

Patientinnen mit Selbstverletzungen in der Praxis des Hausarztes

Teil 1: Ursachen, Hintergründe, Diagnostik und erste Schritte im Umgang mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild, das etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung betrifft – in der Schweiz also etwa 100 000 Menschen. Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten Experten heute eine Störung der Affektregulation. Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit den Ursachen, der Epidemiologie, der Diagnostik und dem Krankheitsverlauf.

**THOMAS KÜHLER, KIRSTEN SCHEHR,
KLAUS HÖSCHEL, MARTIN BOHUS**

Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen heute eine *Störung der Affektregulation*. Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau hoch. Nur verzögert erreicht der Patient wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenommen, sondern häufig als äusserst quälende, diffuse Spannungszustände erlebt. Es kommt zu Körperwahrnehmungsstörungen wie Hypalgesie; diese und somatoforme dissoziative Phänomene (Veränderung der Optik, des Geruchs und der Akustik sowie der Kinästhesie) werden als Spannung und Erregung empfunden.

Das in 80 Prozent der Fälle auftretende selbstschädigende Verhalten, wie Schneiden, Brennen, Blutabnehmen, aber auch

Merksätze

- Im Zentrum der Borderline-Störung stehen Probleme der Affektregulation, der Beziehungsgestaltung und des Selbstwertgefühls.
- Auf der Symptomebene äussert sich dies in vielfältigen, häufig beängstigenden Verhaltensweisen wie Suizidversuchen, Selbstverletzungen, Drogenabusus oder Essstörungen.
- Ohne spezifische Behandlung verläuft die Störung oft chronisch. Eine Suizidrate von 7 Prozent und hohe lebenslange Behandlungskosten sind die Folgen.

aggressive Durchbrüche, kann die aversiven Spannungszustände reduzieren, was im Sinne der instrumentellen Konditionierung eine negative Verstärkung bedeutet.

Selbstschädigung ist häufig

Neben dieser Gruppe von Patienten, die Selbstschädigungen einsetzen, um sich wieder zu spüren oder Spannungszustände zu reduzieren, gibt es eine Gruppe, die berichtet, nach Selbstschädigung Euphorisierung zu erleben. Viele dieser Patienten schneiden sich daher ausgesprochen häufig und neigen auch sonst zu einem Hochrisikoverhalten. Sie balancieren beispielsweise auf Brückengeländern und Hochhausdächern, rasen auf Autobahnen oder verweilen ohne suizidale Absicht auf Bahngleisen. Im zwischenmenschlichen Bereich dominieren Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. Beherrscht von einer intensiven Angst vor dem Alleinsein und einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Repräsentanz wichtiger Bezugspersonen, verwechseln sie häufig Abwesenheit mit manifester Verlassenheit. Sie versuchen daher, wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden.

Andererseits bewirkt die Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit ein hohes Mass an Angst, Schuld oder Scham. Die Folge: langwierige, *schwierige Beziehungen* mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen. Die zeitgleiche Aktivierung

Tabelle 1: **Diagnosekriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (5 der 9 Kriterien müssen erfüllt sein)**

