reaktionszeiten



Graham and Lachman 2012, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

Wie hoch ist die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei älteren Menschen?

Bisherige Studienlage: geringere Prävalenz und Symptomausprägung von Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe der Älteren

(z.B. Metaanalysen **5-10 %** in der Allgemeinpopulation)

Mordekar and Spence 2008, Adv Psychiatric Treatment  
Abrams and Bromberg 2006, Int J Geriatr Psychiatry  
Kroessler 1990, Hospital Community Psychiatry  
Abrams and Horowitz 1996, J Personal Disorder

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

**Table 3** Unweighted prevalence of DSM—IV personality disorder clusters, by demographic characteristics — eastern Baltimore, 1997–1999

Demographic characteristic	Cluster A disorders			Cluster B disorders			Cluster C disorders		
	<i>n</i> (%)	Test statistic <sup>1</sup>	<i>P</i>	<i>n</i> (%)	Test statistic <sup>1</sup>	<i>P</i>	<i>n</i> (%)	Test statistic <sup>1</sup>	<i>P</i>
Age (in years) <sup>2</sup>									
34–44	10 (3.7)			24 (9.1)			7 (2.6)		
45–54	8 (3.3)			12 (5.0)			11 (4.5)		
55–64	3 (2.9)			4 (3.9)			1 (1.0)		
65–94	1 (0.8)	$\chi^2_1=2.14$	0.14	2 (1.7)	$\chi^2_1=9.21$	0.002	1 (1.0)	$\chi^2_1=1.63$	0.20

The Hopkins Epidemiology of Personality Disorders sample (n = 742)

Samuels et al. 2002, Br J Psychiatry

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

Wie hoch ist die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Geriatrie?

Geriatr. Pflegeheime:	<b>2.8 %</b>	(Weissman 1993, J Personality Disord)
	<b>13 %</b>	(Ames and Molinari 1994, J Geriatr Psychiatry Neurol)
Geriatr. ambulante Pat.:	<b>5 - 33 %</b>	(Mezzich et al. 1987, Comp Psychiatry; Molinari and Marmion 1993, Psychologic Rep)
Geriatr. stationäre Pat.:	<b>7 - 61.5 %</b>	(Casey and Schrodtt 1989, Molinari and Marmion, 1995, J Geriatric Psychiatry Neurol)

# Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Alter

## Schwierigkeiten

- Kategoriale vs. dimensionale Definition
- Abhängigkeit von Schwellenwerten
- Anamnese schwer zu erheben
- Veränderte soziale Lebensumstände
- Eingeschränkte Kognition
- Körperliche Erkrankungen (Mobilität, Schwerhörigkeit)

# Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Alter

## Symptomwandel

Offen aggressives Verhalten vs passiv aggressives Verhalten

Dependentes Verhalten bei körperlichen Einschränkungen?

- Vorteile eines dimensionalen Ansatzes?
- adaptiert auf die speziellen Bedingungen im Alter?

# Persönlichkeitsstörungen im höheren Lebensalter

Sind die **diagnostischen Kriterien** für die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen auch im höheren Lebensalter valide?

Die **Präsentation** von Persönlichkeitsstörungen im Alter ist unterschiedlich zu Jüngeren

Gutiérrez F. *et al* 2012, *J Personality Disorders*

Bei anderen Patienten wurde im jungen Alter eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, die im Alter **fortbesteht**

Mordekar and Spence 2008, *Adv Psychiatric Treatment*

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: jüngeres und mittleres Erwachsenenalter wenig klinischen Auffälligkeiten, **Exazerbation im Alter?**

**DD Neuauftreten** von Persönlichkeitsstörungen im Alter? (Definition?, ICD10: Auftreten nach Krankheit / Extrembelastung)

Abrams 2002, *Principles Practice Geriatr Psychiatry*



# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

**Abnahme** der Prävalenz von **Cluster B** Persönlichkeitsstörungen bei älteren Populationen  
**mögliche Ursachen:**

- das Alter natürlicherweise begleitende **Abnahme von dramatischem Verhalten**
- altersassoziierte **neurobiologische Veränderungen**, die zur Reduktion dissozialen Verhaltens führen
- altersassoziierte **körperliche Schwäche**, die zur Reduktion des Ausübens führt
- **frühzeitiges Versterben** von Personen, die Hochrisikoverhalten zeigen
- **Selektionsbias**, da dissoziale Personen häufig inhaftiert sind

Mordekar and Spence 2008, Adv Psychiatric Treatment

# Das Alter und die Lebensphasen

## "Flamboyant personality gets better,"

study leader Peter Tyrer, MD, tells. "**For the others** -- and it worries me slightly as we deal with an aging population -- but **they are increasing their [suffering].**"

Tyrer, head of the department of psychological medicine at **Imperial College School of Medicine** in London, began the study **12 years** ago with **202 patients**. All were treated for depression, generalized anxiety disorder, or panic disorder. Tyrer found that more than half of the patients also suffered from underlying **personality disorders**. He recently found **178 of the patients** and again looked at their symptoms. He found that most of them suffered more from their personality disorders.

### The findings:

The odd/eccentric cluster includes people with **paranoid, schizoid, and schizotypal personalities**. These are the most severe types of personality disorders.

Most of these patients became significantly **less functional over time**

The fearful/anxious cluster includes people with **avoidant, dependent, and obsessive-compulsive personalities**. These patients also experienced significantly **more difficulty over time**

The flamboyant cluster includes people with **histrionic, antisocial, borderline, and narcissistic personalities**. Except for the borderlines -- considered the most difficult personality disorder to treat -- these patients **enjoyed significantly better lives** over time

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

## Cluster A Persönlichkeitsstörungen bei älteren Populationen

### Zunahme

Solomon 1981

van Alphen and Engelen 2005

↑ rigides Verhalten, Misstrauen

↑ bizarres Verhalten, soz. Rückzug

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

## Cluster B Persönlichkeitsstörungen bei älteren Populationen

<b>Abnahme</b>	↓ aggressives und impulsives Verhalten
<b>Zunahme</b>	↑ hypochondrische und depressive Symptome

Agronin and Maletta 2000, Am J Geriatr Psychiatry

# Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD)

# Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD)

