

# «Borderline-Störungen werden in der Praxis oft nicht erkannt»

Was steckt hinter dieser Persönlichkeitsstörung und wie geht man mit Betroffenen um? Ein Gespräch mit dem Kinder- und Jugendpsychiater Romuald Brunner

**Borderline-Erkrankungen sind in der Bevölkerung zwar häufig, werden aber im primärärztlichen Bereich nur in rund der Hälfte der Fälle korrekt diagnostiziert. Im folgenden Interview erläutert Privatdozent Dr. med. Romuald Brunner, leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg, an welchen Zeichen sich diese Persönlichkeitsstörung in der Praxis am besten erkennen lässt und wie man sich gegenüber Betroffenen verhalten sollte.**

**ARS MEDICI:** *Warum ist in letzter Zeit immer häufiger von der Borderline-Störung zu hören?*

**Brunner:** Bei Jugendlichen hat in den letzten Jahren das selbstschädigende Verhalten, zum Beispiel durch Aufritzen der Unterarme oder anderer Körperregionen, deutlich zugenommen. Zwar kann man daraus nicht schliessen, dass auch die Borderline-Störungen zugenommen haben, allerdings ist selbstschädigendes Verhalten ein häufiges Zeichen bei Borderline-Erkrankungen, die dadurch auch mehr Aufmerksamkeit erhalten.

*Ist die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber Borderline-Störungen gerechtfertigt?*

**Brunner:** Die Borderline-Störung hat unter den Persönlichkeitsstörungen eine herausragende Stellung. Borderline-Störungen präsentieren sich von allen Persönlichkeitsstörungen mit den dramatischsten Auffälligkeiten. Es kann zu Suizidversuchen, heftigen Wutausbrüchen oder massiven Selbstverletzungen kommen, die dann rasche Hilfe erfordern. Dagegen treten Menschen mit anderen Persönlichkeitsstörungen klinisch

viel weniger in Erscheinung. Menschen mit einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung leben zum Beispiel zurückgezogener, aber keiner schickt sie deshalb gleich zum Arzt. Ähnliches gilt auch für schizoide Persönlichkeiten, die eben oft als eigenwillige oder merkwürdige Menschen wahrgenommen werden, ohne dass die Umwelt möglicherweise stark darunter leidet. Zudem ist die Borderline-Störung unter allen Persönlichkeitsstörungen diejenige, die am häufigsten psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Interventionen erfordert. Rund 1,6 bis 1,8 Prozent leiden in der Allgemeinbevölkerung unter einer Borderline-Störung, was eine etwa doppelt so hohe Prävalenz darstellt wie bei schizophrenen Erkrankungen. Dabei sollte man nicht vergessen, dass durch Borderline-Störungen sehr hohe Kosten entstehen. Zum Beispiel durch intensivmedizinische Massnahmen nach einem Suizidversuch. Im Gegensatz zu schweren depressiven Störungen, bei denen es vielleicht ein einziges Mal im Rahmen einer depressiven Episode im Leben zu einem Suizidversuch kommt, durchzieht die Suizidalität bei Borderline-Patienten oft das ganze Leben. Einige werden wegen Suizidversuchen mehr als 20 Mal auf Intensivstationen aufgenommen, was enorme Kosten verursacht. Es gibt Berechnungen, wonach die Ausgaben für die Versorgung der Borderline-Erkrankung wohl bald die Ausgaben bei schizophrenen Patienten übersteigen.