Kriterium	Beschreibung	Beispiel
1	Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden	Intensive Angst und Panik vor dem Alleinsein, das konsequent vermieden wird; Wut oder Panik schon bei zeitlich begrenzten Trennungen, z.B. schon beim Hinweis auf das Ende einer Therapiestunde
2	Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist	Am Anfang von Beziehungen häufig Idealisierung, rasche Mitteilung intimer Einzelheiten, Einforderung viel gemeinsamer Zeit; dann nach Enttäuschung der idealisierten Erwartungen wütende Ablehnung oder Rückzug
3	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	Dramatische Wechsel von Zielsetzungen, Wertvorstellungen und Berufswünschen; Ausbildungsabbrüche; in der Therapie Wechsel von hilflosem Bittsteller zum «Rächer» früherer Behandlungsfehler
4	Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen	Glücksspiel; unverantwortliche Geldausgaben; risikoreiche Sexualität; Substanzmissbrauch; rücksichtsloses Fahren; Fressanfälle
5	Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten	Mehrere Suizidversuche; Selbstverletzungen durch Schneiden oder Brennen; besonders bei befürchteten Trennungen oder Überforderungen Suiziddrohungen oder -andeutungen
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)	Die in der Regel dysphorische Grundstimmung wird häufig durch kurze Perioden der Wut, Angst und Verzweiflung durchbrochen; seltener auch Perioden von Wohlbefinden
7	Chronische Gefühle von Leere	Sich wie hohl fühlen, wie ohne Seele; Gefühle von Langeweile treten leicht auf und werden als äusserst unangenehm empfunden
8	Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren	Häufige Wutausbrüche; andauernde Wut und ständige Beschäftigung mit der Kontrolle der Wut; wiederholte körperliche Auseinandersetzungen; Scham- und Schuldgefühle nach Wutausbrüchen
9	Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwerwiegende dissoziative Symptome	Schweres Depersonalisations- oder Derealisationserleben; Gefühl verfolgt, zu werden

konträrer Grundannahmen scheint eines der auffälligsten Verhaltensmuster bei Borderline-Patienten zu sein. So aktiviert etwa das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Geborgenheit die Selbstwahrnehmung, gewalttätig und zerstörerisch zu sein. Das Bedürfnis nach Macht, Unabhängigkeit und Autonomie sorgt für einen Hunger nach bedingungsloser Zuwendung und Liebe, die Wahrnehmung sexueller Lust aktiviert massive auto-destruktive Bedürfnisse. Das Gefühl, jemandem vertrauen zu können, schlägt um in die sichere Erwartung einer traumatisierenden Grenzüberschreitung. Stolz, also die Wahrnehmung, etwas geleistet zu haben, was den inneren Normen entspricht,

löst Scham aus und damit die Befürchtung, dass die eigene Minderwertigkeit sichtbar wird.

Klinisch auffällig ist auch eine *passive Aktivität*: Durch Demonstration von Hilflosigkeit und Leid wird Kontakt und Unterstützung gesucht. Die Betroffenen stellen sich vor, wenn das Gegenüber tatsächlich wahrnehmen würde, wie schlecht es ihnen geht, hätte es die Macht, ihr Befinden erheblich zu verbessern. Konsequenterweise führt eine Aggravierung von demonstrativ hilflosem Verhalten zu einer Überlastung der Sozialkontakte. Damit öffnet sich der Weg ins sozialpsychiatrische Versorgungssystem.

Die *ausgeprägten dissoziativen Phänomene* sind oft nicht mehr an konkrete Auslöser gekoppelt, sondern generalisiert. Die mangelhafte Wahrnehmung der eigenen Emotionen, Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, ein ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem der Verlust der Kontrolle über die Realität charakterisieren diese Phasen. Hinzu kommen häufig Flashbacks, das heisst szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse, die zwar kognitiv der Vergangenheit zugeordnet werden, emotional jedoch als real erlebt werden. Nicht selten werden diese Flashbacks, die über Stunden und Tage anhalten können, vom klinisch Unerfahrenen als psychotisches Erleben fehldiagnostiziert.

Auch Alpträume sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden und destabilisieren emotional. Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen, Vernachlässigung von körperlicher Bewegung und Behandlung eventueller somatischer Erkrankungen verursachen soziale Probleme, wie inadäquate Ausbildung und Arbeitslosigkeit.