## Borderline Terminologie *Historie*

- Grenzbereich Neurose/Psychose (Stern 1938)
- Persönlichkeitsorganisation, “frühe Störung” (Kernberg 1981)
- 1980 deskriptive Diagnostik: DSM III, ICD-9  
(Gunderson und Singer 1975, Spitzer et al. 1979)

## BPD Leitsymptome (*DSM IV, ICD-10*)

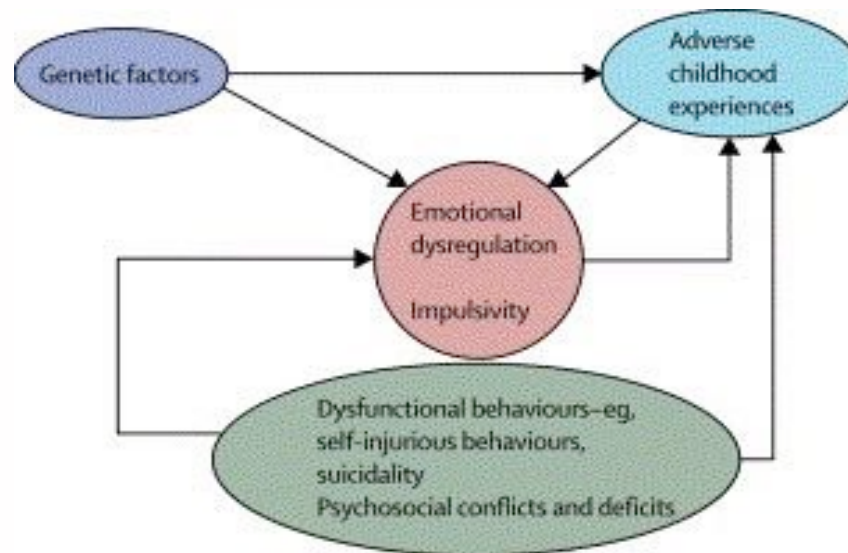
- emotionale Dysregulation (episodische Dysphorie, gestörte Emotionsregulation)
- Impulskontrollstörung und vermehrte Aggression

## BPD Lebenszeitprävalenz (Zanarini et al. 2005):

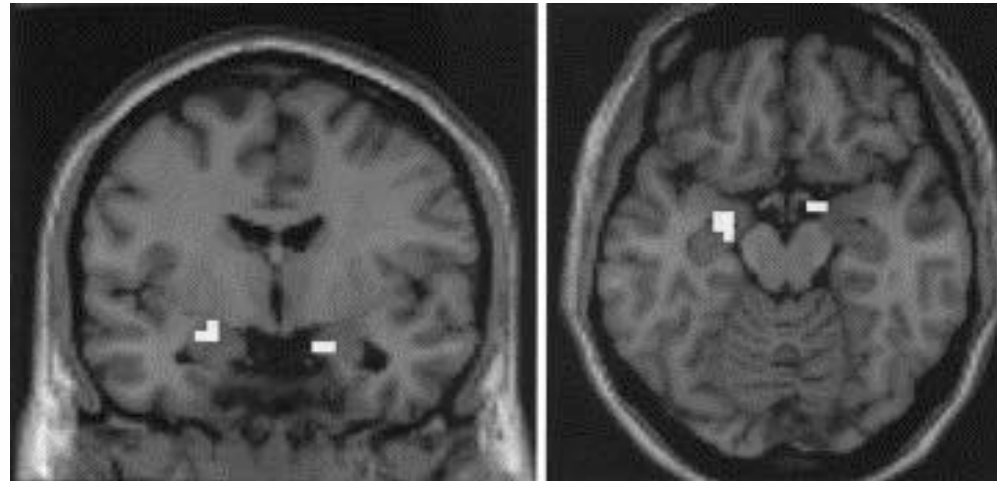
Bevölkerung:	0.7 – 1.2 %
Psychiatrische Populationen:	12 - 15 %

# Pathogenetisches Modell der Borderline Persönlichkeitsstörung

*(Lieb et al. 2004 Lancet)*



# Amygdala Aktivierung (fMRI) bei BPD



bei Präsentation emotional aversiver Bilder  
(International Affective Picture System (IAPS))

*Herpertz et al. (2001) Biological Psychiatry*



# Langzeitverlauf der BPD

**„besser als zuvor angenommen“**  
*Zanarini et al (2003, 2007)*

---

1. In der Mehrzahl der Fälle kommt es nach 6 und nach 10 Jahren Verlauf zu einer Teilremission
2. Impulsive Symptome einschliesslich selbstverletzendes Verhalten weisen eine gute Prognose auf
3. Hohe Co-Morbidität mit anderen Achse-I Störungen und schlechte soziale Anpassung sind verbunden mit einer ungünstigen Prognose

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

- Longitudinalstudien mit unbehandelten Pat. zeigten eine geringe Stabilität von Persönlichkeitsstörungen  
Grilo and McGlashan 1999, Curr Opin Psychiatry, Grilo et al. 2000, Psychiatr Q
- Eine Longitudinalstudie mit 290 Patienten (BPD, behandelt); 6-Jahres Follow-up: 73.5 % erfüllten nicht mehr die diagnostischen Kriterien für eine BPD  
Zanarini et al. 2003, Am J Psychiatry

Diese Ergebnisse widersprechen der ursprünglichen Definition von „**tief verwurzelten**“ und „**zeitlich überdauernden**“ Verhaltensmustern  
Schmeck und Schlüter-Müller 2012, Schweiz Arch Neurol Psychiatrie

# Borderline PS im Langzeitverlauf

**Longitudinalstudie 10 Jahre**, gematched für sozioökonomischen Status, Gruppe mit Depression ohne PS, **Alter: 18 – 45 Jahre**, Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders (**CLPS**)

**4 Standorte:** Brown, Columbia, Harvard, Yale (19 subsites)  
Gunderson et al. 2011, Arch Gen Psychiatry

BPD **n = 111**, OPD **n = 211** (AVPD **n = 97**, OCPD **n = 114**), MDD **n = 62**  
(**completer = 66 %** der Teilnehmer beim 10 Jahres Follow-up)