## «Borderline-Störungen sind doppelt so häufig wie Schizophrenien»

*Warum werden Borderline-Patienten in der ärztlichen Primärvorsorgung oft nicht erkannt? Angeblich wird nur bei 42 Prozent eine korrekte Diagnose gestellt.*

**Brunner:** Wenn ein Borderline-Patient zum Beispiel wegen eines Suizidversuchs oder einer Selbstverletzung zum Arzt kommt, wird teilweise nur der eine Suizidversuch oder die einzelne Selbstverletzung isoliert betrachtet. Für eine umfassende Diagnostik bleibt in der täglichen Routine oft zu wenig Zeit. Ohne eine Ganzkörperuntersuchung fallen zum Beispiel alte Narben von früheren Schnittverletzungen, die den Verdacht auf eine Borderline-Störung lenken könnten, aber nicht auf. Häufig wird auch nicht exploriert, ob extrem starke Stimmungs-

schwankungen vorhanden sind, ob eine chronische Suizidalität vorliegt, ob schwere Kontakt- und Beziehungsstörungen mit vielfachem Abbruch von persönlichen Beziehungen vorhanden sind, ob häufig ein Gefühl der Leere oder Depressionen bestehen, die in ihrer Kombination dann auf eine Borderline-Störung hindeuten können.

Grundsätzlich sollte man aber auch betonen, dass eine umfassende psychiatrische Exploration und die Einleitung entsprechender Therapien nicht die vordringliche Aufgabe von Allgemeinmedizinern oder Chirurgen sind, sondern dies eher durch ein psychiatrisches Konsil erfolgen sollte, was in der Praxis allerdings unzureichend häufig in die Wege geleitet wird.

*Warum finden bei Borderline-Patienten zu selten psychiatrische Konsile statt?*

**Brunner:** Sicherlich ist das Wissen über Borderline-Störungen in vielen medizinischen Disziplinen noch nicht ausreichend. Manchmal wird auf ein psychiatrisches Konsil aber auch verzichtet, um zusätzliche Arbeit oder eine Eskalation der Situation zu vermeiden, also wegen der Sorge, dass Betroffene ein psychiatrisches Konsil ablehnen könnten und es dann zu Spannungen oder Auseinandersetzungen kommt. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Man darf das aber nicht zu einseitig sehen. Auch die Verfügbarkeit von Psychiatern ist nicht immer und überall ausreichend.

*Bei welchen Symptomen sollte ein Arzt hellhörig werden und an eine Borderline-Störung denken?*

**Brunner:** Es gibt kein einzelnes Zeichen, das für die Borderline-Störung pathognomonisch wäre. Entscheidend ist vielmehr das Zusammentreffen verschiedener Kriterien. Hellhörig sollte man zum Beispiel werden, wenn folgende drei Leitsymptomatiken gemeinsam vorliegen: Erstens Selbstdestruktivität wie zum Beispiel repetitives Ritzen. Zweitens extrem starke Stimmungsschwankungen innerhalb kurzer Zeit, zum Beispiel ein Kippen zwischen euphorischer, normaler und schwer depressiver Stimmung. Und drittens starke Kontakt- oder Identitätsprobleme. Der Verdacht auf eine Borderline-Störung erhärtet sich dann insbesondere, wenn die Problematik schon ein bis zwei Jahre dauert und nicht im Sinne einer akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung bei einer aktuellen Krise auftritt, die zum Beispiel infolge einer einschneidenden Lebensveränderung, eines schweren Verkehrsunfalls oder im Zuge einer lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankung, zum Beispiel einer Krebserkrankung, auftreten kann.

*Wie oft verbirgt sich hinter repetitivem Ritzen eine Borderline-Störung?*

**Brunner:** Dazu gibt es keine Studien. Bekannt ist nur, dass zirka 70 Prozent der Borderline-Patienten Selbstverletzungen zeigen. Umgekehrt steckt bei schwerem repetitivem Ritzen vielleicht in einem Drittel eine Borderline-Erkrankung dahinter. Allerdings sollte man bei repetitiven Selbstverletzungen auf jeden Fall psychotherapeutische Hilfe anbieten, unabhängig davon, ob ein Borderline-Syndrom oder eine andere Störung vermutet wird.