Epidemiologie, Versorgung und Verlauf

Etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung leiden unter einer voll ausgeprägten BPS. Etwa 70 Prozent der klinischen Population ist weiblich. Ein erheblicher Anteil der männlichen Borderline-Patienten sucht wahrscheinlich keine psychotherapeutische Behandlung auf, sondern wird im forensischen oder juristischen Bereich auffällig. Eine norwegische Feldstudie zeigte, dass sich etwa 80 Prozent der BPS-Patienten in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befinden. Der Anteil von BPS-Patienten in psychiatrischen/psychotherapeutischen Kliniken liegt etwa bei 15 Prozent. In psychotherapeutischen oder nervenärztlichen Praxen wird er auf 10 bis 30 Prozent geschätzt. Die primären Behandlungskosten müssen mit etwa 15 Prozent der Gesamtkosten für psychische Störungen in der BRD kalkuliert werden. Grösster Kostenfaktor ist die stationäre Behandlung: Etwa 80 Prozent der Betroffenen in der BRD werden Jahr für Jahr stationär behandelt; die durchschnittliche Liegezeit beläuft sich auf etwa 65 Tage pro Jahr (1).

Umstritten ist das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation. Nach eigenen Untersuchungen (1) zeigte eine grosse Gruppe bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten (Essstörung, Selbstschädigung, Suizidversuche, auffälliges Sozialverhalten, affektive Störung), die einer stationären Behandlung bedurften, während eine zweite Gruppe im Mittel mit 24 Jahren erstmals stationär behandelt wurde. Unbehandelt ist die Pro-

gnose äusserst ungünstig. Die Suizidrate liegt bei 5 bis 10 Prozent.

Langzeitkatamnesen, teilweise über 15 Jahre, geben etwa 9 Prozent Suizide an. *Risikofaktoren für vollendete Suizide* sind impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühkindlicher Missbrauch und Selbstverletzungen (2). 50 Prozent aller Borderline-Patienten mit vollendetem Suizid hatten zuvor bereits Suizidversuche unternommen.

Zwei neue Studien (3, 4) zeigten bei Sechs- beziehungsweise Zwei-Jahres-Katamnesen überraschend hohe Remissionsraten (basierend auf DSM-IV-Kriterien): Zwei Jahre nach Diagnose erfüllen nur noch 60 Prozent der Betroffenen die DSM-IV-Kriterien, nach vier Jahren 50 Prozent und nach sechs Jahren 33 Prozent. Die Rückfallraten sind mit jeweils 6 Prozent sehr gering. Während die affektive Instabilität persistiert, scheinen sich insbesondere dysfunktionale Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen und Suizidversuche deutlich zu reduzieren.

Die gleichzeitig vorliegenden psychischen Störungen verbesserten sich bei diesen Patienten ebenfalls deutlich, sodass die *Prognose für zwei Drittel* der Patienten mit BPS eher als *günstig* eingestuft werden kann (5). Prognostisch ungünstig scheint insbesondere das gleichzeitige Vorliegen einer Suchtstörung zu sein.

Eine BPS zusammen mit stoffgebundenen Süchten ist eher bei männlichen Patienten anzutreffen (6).

Diagnostik

Für die operationalisierte Diagnostik der Borderline-Störung gilt derzeit die IPDE (International Personality Disorder Examination; [7]) als Instrument der Wahl. Sie integriert die Kriterien des DSM-IV und der ICD-10. Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität sind gut und deutlich höher als für unstrukturierte klinische Interviews. Eine Alternative ist das von M. Zanarini entwickelte Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (8) oder das SKID II Structured Interview for DSM-VI Personality (SIDP) (9).

Zusätzlich wurden mehrere Verfahren spezifisch zur Diagnostik und Schweregraderfassung der Borderline-Störung entwickelt. Lange galt das Diagnostic Interview for BPD – Revised Version (DIB-R) (10) als Standardinstrument. Da es nicht DSM-basiert ist, verliert es aber zunehmend an Bedeutung.

Als pathognomonisch für eine BPS gilt die Erfahrung von rasch einschliessenden, manchmal lange anhaltenden Zuständen

Rasch einschliessende, oft lang anhaltende Zustände äusserst unangenehmer innerer Spannung sind kennzeichnend (Leitsymptom) für eine BPS, Drogeneinnahme oder Risikoverhalten sind der (oft spektakulär wirkende) Versuch, diese Zustände wieder loszuwerden! Die Patienten fühlen sich verstanden, wenn der Arzt nach Spannungszuständen fragt.