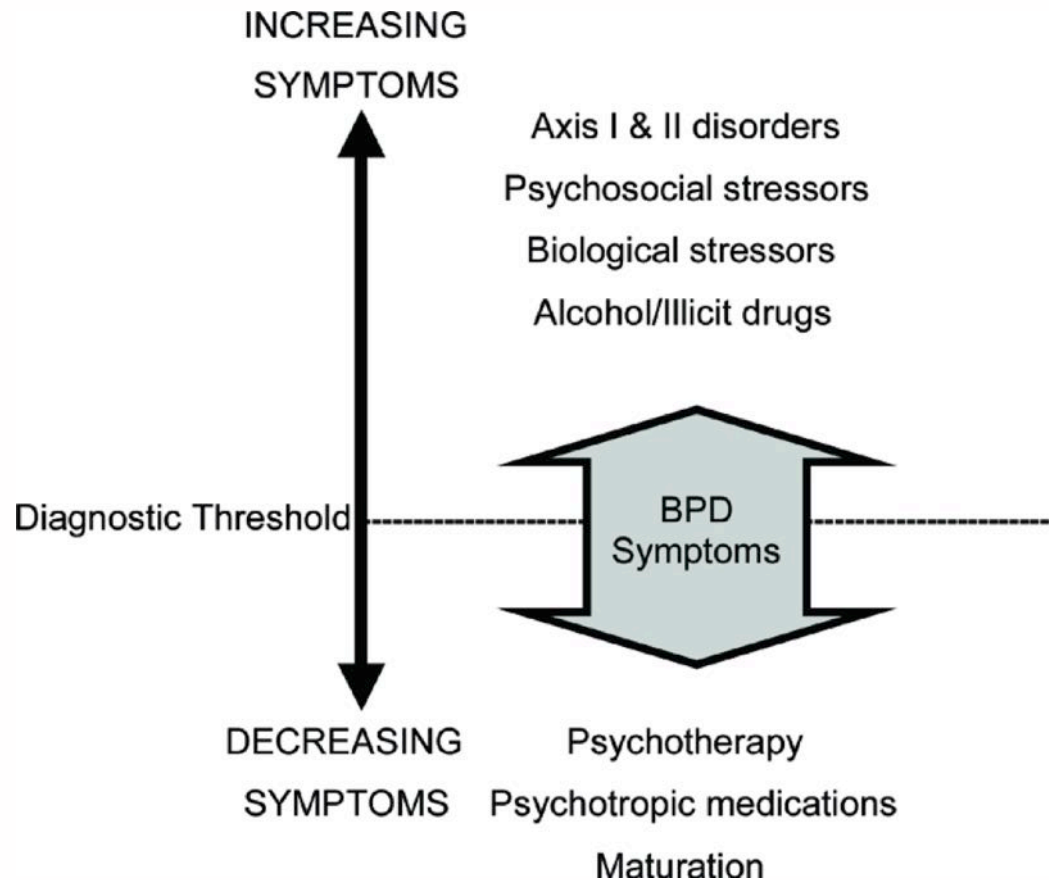
## Ergebnis

- Psychopathologie verbessert, - Psychosoziales Funktionsniveau bleibt eingeschränkt
- nach 10 Jahren: 1/3 hat Vollzeitbeschäftigung
- Verbesserung auch ohne spezifische Behandlung
- alle Symptome verbessern sich (affektive Instabilität, instabile Partnerschaften)(selbstverletzendes Verhalten, Stress / Paranoia).
- Rückfallrate = 11 %

Diagnostic Interview for *DSM-IV* Personality Disorders, with confirmation of the diagnosis from self-report measures and/or by independent clinical judgment.

MDD = Major Depressive Disorder, OPD = Other Personality Disorders

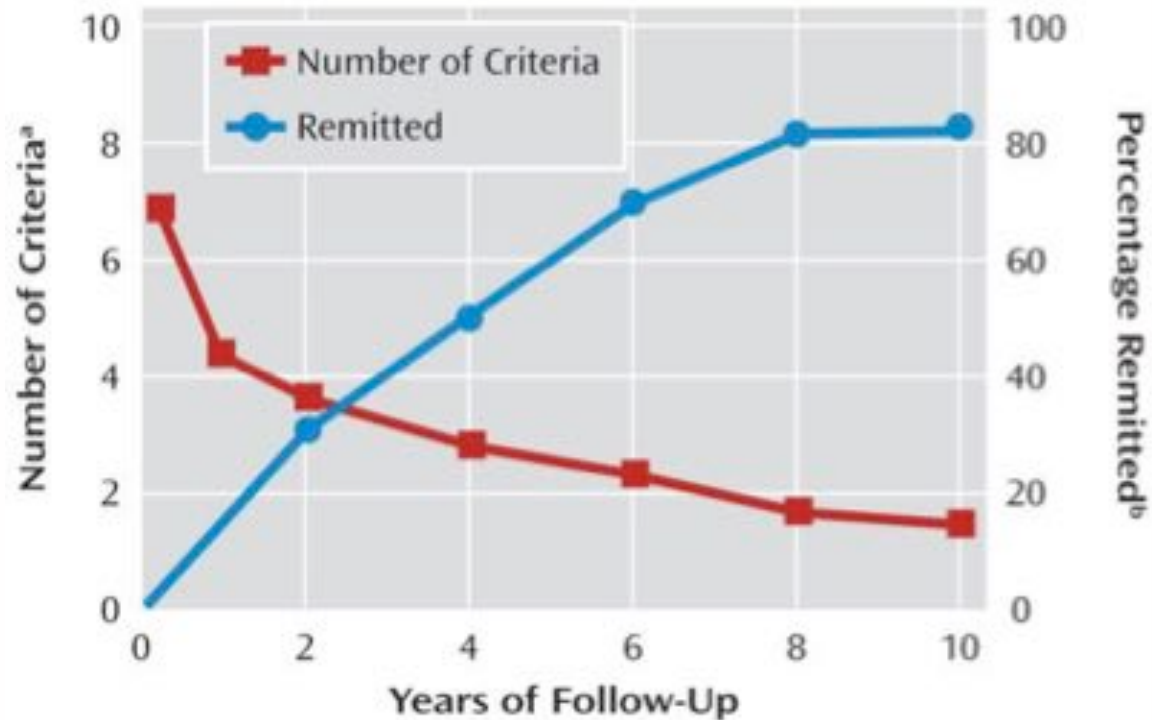
# Das Alter und die Lebensphasen



The Dynamic Model for Personality Disorder Symptomatology with borderline personality disorder (BPD) as a working example.