## Merksätze

- Borderline-Störungen sind etwa doppelt so häufig wie schizophrene Erkrankungen.
- Geschlechtsverteilung: rund 70 % Frauen.
- Borderline-Störungen sind nicht wie früher vermutet eine Grenzerkrankung (borderline) zwischen psychosomatischen und psychotischen Erkrankungen. Borderline-Störungen werden heute zu den so genannten Persönlichkeitsstörungen gezählt.
- Nur rund die Hälfte der Borderline-Störungen wird im primärärztlichen Bereich korrekt erkannt.
- Es gibt kein einzelnes klinisches Zeichen, das für die Borderline-Störung pathognomonisch wäre.
- Wenn Betroffene mit selbstzugefügten Schnittverletzungen zum Arzt kommen, ist es am wichtigsten, nicht mit Vorwürfen zu reagieren.
- Beim Verdacht auf eine Borderline-Störung empfiehlt es sich, die Problematik grundsätzlich anzusprechen, statt sie totzuschweigen.
- Ständige Wiederholungen von Selbstverletzungen sind bei Borderline-Störungen kein Zeichen von Harmlosigkeit. Im Gegenteil: Häufiges und intensives Selbstverletzen ist ein wichtiger Vorhersagefaktor für einen späteren Suizid und sollte unbedingt ernst genommen werden.
- Je nach Symptomatik können bei Borderline-Patienten neben psychotherapeutischen Ansätzen auch Medikamente wie zum Beispiel SSRIs, Carbamazepin oder auch Neuroleptika unterstützend zum Einsatz kommen.
- Obsolet sind MAO-Hemmer, trizyklische Antidepressiva und Benzodiazepine.
- Schwere Traumatisierungen in Kindheit und Jugend spielen bei der Entwicklung von Borderline-Störungen eine grosse Rolle. Allerdings scheinen oft noch weitere Faktoren für die Krankheitsentstehung erforderlich zu sein.

*Das Ritzen wird oft als ein «Sich-wieder-Spüren» beschrieben? Ist diese Vorstellung nicht zu einfach oder zu bildlich?*

**Brunner:** In der Tat sagen viele Patienten im Selbstbericht, dass sie sich durch das Ritzen wieder spüren oder dass sie vom Rinnen des warmen Blutes über die Haut wieder beruhigt werden und dadurch eine deutliche Entlastung erfahren. Es gibt aber auch ungefähr ein Drittel, bei denen das Ritzen eher eine

interaktive Funktion hat, dass sich die Familie, der Lebenspartner oder auch Ärzte wieder um sie kümmern und das Ritzen keine unmittelbare psychische Entlastung bringt.

*Wie sollen sich Hausärzte bei einem Verdacht auf eine Borderline-Störung verhalten?*

**Brunner:** Am wichtigsten ist es, nicht mit Vorwürfen zu reagieren. Das kann natürlich im Einzelfall schwierig sein, wenn ein Borderline-Patient zum fünften oder zehnten Mal mit Selbstverletzungen zum Nähen kommt oder man deshalb wieder mal um drei Uhr nachts aufstehen muss. Ähnlich wie bei Schizophrenie- oder Magersuchtpatienten darf man den Betroffenen aber die Symptomatik auch bei einer Borderline-Störung nicht zum Vorwurf machen.

Grundsätzlich sollte man die Patienten mit der Problematik eher konfrontieren, als die Schwierigkeiten totzuschweigen. Natürlich nicht im Sinne einer massiven Konfrontation. Zum Beispiel kann man den Leidensdruck vorsichtig ansprechen. Oft empfiehlt es sich, auf Nebenschauplätzen zu beginnen, zum Beispiel ein eventuelles Schulversagen anzusprechen oder Probleme mit den Eltern zu thematisieren, was schliesslich auch als Anlass für eine weitere psychotherapeutische Hilfe genutzt werden kann. Grundsätzlich sollte man sich als Arzt eher trauen, solche Problematiken anzusprechen, und nicht sagen, das kann man dem Patienten nicht zumuten. Meist wollen sich Ärzte das selbst nicht zumuten, während die Patienten das schon aushalten würden und davon ja auch langfristig profitieren.

