

Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ



Borderline Persönlichkeitsstörung

- 1938 Adolph Stern



- Pat. deren Erkrankung weder in die Gruppe der Psychosen noch in die der Psychoneurosen fällt
- Otto Kernberg (1975) Borderline Personality Organisation
 - Instabilität und gestörte psychologische Selbstorganisation
 - Stark schwankend, Zeiten großer Selbstsicherheit wechseln mit vollkommener Verzweiflung abrupt ab.
 - Instabiles Selbstbild
 - Schnelle Stimmungswechsel
 - Angst vor verlassen werden und allein sein
 - Suizidale Gedanken und Selbstverletzung
 - Transiente psychotische Symptome mit Wahn und Halluzinationen



Borderline Persönlichkeitsstörung

- Hohe Komorbiditätsrate
 - An der Grenze zu anderen Krankheiten oder konzeptionelle Unschärfe
 - Depressionen
 - Angsterkrankungen
 - Essstörungen insbes. Bulimie
 - PTSD (verspätet auftretende PTSD)
 - Substanzmissbrauch
 - Bipolar-affektive Störung (teilweise klinisch verwechselt)
 - Psychotische Störungen (einschl. optischer Halluzinationen, fast immer kurz, gut abgrenzbar von Schizophrenien)



Fallbeispiel

- Medizinstudentin, 26 Jahre
 - Zuweisung durch die Unfallchirurgie, Pat. hat Arteria und Vena femoralis frei präpariert. Keine größere Blutung
 - Gepflegt gekleidet, kurzer Bürstenhaarschnitt, etwas maskulin wirkend, Latzhose, Unterarm verbunden, Verband schwarz gefärbt, gut gelaunt. Amüsiert sich über aufgeregte Chirurgin, sie kenne sich in Anatomie aus, wisse was sie tue.
 - Beschwerden
 - Verletze sich oft selbst, spüre dann nichts, sei ein unerträglicher Zustand
 - Arbeite bei UPS auf abruf. Manchmal könne sie zur Arbeit, manchmal nicht
 - Möge die unverbindlichen Kontakte bei der Arbeit
 - Medizinstudium schaffe sie kaum, da regelmäßige Tätigkeit nicht möglich sei
 - Wohnung sei immer sehr aufgeräumt. Atmosphäre darin sei ihr wichtig
 - Betreutes Wohnen wird abgelehnt. Müsse Menschen an Wohnungstür sehen, um sicher zu sein, dass sie die Atmosphäre der Wohnung nicht ungünstig verändern
 - Habe mehrere kleine Tierfiguren, die seien für sie wie Lebewesen. Besucher müssten damit harmonieren. Dürften sie nicht daran erinnern, das Tiere nicht lebendig seien



Fallbeispiel

- Biographie
 - Mutter allein erziehend, Vater kaum Kontakt, hatte vor Geburt keine Beziehung zur Mutter.
 - Großmutter habe Mutter immer sehr unterstützt, sei als Kind viel bei ihr gewesen
 - Insgesamt interessante, „ganz nette“ Kindheit
 - Konkret nach Problemen befragt: Großmutter habe einmal erzählt, dass sie sie als Baby halb verhungert in der Wohnung der Mutter gefunden habe, die nachts unterwegs gewesen sei
 - Gute Schülerin
 - Sehr interessiert an morbiden Themen, moderne Kunst, Philosophie
 - Schafft Numerus Clausus für Medizin, findet Anatomie und Pathologie ihren Interessen nahe und entscheidet sich fürs Studium
 - Erste Selbstverletzungen mit 16 Jahren. Anfangs peinlich, dann „Selbststilisierung“



Diagnose DSM IV

Kategorisierung		
	ICD-10	DSM-IV
Cluster A sonderbar, exzentrisch	paranoide PS (F60.0) schizoide PS (F60.1)	paranoide PS schizoide PS schizotypische PS
Cluster B dramatisch, emotional	emotional instabile PS: vom Borderline-Typ oder vom impulsiven Typ (F 60.3) histrionische PS (F60.4) dissoziale PS (F60.2)	Borderline-PS histrionische PS dissoziale PS narzisstische PS
Cluster C ängstlich, vermeidend	ängstliche PS (F60.6) abhängige PS (F60.7) anankastische PS (F60.5) passiv-aggressive PS (F60.8)	selbstunsichere PS abhängige PS zwanghafte PS (passiv aggressive PS)



Diagnose

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein, wenn von einer solchen Störung gesprochen wird:

1. Starkes 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 potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zuviel oder zu wenig essen). *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.