Sansone RA and Sansone LA 2008, Psychiatry (Edgmont)

# Borderline PS im Langzeitverlauf



## Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder

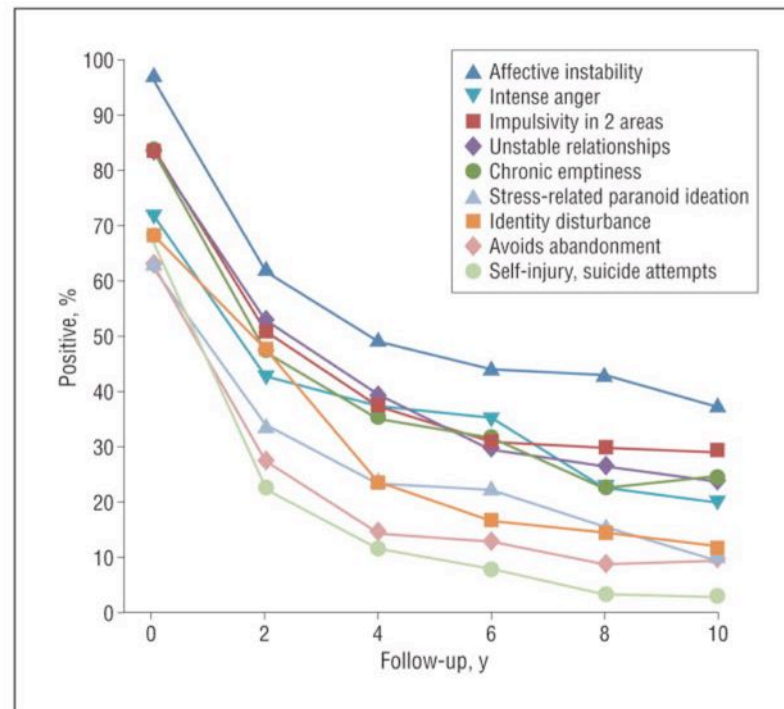
Data from the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders (CLPS), Gunderson et al. 2011

# Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM IV)

Mindestens **fünf** der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen
3. Identitätsstörung (Instabilität Selbstbildes oder Selbstwahrnehmung)
4. Impulsivität
5. Wiederholte suizidale Handlungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität (z. B. hochgradige episodische Dysphorie)
7. Chronische Gefühle von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

# Borderline PS im Langzeitverlauf



Prevalence of borderline personality disorder criteria. Positive indicates the cases with a score of 2 (definitely present and clinically significant) for each of the 9 borderline personality disorder criteria on the Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders, assessed for the 2 years prior to the follow-up point.

Gunderson et al. 2011

[Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder \(CLPS\)](#)

Arch Gen Psychiatry 68(8): 827-837

# Borderline PS im Langzeitverlauf

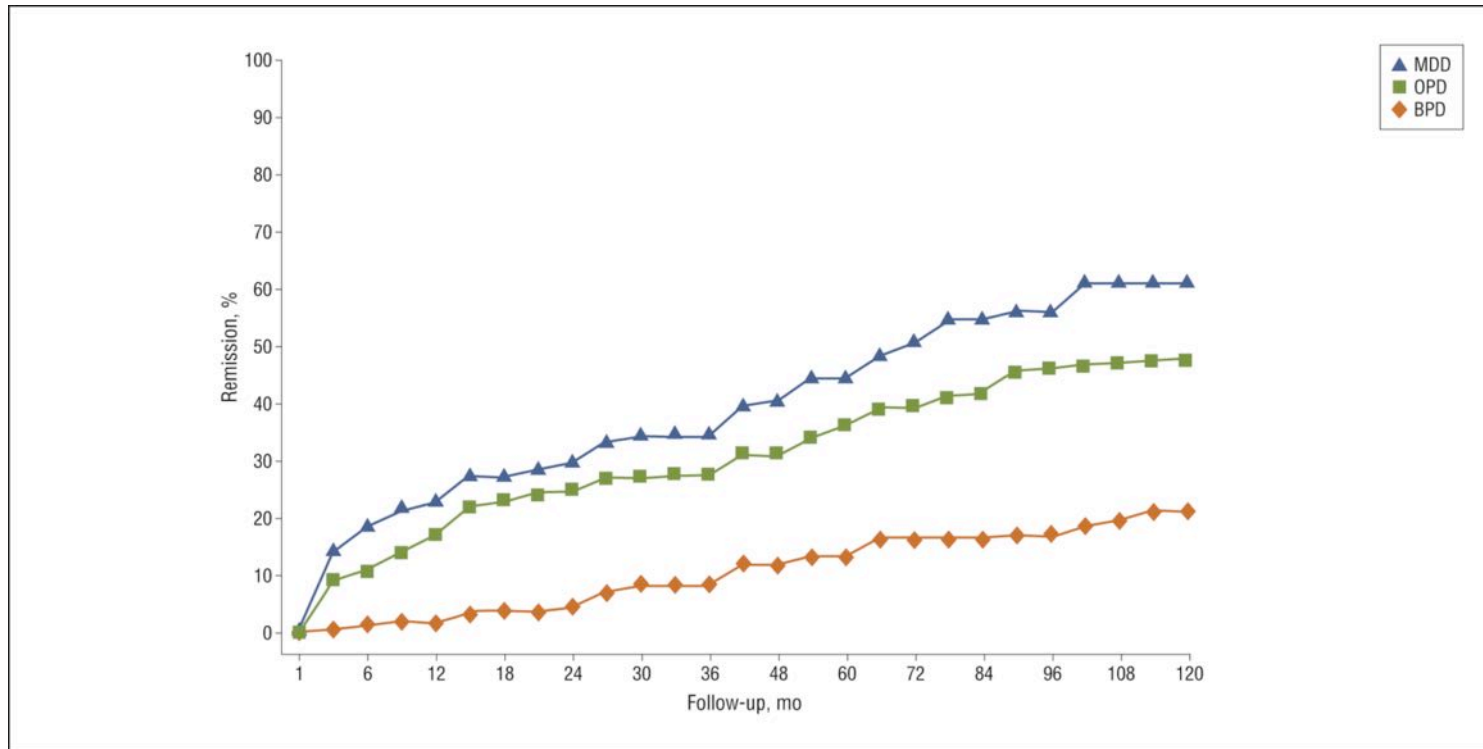


Figure 4. Functional remission, defined as a Global Assessment of Functioning score greater than 70 sustained for 2 months. Analyses were conducted using lifetest survival estimates. MDD indicates major depressive disorder; OPD, other personality disorders; and BPD, borderline personality disorder.