*Wenn sich eine Borderline-Patientin immer wieder selbst verletzt, kann schnell das Gefühl aufkommen «das ist völlig harmlos, das macht die doch ständig».*

**Brunner:** Genau vor dieser Ermüdung sollte man warnen. Zwar können die Selbstverletzungen für die Betroffenen eine Entlastung darstellen, doch die Häufigkeit und Intensität von Selbstverletzungen ist ein starker Vorhersagefaktor für einen späteren Suizid und sollte deshalb unbedingt ernst genommen werden. Grundsätzlich sollte man immer im Hinterkopf behalten, dass die Gesamtsuizidrate bei Borderline-Störungen ähnlich hoch ist wie bei schweren depressiven Erkrankungen.

*Wohin soll man Patienten mit einem Verdacht auf eine Borderline-Erkrankung überweisen?*

**Brunner:** Insgesamt gibt es in Deutschland nur wenige Stellen, die auf Borderline-Erkrankungen spezialisiert sind. Prinzipiell kann man aber zu jedem Psychiater oder Psychotherapeuten überweisen. Zwar hat nicht jeder ein adäquates Behandlungskonzept für Borderline-Patienten, aber jeder wird die Diagnose stellen können und bei Bedarf weiterüberweisen. Grundsätzlich erscheint zumindest die erste Vorstellung bei einem ärztlichen Psychotherapeuten günstiger als bei reinen Psychologen, da oft noch eine umfassende ärztliche Diagnostik und Mitbehandlung zum Beispiel mit Medikamenten erforderlich ist. Am wichtigsten erscheint aber eine für dieses Krankheitsbild qualifizierte psychotherapeutische Ausbildung.

*Welche Fehldiagnosen erhalten Borderline-Patienten am häufigsten?*

**Brunner:** Am häufigsten werden Borderline-Störungen mit Schizophrenien oder beginnenden Schizophrenien verwechselt. Teilweise ist es nicht einfach zu beurteilen, ob das für Borderline-Störungen typische Kriterium «paranoide Vorstellungen beziehungsweise dissoziative Symptome» vorliegt oder ob es sich um echte psychotische Symptome handelt.

Für eine Borderline-Störung würde dabei zum Beispiel sprechen, dass die paranoid anmutenden Ideen schnell wieder verschwinden, während bei Schizophrenien solche schnellen Wechsel normalerweise nicht zu beobachten sind, sondern es meist Wochen dauert, bis es zu einer Remission kommt und es den Schizophrenie-Patienten wieder besser geht.

Zudem findet sich bei Borderline-Störungen normalerweise eine deutliche Stressabhängigkeit der Symptome, wohingegen die Auffälligkeiten bei Schizophrenien in aller Regel durchgängig auftreten.

Ausserdem haben Borderline-Patienten unter ihrer Erkrankung überhaupt keine intellektuellen Einbussen. Dagegen werden bei Schizophrenien beinahe regelhaft so genannte formale Denkstörungen beobachtet, wie zum Beispiel zerfahrenes Denken, Denkhemmungen oder schwere Konzentrationsstörungen. Nicht ganz einfach kann im Einzelfall auch die Abgrenzung zu den so genannten posttraumatischen Belastungsstörungen sein, da die Symptomatik bei Borderline-Patienten typischerweise unter Belastungen wach gerufen wird. Wobei etwa ein Drittel der Borderline-Patienten gleichzeitig auch die Diagnose einer chronisch posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt, die im Wesentlichen auf kumulative traumatische Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter oder auch später erlebte Gewalterfahrungen zurückzuführen ist.

