

STECKBRIEF

Borderline-Störung

Brit-Meike Fischer-Pinz

Bei der Borderline-Störung handelt es sich um eine sogenannte Persönlichkeitsstörung, welche sowohl für die Betroffenen als auch für ihr Umfeld häufig mit einem hohen Maß an emotionaler Anstrengung, Stress und Frustrationserleben verbunden ist. Sie kann stark beeinträchtigend auf das Alltags-, Schul-, Arbeits- und Familienleben der Patienten wirken.

Störungsbegriff

Die Bezeichnung „Borderline“ wurde in den dreißiger Jahren eingeführt unter der Vorstellung, dass das Störungsbild auf einer unscharfen „Grenzlinie“ zwischen Psychose und Neurose einzuordnen sei. Historisch wurde die Erkrankung häufig und noch bis in die sechziger Jahre dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet. Im weiteren Verlauf wurden die „Borderline Personality Organization“ beschrieben und der Begriff der Persönlichkeitsstörung als eigenständige Krankheitskategorie entwickelt.

In der noch geltenden Klassifikation der ICD-10 gilt die Borderline-Störung als eine Variante der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung.

Vorkommen und Häufigkeit

Die Lebenszeitprävalenz (Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben zu erkranken) der Borderline-Störung liegt bei etwa 3 %, bei Einbeziehung auch jugendlicher Patienten bei etwa 5 %. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, wobei weibliche Patienten deutlich häufiger therapeutische Behandlung suchen und entsprechend klinisch umfänglicher wahrgenommen werden. Der Erkrankungsbeginn liegt meist in der frühen Adoleszenz, ein Symptommaximum zeigt sich häufig mit Mitte 20.

Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht ein erhöhtes Risiko, an einem Suizid zu versterben (Lebenszeitrisiko von 4,5 %). Auch weisen die Betroffenen eine sehr hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf und zeigen eine höhere Rate an körperlichen Erkrankungen, was wahrscheinlich auf eine nicht ausreichende Selbstfürsorge sowie ungünstige Lebensstilfaktoren (Nikotin, Alkohol, Bewegungsmangel, Überdosierung von Medikamenten) zurückzuführen ist.

Ursachen

Bei der Entstehung der Borderline-Störung wird von einem „multifaktoriellen“ Geschehen ausgegangen, an dem neurobiologische wie psychosoziale Aspekte beteiligt sind.

Hinsichtlich biologischer Faktoren sind genetische Veranlagungen von Bedeutung, was bei den Betroffenen wahrscheinlich mit einer erhöhten emotionalen Sensibilität und Bedürftigkeit einhergeht. Auch gibt es deutliche



Brit-Meike Fischer-Pinz
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Oberärztliche Leitung der
Therapiestation der
Therapiestation für Kinder
(0 bis 6 Jahre) und ihre
Eltern Asklepios Klinik
Harburg

Hinweise auf strukturelle und funktionelle Normabweichungen in für die Stress- und Emotionsverarbeitung wichtigen Hirnarealen. Gesicherte psychosoziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Störung sind die frühe Erfahrung von sexueller oder körperlicher Gewalt, Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen sowie das Fehlen von Schutz und Sicherheit gewährenden weiteren Bezugspersonen. Neuere Modelle beschreiben die Bedeutung unerwiderter Beziehungserwartungen, die mit einem tiefgreifenden subjektiven Erleben von Enttäuschung und Zurückweisung und in der Folge dysfunktionalen Bewältigungsstrategien sowie einem negativen Selbstbild einhergehen.