From: **Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)**  
Gunderson et al. 2011, Arch Gen Psychiatry 68(8):827-837



# Persönlichkeitsstörungen und Depression

# Persönlichkeitsstörungen und Depression

Wie hoch ist die **Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen** bei älteren Patienten mit **Achse I Störungen**?

Gruppe **älterer** psychiatrischen Patienten mit einer Major Depression oder einer Dysthymie:

Anteil **31%** mit Zusatzdiagnose Persönlichkeitsstörung (vorwiegend Cluster C)

Abrams 2006, Int J Geriatric Psychiatry

# Persönlichkeitsstörung und Achse I Depression

- ➔ Early onset Depression im Alter:  
Häufig verbunden mit **Cluster C** Persönlichkeitsstörungen
- ➔ Co-morbide Persönlichkeitsstörungen sind assoziiert mit  
einem **ungünstigeren Verlauf** der Depression
- ➔ Erhöhter Neurotizismus im Alter: **3-fach erhöhtes Rückfallrisiko** für Depression

# Psychotherapie im Alter

# Psychotherapie im Alter

## Table

### Recommended psychotherapies for depression in older adults

#### Healthy older adults

- PST
- CBT
- IPT

#### Medically ill older adults

- PST
- IPT
- CBT (COPD)

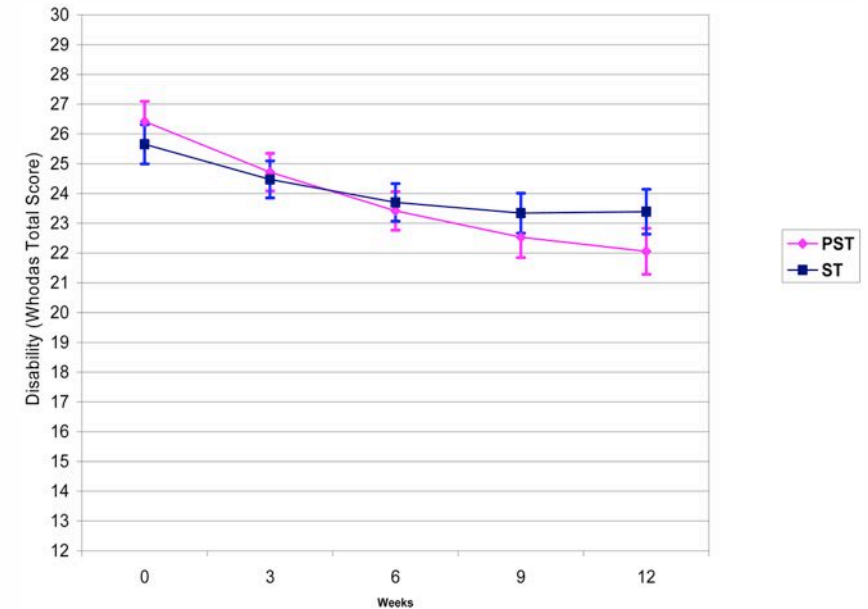
#### Disabled older adults

- PST (homebound elderly)

#### Mild cognitive impairment

- PST (executive dysfunction only)

PST, problem-solving treatment; CBT, cognitive-behavioral therapy; IPT, interpersonal therapy; COPD, chronic obstructive pulmonary disease.



Alexopoulos 2011, Problem Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults with Major Depression and Executive Dysfunction: Effect on Disability

Arch Gen Psychiatry

# Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen im Alter

- ➔ Neue Konzepte zur Behandlung der Depression im Alter (IPT-late life, Frank et al. 1993)
- ➔ Historie: Freud und die Psychotherapie bei älteren Menschen (50 Jahre Grenze)
- ➔ Ziel: Massgeschneiderte Psychotherapiestrategien für ältere Menschen mit / ohne kognitive Störung



# Psychotherapie im Alter

## Wissenschaftliches Symposium »Psychotherapie in der Geriatrie« 27. und 28. September 2013

Albertinen-Haus, Großer Saal  
Sellhopsweg 18-22. 22459 Hamburg



27.9.2013

**M. Härter**, Psychotherapeutische Versorgung  
multimorbider Hochaltriger

**H. Radebold**, Psychotherapie in der Geriatrie – 45 Jahre  
danach – weitergekommen?

**M. Peters**, Psychotherapie Hochaltriger – strukturbezogene  
Behandlungskonzepte

**E. Hinze**, Trauer und Melancholie im Alter

**G. Stoppe**, Erhalt der sozialen Teilhabe

**D. Kopf**, Vergessen, Demenz, Delir – Forschungsstand  
in der Psychotherapie

**U. Sperling**, Suizidalität in der geriatrischen Klinik

**S. Schaller**, Verhaltenstherapie der Suizidalität bei  
Hochbetagten

**A. Kruse**, Gerontologie und Psychotherapie

28.09.2013

**S. Wilfarth**, Psychotherapie in der Geriatrie

**J. Hummel**, Ambulante Verhaltenstherapie bei  
Depression Hochbetagter

**U. Müller-Wilmsen**, Verhaltenstherapie im Krankenhaus  
und in der geriatrischen Rehabilitation

**E. M. Kessler**, Psychotherapie im Pflegeheim

**R. Foerster**, Psychosomatischer Konsil-/Liaisondienst

**R. Lindner**, Aufsuchende psychodynamische Psychotherapie  
Älterer

**J. Sonntag**, Musiktherapie mit Dementen

**B. Dehm-Gauwerky**, Psychoanalytische Musiktherapie  
mit dementen, herausfordernden Patienten

**F. Bjerregaard**, Interpersonelle Psychotherapie im Alter

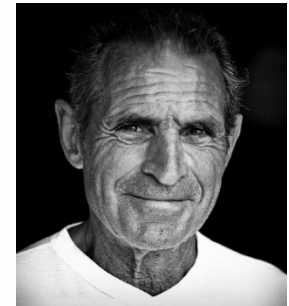
**I. Bräuninger**, Tanztherapie im Alter