Diagnose

- ICD 10 Kriterien
 - Mindestens drei der folgenden Kriterien
 - 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 unberechenbare Stimmung
 - Mindestens 2 der folgenden Kriterien müssen für die Diagnose "Borderline Typus" vorliegen:
 - 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. Wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
 - 5. Anhaltende Gefühle von Leere



Diagnostische Probleme

- Erhebliche Überschneidungen mit anderen Diagnosen
- „Reine“ Borderline Persönlichkeitsstörung nur in 3-10% der Fälle
- Erhebliche Überschneidung mit den anderen Cluster B Störungen (dramatischer Cluster, histrionische, narzisstische und anitsoziale Persönlichkeitsstörung)



DSM IV / ICD 10

- DSM IV
 - Instabile interpersonelle Beziehungen
 - Instabiles Selbstbild
 - Instabiler Affekt
 - Deutliche Impulsivität
 - Beginn in frühem Erwachsenenalter bis Pubertät



DSM IV / ICD 10

- In Vergleichstudien nur geringe Übereinstimmung (ca. 30%) der Diagnosen nach den unterschiedlichen Klassifikationssystemen



DSM IV / ICD 10

- ICD 10
 - Keine eigene diagnostische Kategorie
 - Untergruppe der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ
 - Instabile Emotionen
 - Instabiles Selbstbild
 - Instabile Beziehungen
 - Keine psychotischen bzw. dissoziativen Symptome (Kriterium 9 DSM IV)



Diagnostische Instrumente

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini, 1983)
- Structures Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) (First et al., 1997)
- Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) (Pfohl et al. 1997)
- **International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger et al. 1996)**
- Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer et al. 1997)
- Standardised Assessment of Personality (SAP) (Mann et al. 1999)



Diagnosestellung

- Nur geringe Übereinstimmung in den Ergebnissen der einzelnen Instrumente
 - Fachärztliche Diagnose bezieht sich meist auf Exploration der interpersonellen Interaktion und Verhaltensbeobachtung
 - Außerhalb fachärztlicher Behandlungsrahmen strukturiertes klinisches Assessment mit erheblichen Problemen



Diagnostische Probleme

- Generell nur geringe Übereinstimmung bei der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen durch Kliniker
- Symptome vieler psychischer und vor allem physischer Erkrankungen ähneln Persönlichkeitsstörungen



Differentialdiagnosen

- Affektive Störungen
- Angsterkrankungen
- Psychose
- Substanzmissbrauch
- Physische Erkrankung sowohl chronisch als auch akut



Prävalenz

- Nur wenige Studien zur Prävalenz außerhalb der westlichen Welt
- Britische Haushalte (Coid 2006)
 - 626 Personen 0,7% im Interview
 - 1,4% im Selbstrating
 - Ausgeglichenenes Geschlechterverhältnis
 - 70 % der psychotherapeutische Hilfe suchenden weiblich
- USA 742 Personen 0,5% (Samuels et al. 2002)



Prävalenz

- Norwegen 2053 Personen befragt 0,7% (Torgensen et al. 2001)
 - Soziodemographie
 - Jüngerer Alter
 - Stadtzentrum
 - Kein Partner
 - Ausgeglichenes Geschlechterverhältnis
 - Vermutung: Männliche Pat. neigen eher zu fremdaggressivem Verhalten (Strafvollzug) (Berger et. al. 2008)
 - Inanspruchnahmeverhalten von Frauen höher, überwältigende Mehrheit der Pat. Frauen
 - Hohe Raten von Borderline Störungen bei Drogen- und Alkoholabhängigen, mehrheitlich Männer (Nice, 2009)