Symptomatik

Bei der Borderline-Störung zeigt sich eine weitgefächerte Symptomatik, die sich maßgeblich auf die Bereiche Emotionsregulation, Identität und soziale Interaktion bezieht. Die Betroffenen erleben Emotionen im Sinne einer Hypersensitivität länger und intensiver und werden unter Stress von diesen überflutet. Häufig kommt es mehrmals täglich zu einschneidenden, starken und als sehr unangenehm erlebten Anspannungszuständen, welche über Stunden anhalten können. Bei der unter Stresserleben eingeschränkter Selbstreflexionsfähigkeit kommt es im Sinne des Spannungsabbaus zu nur kurzfristig wirksamen, dysfunktionalen Problemlösestrategien in Form von Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und Intoxikationen (Vergiftungen). Im Kontext einer gestörten Emotionsregulation kann es bei den Betroffenen stressassoziiert zu dissoziativen Phänomenen kommen, d. h. zu einer vorübergehenden Störung der Situations- und Selbstwahrnehmung mit Kribbelempfindungen, optischer und akustischer Einengung sowie Unwirklichkeitserleben. Häufig treten im Rahmen der Borderline-Störung sogenannte Pseudohalluzinationen (akustische oder optische Halluzinationen, die aber als solche erkannt werden) auf.

Hinsichtlich des Identitätserlebens zeigen sich bei den Betroffenen ausgeprägte Selbstwertschwankungen, Störungen der Körperwahrnehmung und des Körperbildes, eine mangelnde innere Konsistenz (Gefühl, kein stabiles Ich zu haben, sich abhängig von der Meinung anderer ständig zu ändern) sowie ein Erleben innerer Leere mit fehlender Verbindung zu sich selbst. Vor diesem Hintergrund kann es zu existentiellen Einsamkeits- und Isolationserleben kommen, zu einem quälenden Gefühl, anders als alle anderen zu sein. Im Bereich der sozialen Interaktion zeigt sich eine ausgeprägte Angst vor Zurückweisung, welche das Beziehungsverhalten maßgeblich beeinflusst. Auch haben die Betroffenen deutliche Schwierigkeiten, positive soziale Signale zu erkennen und angemessen einzuordnen, und neigen zum subjektiven Erleben sozialen Ausgeschlossenenseins. Angesichts einer verminderten Fähigkeit zu vertrauen, einer tiefen Angst, verlassen zu werden, gepaart mit einer gleichzeitigen Schwierigkeit, Nähe auszuhalten, kommt es zu Störungen in der Nähe-Distanzregulation. Das hat komplizierte Beziehungskonstellationen mit häufigen Wechseln zwischen Trennung und Wiederannäherung zur Folge. Angesichts von starker Anspannung oder Erleben von Angst und Scham können im Rahmen der Borderline-Störung impulsive und aggressive Verhaltenskonstellationen entstehen.



Quellenangaben I

Benkert, O., Hippus, H. (2013):
Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, Springer, 9. Auflage.

Bohus, M., Reicherzer, M. (2020): Ratgeber Borderline-Störung – Informationen für Betroffene und Angehörige, Hogrefe.

Bohus, M. (2019): Borderline-Störung, Fortschritte der Psychotherapie Band 14, Hogrefe.

DGPPN/ Voderholzer, U.: Therapie psychischer Erkrankungen State of the art, Urban & Fischer.:

Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Lieb, K. (2023): Borderline-Persönlichkeitsstörungen, S. 493 – 509.

Fiedler, P. (2023): Ätiologie und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen: eine psychosoziale Perspektive, S. 472 – 483.

Herpertz, S. C. (2023): Ätiologie und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen: eine neurobiologische Perspektive, S. 484 –

Diagnostik

Die Diagnose der Borderline-Störung wird „klinisch“ gestellt. Das bedeutet, dass anhand der anamnestischen Angaben der Patienten, ggf. der fremdanamnestischen Auskünfte des Umfeldes und der Beobachtung des Arztes unter Einbeziehung gezielter Erkundungsfragen ein sogenannter „psychopathologischer Befund“ erstellt wird.

Hinsichtlich der Borderline-Störung stellen desweiteren operationalisierte Fragebögen wichtige diagnostische Instrumente dar, wie etwa das IPDE (International Personality Disorder Examination) oder das SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV/Achse II Persönlichkeitsstörungen).