# Persönlichkeitsstörungen im höheren Lebensalter: Ausblick

Notwendigkeit weiterer Forschung

**Langzeitstudien**

**Adaptierte Forschungskriterien**



- ➔ z.B. (dimensionale) Kriterien **adaptiert auf ältere Personen:**
  - Bedeutung dysfunktionaler Beziehungsmuster im Alter, dysfunktionale Anteile im Selbstkonzept (Auswirkung auf **Lebensqualität**, Fähigkeit zur **Autonomie** und **sozialen Teilhabe**)
  - Umgang, Einfluss und Wechselwirkung mit körperlichen und sozialen Verlusten / Begrenzungen
- biographische Langzeitperspektive
- ➔ Erfassung von „Ressourcen“ und „dysfunktionalen Anteilen“ der
- ➔ Persönlichkeit im Alter



# Altern und Persönlichkeit

## Zusammenfassung

- Persönlichkeit und Lebensqualität im Alter
- Persönlichkeit: Stabilität und Plastizität
- Neurotizismus und Risiko
  
- Schwierigkeiten der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen im Alter  
DD: organische Wesensänderung / MCI
- Abnahme von „Cluster B“ Persönlichkeitsstörungen im Alter
- Persönlichkeitsstörungen („Cluster C“) und Depression
  
- Ziel: Massgeschneiderte Psychotherapiekonzepte für das Spektrum der altersassoziierten Persönlichkeitsstörungen und weitere Forschung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

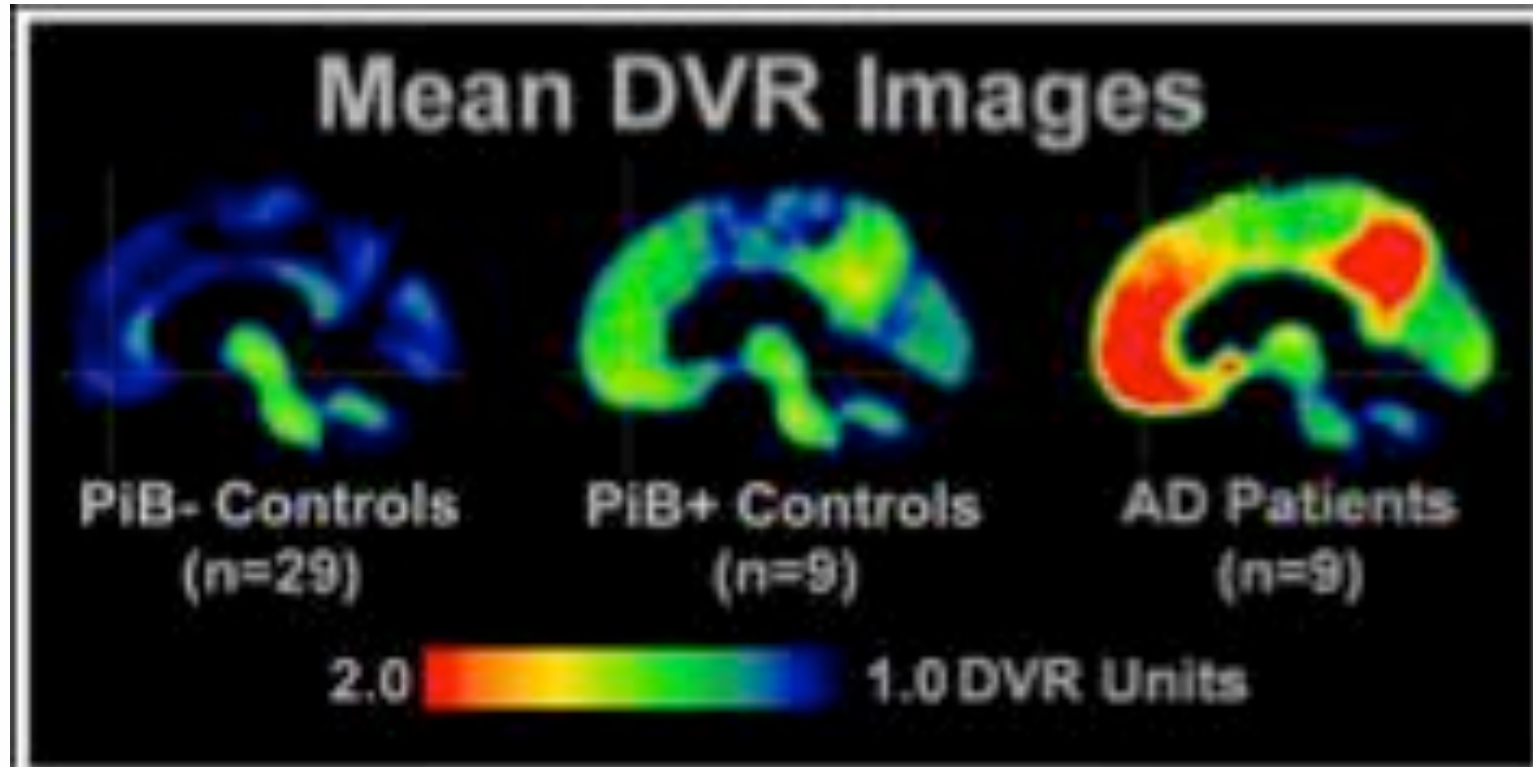
Amyloid PET (PiB)  
bei Kontrollen und M. Alzheimer

Kontrollen

- PiB

+ PiB

M. Alzheimer



*University of Pittsburgh Amyloid Imaging Group*

Amyloid-Ablagerung im Gehirn (**gelb-rot**):  
Nachweis durch Marker (PiB)