äusserst unangenehmer innerer Anspannung (11). Da diese Symptomatik auch relativ trennscharf von anderen psychiatrischen Störungen diskriminiert, wird dieses Phänomen als Indikator für affektive Instabilität und Irritabilität im Sinne eines Leitsymptoms herangezogen.

Da die Komorbidität bei der Borderline-Störung Verlauf und Prognose, damit aber auch die Therapieplanung erheblich beeinflusst, ist deren vollständige Erfassung mit Hilfe eines operationalisierenden Instrumentes dringend anzuraten.

Genetische und psychosoziale Ursachen

Als ursächlich für die Entstehung der BPS werden heute Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Faktoren diskutiert.

Neben den zentralen Risikofaktoren (weibliche Sozialisation und frühe Erfahrung von Gewalt und Vernachlässigung) scheint das Fehlen der zweiten Bezugsperson von Bedeutung zu sein, also einer Schutz und Sicherheit gewährenden Person, die insbesondere die Wahrnehmung der Betroffenen teilt und deren Emotionen bestätigen könnte. Trotz der hohen Missbrauchsrate (etwa 60% weiblicher Patienten mit BPD berichten über sexuelle Gewalterfahrung in der Kindheit) ist der kausale Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Entwicklung einer BPS nicht sicher.

Für die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen liegen seit Mitte der neunziger Jahre Befunde aus Zwillingsstudien vor, die den Nachweis eines starken genetischen Einflusses erbringen (Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen ca. 55%, bei zweieiigen ca. 14%). Bereits die Ergebnisse der frühen Arbeiten von Livesley (12), die eine genetische Disposition für Verhaltens- und Erlebenskomponenten, wie affektive Labilität, Identitätsprobleme, Narzissmus und Impulsivität, bei gesunden Zwillingspaaren fanden, weisen auf die Bedeutung hereditärer Faktoren bei der BPS hin. Die einzige Zwillingsstudie, die Konkordanzraten von monozygoten mit bizygoten Zwillingen vergleicht, von denen ein Zwilling manifest eine nach DSM-IV diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweist, zeigt eine erhebliche genetische Bedeutung bei allen nach DSM-IV diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Für BPS erklären genetische Faktoren etwa 69 Prozent der Varianz.

Inwiefern die nachgewiesenen neurobiologischen Auffälligkeiten bei BPS-Patienten Folge genetischer Faktoren oder psychosozialer traumatischer Erfahrung sind, ist unklar. Es finden sich sowohl morphologische als auch funktionelle Störungen im frontolimbischen Regelkreis, insbesondere Amygdalae und Hippocampus betreffend (13).

Zusammenfassend geht man von einem biopsychosozialen Modell aus, in dem hereditäre Prädisposition und ungünstige Umgebungs- und Entwicklungsbedingungen zusammen die Entstehung der BPS bedingen. Einige Patienten haben in Kindheit und Jugendzeit unter Aufmerksamkeitsdefizit-Syndromen und hyperaktiven Störungen gelitten. Kommen Erfahrungen von Vernachlässigung und physischem oder sexuellem Missbrauch dazu, steigt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer BPS erheblich. ■

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Dr. biol. hum. Thomas Kühler

Dipl.-Psych. Kirsten Schehr

Beide: Klinik Meissenberg, Postfach, 6301 Zug

E-Mail: thomas.kuehler@meissenberg.ch

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Klaus Höschel

Prof. Dr. Martin Bohus

Beide: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie J5

D-68159 Mannheim

Interessenkonflikte: keine deklariert

Der zweite Teil befasst sich mit der Therapie der Borderline-Störung. Er erscheint in der nächsten Ausgabe und enthält auch das Literaturverzeichnis.