Für die Diagnosestellung nach ICD-11 müssen die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt werden (Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst und/oder zwischenmenschliche Störungen, manifestiert in kognitiven Mustern, emotionalem Erleben, emotionalem Ausdruck und Verhalten; mindestens zwei Jahre; verschiedene Schweregrade). Darüber hinaus definiert sich das spezifische „Borderline-Muster“ durch ein „durchdringendes Muster der Instabilität von zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild, Affekten und ausgeprägter Impulsivität“, welches durch neun mögliche Kriterien, von denen mehrere vorhanden sein müssen, untermauert wird.

Im Rahmen der Diagnostik muss eine präzise differentialdiagnostische Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen mit in Teilen vergleichbarer Symptomatik erfolgen, gleichsam ist die hohe psychische Komorbidität (Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, EBSstörungen, ADHS, Suchterkrankungen) zu erfassen. Angesichts sehr hoher auch körperlicher Komorbiditätsraten und häufig verminderter Selbstfürsorge sollte ebenfalls eine somatische Untersuchung erfolgen.

Exkurs: Wechsel vom IDC-10 zum ICD-11

Mit der auch in Deutschland mittelfristig inkrafttretenden Neufassung der geltenden Diagnoseklassifikation (Übergang von ICD-10 zu ICD-11) wird im Sinne eines Paradigmenwechsels hinsichtlich der Diagnosestellung der Persönlichkeitsstörungen ein deutlich verändertes Konzept eingeführt. Dabei wird - mit dem Ziel u. a. einer Entstigmatisierung und eines besseren Erfassens des Erlebens der Betroffenen - eine dimensionale Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen und Schweregraden in den Mittelpunkt gestellt, während die bisher geltenden Kategorien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen weitestgehend entfallen.

Hinsichtlich der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat man sich – als Sonderlösung nach einem intensiven fachlichen Diskussionsprozess und zur Sicherung der therapeutischen Versorgung - schließlich auch in der ICD-11 für eine Beibehaltung der bestehenden Kriterien im Sinne eines sogenannten „Borderline-Musters“ entschieden.

Im Vergleich zu den Diagnosekriterien der ICD-10 wurden in der ICD-11 die Altersgrenze aufgehoben und das Zeitkriterium deutlich verändert.



Quellenangaben II

Breil, J., Sachse, R. (2018): Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Hogrefe.

DGPPN e. V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Version 1.0 vom 14.11.2022 verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien>.

Herpertz S.C., Schneider I., Renneberg, B., Schneider, A (2022): 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.

Mitmansgruber, H. (2020): Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung : Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11, Forum (2020); 89-99. <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00151-4>.

Therapie

Die lange bestehende Annahme, dass die Borderline-Störung kaum behandelbar sei, konnte durch die Entwicklung störungsspezifischer psychotherapeutischer Konzepte inzwischen verändert werden.

Die Behandlung der Borderline-Störung sollte mittels einer störungsspezifischen, meist ambulanten Psychotherapie erfolgen. Am besten belegt sind hierbei die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). Eine medikamentöse Behandlung kann angesichts bestehender Komorbiditäten sinnvoll sein. Auch können Psychopharmaka (z. B. Neuroleptika) symptomorientiert unterstützend wirken, sollten aber insgesamt zurückhaltend eingesetzt werden.

Im Langzeitverlauf kommt einer sozialen Integration der Betroffenen außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems eine besondere Bedeutung zu.

Die Schwierigkeiten in den Bereichen Emotionsregulation, Empathie und Konfliktfähigkeit können bei Borderline-Patienten zu ungünstigem Verhalten in der Elternrolle mit negativen Auswirkungen auf die emotionale und gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder führen. Entsprechend sind die Einbeziehung der Angehörigen und ein sensibler Blick auf die Familie von Seiten des Helfersystems von hoher Relevanz. Auch ist es wichtig anzuerkennen, dass die Arbeit mit Borderline-Patienten auf Helferseite sehr intensiv ist und ein hohes Maß an emotionaler Energie erfordert, weshalb Unterstützung und regelmäßiger Austausch dringlich sind. ●