# Verlauf des MCI: Biomarker als Prognoseinstrument

MCI-Patienten

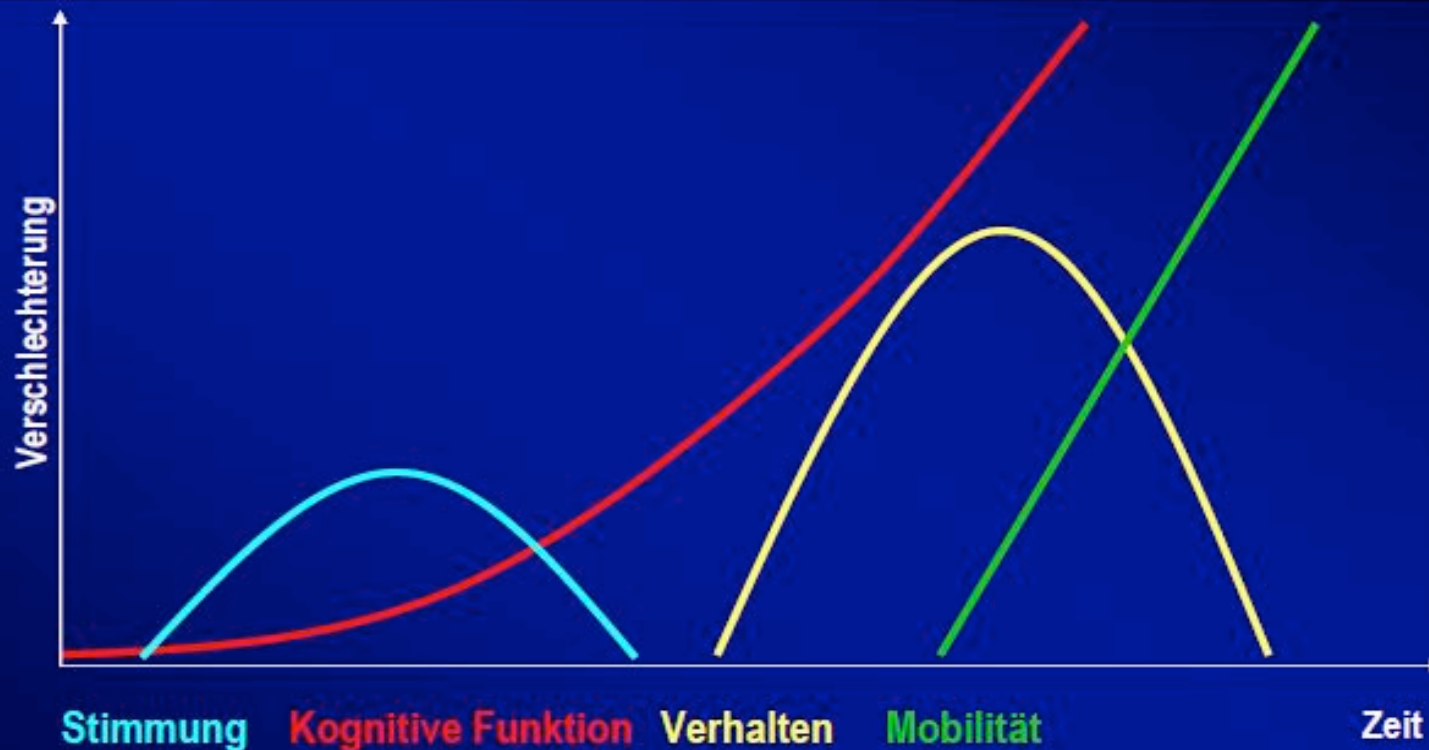
mit erniedrigtem A-Beta und erhöhtem Phospho-Tau im Liquor: **17-fach erhöhte**  
Konversionsrate in eine AD

als MCI-Patienten ohne dieses **Liquorprofil**

*Hansson et al. 2006 Lancet Neurol*

# M. Alzheimer

## Symptomentwicklung im Verlauf



Gauthier (1999); Feldman, Kertesz (2001); Auer et al. (1996); Reisberg et al. (1996); Barclay et al. (1985)

10



# Funktionelle cerebrale Bildgebung bei BPD

## PET Studien

- Signifikante Reduktion des Glucose Metabolismus im frontalen Cortex bei BPD (Goyer et al. 1994)
- Hypometabolismus in präfrontalen Cortexarealen bei BPD (De la Fuente et al. 1994, 1997)
- Frontaler Hypometabolismus assoziiert mit erhöhter Impulsivität (Soloff et al. 2003)

**BPD:** *Borderline Persönlichkeitsstörung*

# Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD10)

## Impulsiver Typus (F60.30)

Mindestens **drei** der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter 2.:

1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und launische Stimmung

## Borderline Typus (F60.31)

Mindestens **drei** der oben erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens **zwei** der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller)
2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

**Table 1. The Prevalence (Percentage) of Personality Disorders in 10 Community Studies\***

	Study, y										Totals	
	Drake et al, <sup>9</sup> 1998	Zimmerman et al, <sup>10</sup> 1989	Reich et al, <sup>11</sup> 1989	Black et al, <sup>12</sup> 1992	Maier et al, <sup>13</sup> 1992	Bodlund et al, <sup>14</sup> 1993	Samuels et al, <sup>15</sup> 1994	Moldin et al, <sup>16</sup> 1994	Klein et al, <sup>17</sup> 1995	Lenzenweger et al, <sup>18</sup> 1997	Median	Pooled
No. of participants	369	799	235	247	452	133	762	303	258	229	3786	3786
Location	Boston, Mass	Iowa	Iowa	Iowa	Mainz, Germany	Umeå, Sweden	Baltimore, Md	New York, NY	New York	New York		
Instrument	Clin Int <i>DSM-III</i>	SIDP <i>DSM-III</i>	PDQ <i>DSM-III</i>	SIPD <i>DSM-III</i>	SCID-II <i>DSM-III-R</i>	SCID-screen <i>DSM-III-R</i>	Clin Int <i>DSM-III</i>	PDE <i>DSM-III-R</i>	PDE <i>DSM-III-R</i>	PDE <i>DSM-III-R</i>		
Personality disorder												
Paranoid	1.1	0.9	0.9	1.6	1.8	4.5	0.0	0.0	1.7	0.4	0.90 (0.0-4.5)	0.95
Schizoid	4.1	0.9	0.9	0.0	0.4	0.8	0.0	0.0	0.9	0.4	0.60 (0.0-4.1)	0.79
Schizotypal	2.4	2.9	5.1	3.2	0.7	0.0	0.1	0.7	0.0	0.0	0.70 (0.0-5.6)	1.53
Antisocial	0.8	3.3	0.4	0.8	0.2	0.8	1.5	2.6	2.2	0.8	0.80 (0.2-3.3)	1.61
Borderline	0.5	1.6	0.4	3.2	1.1	3.8	0.4	2.0	1.7	0.0	1.35 (0.0-4.6)	1.24
Histrionic	3.8	3.0	2.1	3.2	1.3	4.5	2.1	0.3	1.7	1.9	2.10 (0.3-4.5)	2.72
Narcissistic	3.5	0.0	0.4	0.0	0.0	5.3	0.0	0.0	3.9	1.2	0.20 (0.0-5.3)	0.87
Avoidant	1.6	1.3	0.0	2.0	1.1	3.8	0.0	0.7	5.2	0.4	1.20 (0.0-5.2)	1.22
Dependent	10.3	1.8	5.1	1.6	1.5	0.8	0.1	1.0	0.4	0.4	1.25 (0.4-10.3)	2.22
Obsessive-compulsive	0.5	2.0	6.4	9.3	2.2	4.5	1.7	0.7	2.6	0.0	2.10 (0.0-9.3)	2.32
Passive-aggressive	7.8	3.3	0.0	10.5	1.8	0.0	0.1	1.7	1.7	0.0	1.70 (0.0-10.5)	2.59
Self-defeating	...	...	...	...	...	0.8	...	...	...	0.0	0.4 (0.0-0.8)	0.26
Sadistic	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	0.0
Any PD	22.5	17.9	11.1	22.5	10.0	18.8	5.9	7.3	14.8	6.7	14.50 (5.9-22.5)	13.50