*Wie hoch ist die Gefahr der Verwechslung mit bipolaren Störungen?*

**Brunner:** Eine solche Fehldiagnose kann durchaus mal vorkommen, allerdings ist die Verwechslungsgefahr insgesamt gering. Denn bei bipolaren Störungen zeigen sich zum Beispiel die maniformen Symptomatiken eher langanhaltend über mehrere Wochen und nicht wie bei Borderline-Störungen nur über Stunden. Bei bipolaren Störungen kommen ausserdem oft

## «Am häufigsten werden Borderline-Störungen mit Schizophrenien verwechselt»

Denkstörungen vor, die sich bei Borderline-Erkrankungen nicht zeigen.

Zudem findet sich bei Borderline-Erkrankungen häufig eine charakteristische Vorgeschichte. Oft wurden in der Vergangenheit alle möglichen Arten von Psychotherapien in Anspruch genommen, mal stationär, mal teilstationär, die dann wieder abgebrochen wurden. Häufig findet sich ein wildes Medizieren, bei dem viele zahlreiche Psychopharmaka von Antidepressiva über Antikonvulsiva bis hin zu Neuroleptika ausprobiert wur-

## Woran erkennt man Borderline-Störungen?

Um die Diagnose Borderline-Störung zu stellen, müssen nach der Definition der DSM-IV mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt sein:

- Verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden.
- Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, die sich durch einen Wechsel von Idealisierung und Entwertung auszeichnen.
- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung (z.B. Angst vor dem Verlust des Selbst, nur eine Scheinpersönlichkeit zu sein, die zusammenbricht; Erfahrung der Depersonalisation).
- Impulsives Verhalten mit potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen (z.B. «Fressanfälle», exzessive Kaufräusche, Substanzmittelmisbrauch).
- Wiederkehrende suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten (z.B. Ritzen).
- Affektive Instabilität (z.B. innerhalb kurzer Zeit extrem starke Schwankungen zwischen fröhlicher Stimmung und tiefer Trauer).
- Chronisches Gefühl innerer Leere.
- Unangemessene, drastische Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren.
- Vorübergehende, stressabhängige paranoide Gedanken (z.B. sich verfolgt fühlen oder sich grundsätzlich abgelehnt und als Person nicht akzeptiert fühlen) oder schwere dissoziative Symptome (z.B. das Gefühl, nicht mehr so sicher zu wissen, hatte ich mir das vorher eingebildet oder hat es wirklich stattgefunden, also Situationen, wo Traum und Wirklichkeit für die Betroffenen verschwimmen).

den. Wichtige Unterscheidungsmerkmale sind natürlich auch Wahnvorstellungen wie Grössenwahn oder Schuldwahn, die sich nur bei den bipolaren Störungen zeigen, aber nicht bei Borderline-Erkrankungen.

*Immer häufiger ist beim Borderline-Syndrom von der so genannten dialektisch behavioralen Therapie zu hören. Ist das mittlerweile die Standardtherapie?*

**Brunner:** Die dialektisch behaviorale Therapie ist ein Verfahren, das bei Borderline-Störungen zunehmend Verbreitung findet und dabei als ganz wesentlicher Therapiebaustein anzusehen ist. Das Verfahren ist eine der ganz wenigen empirisch gesicherten Methoden bei Borderline-Erkrankungen.

*Wie oft kommen Medikamente bei Borderline-Störungen zum Einsatz?*

**Brunner:** Im Erwachsenenbereich werden vermutlich 40 bis 70 Prozent eine adjuvante Pharmakotherapie erhalten. Im Jugendalter ist man damit allerdings deutlich zurückhaltender.

*Welche Medikamente sind zu empfehlen?*

**Brunner:** SSRIs können zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Depressivität, fehlende Wutkontrolle oder auch aggressive Impulse eine grosse Rolle spielen. Vorsichtig sollte man allerdings bei stark dissoziativen und paranoiden Ideen beziehungsweise bei maniformen Symptomen sein, um diese Symptomatik nicht zu verstärken, was bei SSRIs durchaus passieren kann. Zu empfehlen ist zum Beispiel Fluoxetin, das in Dosierungen zumeist von 40 bis 60 mg zum Einsatz kommen kann. Abgesehen von vegetativen Störungen in den ersten zwei Wochen wird das Medikament insgesamt auch gut vertragen.