Torgersen et al.  
2001, Arch Gen  
Psychiatry

\*Clin Int indicates the clinical interview for DSM-III; SIDP, Structured Interview for DSM-III Personality Disorder (PD); PDQ, Personality Diagnostic Questionnaire; SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-III Axis II Personality Disorders; PDE, Personality Disorder Examination for DSM-III-R; ellipses, not applicable.

# Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM IV)

Mindestens **fünf** der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, "Fressanfälle"). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
7. Chronische Gefühle von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

# Das Alter und Persönlichkeitsstörungen

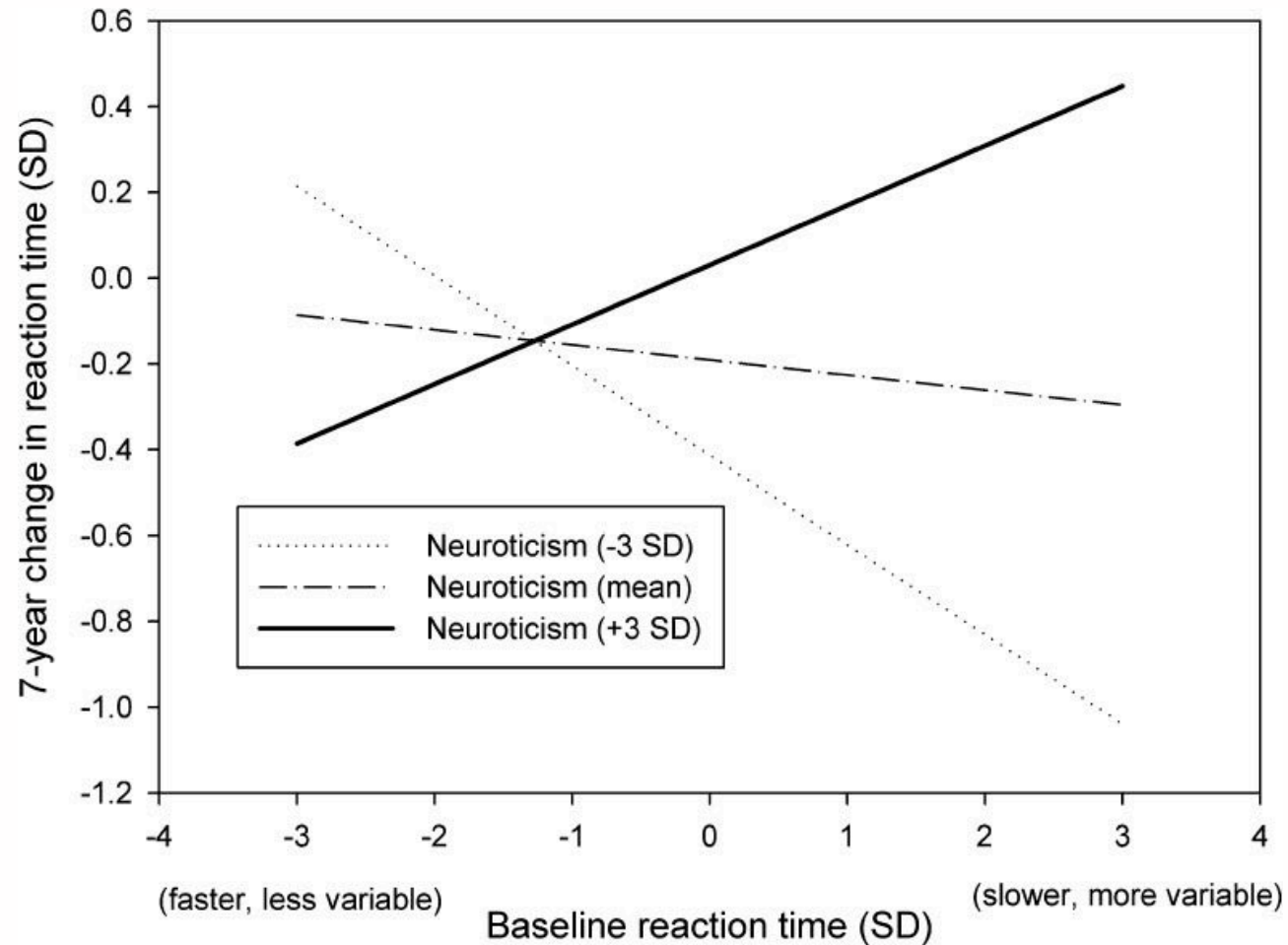
AMERICAN 2011  
**Scientist**

Philosophische, ethische und  
praktische Fragen

**Aging: To Treat, or Not to Treat? The possibility of treating aging is not just an idle fantasy**

By David Gems

# Neurotizismus und kognitive Leistung



Hagger-Johnson et al. 2012, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.