Bei starken affektiven Schwankungen kann dagegen das Antiepileptikum Carbamazepin sinnvoll sein, wovon eine Subgruppe der Borderline-Patienten profitiert. Wichtig sind dabei engmaschige Kontrollen der Blutspiegel, da zu hohe Carbamazepin-Spiegel zu deliranten Symptomen führen können. Zudem sollten Leber- und Nierenwerte überwacht werden.

Darüber hinaus kann man sich auch Neuroleptika wie Perazin oder Risperidon zu Nutze machen, allerdings nicht unter der Idee, eine Psychose zu behandeln, die bei Borderline-Patienten ja nicht vorliegt, sondern zur Stabilisierung der Stimmung und um die Affektspannung zu reduzieren, ohne gleichzeitig eine Sedierung zu verursachen.

## «Die dialektisch behaviorale Therapie ist eines der ganz wenigen gesicherten Behandlungsverfahren»

Opiatantagonisten und Betablocker spielen dagegen in der Praxis von wenigen Ausnahmen abgesehen keine Rolle. Absolut obsolet sind MAO-Hemmer, trizyklische Antidepressiva oder auch Benzodiazepine, die ungünstige Nebenwirkungen haben können, beziehungsweise die Einnahme von Benzodiazepinen kann auch in einem Suchtverhalten münden. Grundsätzlich muss eine medikamentöse Begleittherapie ärztlich überwacht sein.

*Mit dem Begriff Borderline wollte man ursprünglich zum Ausdruck bringen, dass es sich um eine Krankheit an der Grenze zwischen Psychose und Neurose handelt. Ist diese Vorstellung noch aktuell?*

**Brunner:** Nein. Wahrscheinlich würde man diese Erkrankung heute nicht mehr Borderline-Störung nennen. Denn die Auffälligkeiten, die bei Borderline-Patienten unter Stress auftreten können, stellen keine psychotische Entgleisung im eigentlichen

Sinne dar. Zudem zeigen Studien, dass aus Borderline-Patienten im Langzeitverlauf keine schizophrenen Patienten werden.

## « Die Biografie hat eine grosse Bedeutung, sie ist aber nicht allein entscheidend »»

*Bei Borderline-Patienten finden sich oft schwere Traumatisierungen in der Kindheit. Ist die Borderline-Erkrankung also eine biografisch bedingte Erkrankung?*

**Brunner:** Nein, das kann man so nicht sagen, auch wenn sich bei Borderline-Patienten in ungefähr 70 Prozent extrem schwere Belastungen in der Kindheit oder Jugend nachweisen lassen. Dazu zählen zum Beispiel extrem und willkürlich strafende Elternteile, die häufig selber Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- oder Drogenprobleme haben. Ebenso finden sich chronische Vernachlässigungen, Grenzüberschreitungen mit teilweise schwerwiegenden sexuellen Übergriffen oder körperliche Misshandlungen. Die Biografie hat bei diesem Krankheitsbild also eine grosse Bedeutung, ist aber nicht allein entscheidend, wie sich an Menschen zeigt, die zwar ebenfalls schwere Kindheitstraumen aufweisen, aber keine psychiatrisch relevanten Störungen entwickeln. Zudem finden sich bei Borderline-Patienten in etwa 30 Prozent keine schwerwiegenden biografischen Auffälligkeiten. Zusammenfassend kann man sagen, dass bei der Entwicklung von Borderline-Störungen sehr verschiedene Faktoren eine Rolle spielen und das physiologische Muster des Menschen, auf Stress und biografische Belastungen zu reagieren, sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, was die Entwicklung einer Borderline-Störung begünstigen kann. ■

*Das Interview führte Karl Eberius.*