Behandlungskosten

- Jährliche Behandlungskosten in Deutschland 3,5 Mrd. Euro
- 25% der Behandlungskosten, die für die stationäre Behandlung von psychischen Störungen ausgegeben werden (Bohus 2007)
- 90% der Kosten durch stationäre Behandlung
- Durchschnittliche Liegedauer 70 Tage



Langzeitverlauf

- Katamnese studie über 10 Jahre
 - Nach 2 Jahren erfüllen nur noch 65% die diagnostischen Kriterien DSM IV
 - Nach 4 Jahren nur noch 32 %
 - Nach 6 Jahren 25 %
 - Nach 10 Jahren 12 %
 - Rückfallrate 6 %



Belastung

- Sehr unterschiedlich
 - Wenig Einschränkungen
 - Einschränkungen die über das Maß einer schweren Depressiven Episode hinausgehen
 - Arbeit
 - Soziale Beziehungen
 - Freizeit



Belastung

- Selbstschädigendes Verhalten
 - Erleichterung von
 - akuten Stressoren
 - Gefühle von Leere und Ärger
 - Wieder fühlen können nach Dissoziation
 - Suizidversuche 60 – 70 % (Oldham 2006)
 - Suizidrate 10 %



Ätiologie

- Genetische Studien
 - Einzige Zwillingsstudie (Torgerson et. al. 2000):
 - Erblchkeisfaktor 0,69
 - Vermutlich impulsive Aggression und
 - Stimmungsdysregulation erblich
 - Bei anderen Persönlichkeitsstörungen 0,3



Ätiologie

- Neurotransmitter

- Serotonin

- Niedrige Serotoninspiegel -> Impulsiv-aggressives Verhalten

- Catecholamine (Noradrenalin und Dopamin)

- Pat. mit Borderline-Störung haben erniedrigte Noradrenalin-Metabolit Spiegel, die sich normalisieren, wenn die Impulsivität sich bessert
 - Pat. mit Borderline-Störung reagieren empfindlicher auf Amphetamingaben



Ätiologie

- Neurobiologie
 - Strukturelle und funktionelle Defizite in Hirnarealen die Funktionen haben für
 - Affektregulation
 - Aufmerksamkeit
 - Selbstkontrolle
 - Exekutivfunktion
 - (Amygdala, Hipokampus , Orbitofrontaler Cortex)



Ätiologie

- Psychosoziale Faktoren
 - Familienmitglieder mit affektiven Störungen oder Substanzmissbrauch
 - Vernachlässigung und wenig emotionale Zuwendung durch Bezugspersonen
 - 84 % beschreiben elterliche Vernachlässigung oder emotionalen Missbrauch (Zanarini et al. 2000)
 - Missbrauch nicht notwendig oder hinreichend für die Entwicklung einer Borderline-Störung
 - Entscheidend im Falle von Missbrauch oder Misshandlung ist der Umgang der Bezugspersonen mit dem Ereignis



Ätiologie

- Bindungsprozess
 - Vulnerabilität durch inadäquate Affektspiegelung und desorganisierte Bindung
 - Assoziiert mit
 - Vernachlässigung
 - Zurückweisung
 - Übermäßige Kontrolle
 - Wenig unterstützende Beziehungen
 - Inkohärenz
 - Verwirrung



Bindungstheorie

- Bindungstypen

Bindungstyp	Beschreibung	Verhalten in der Testsituation
Sichere Bindung		Beruhigen sich schnell wieder, spielen, begrüßen Fürsorgeperson
Unsicher vermeidende Bindung	Pseudounabhängig	Von Trennung unbeeindruckt, spielen, reagieren nicht auf Rückkehr der Fürsorgeperson
Unsicher ambivalente Bindung	Anhängliches Verhalten	Sehr irritiert, Anklammern und Verweigerung bei Rückkehr, schwer zu beruhigen
Desorganisierte Bindung	Desorientierung und Fluktuation verschiedener Bindungsstrategien	Verschiedene Bindungstypen, bizarre Verhaltensweisen, erstarren, im Kreis drehen

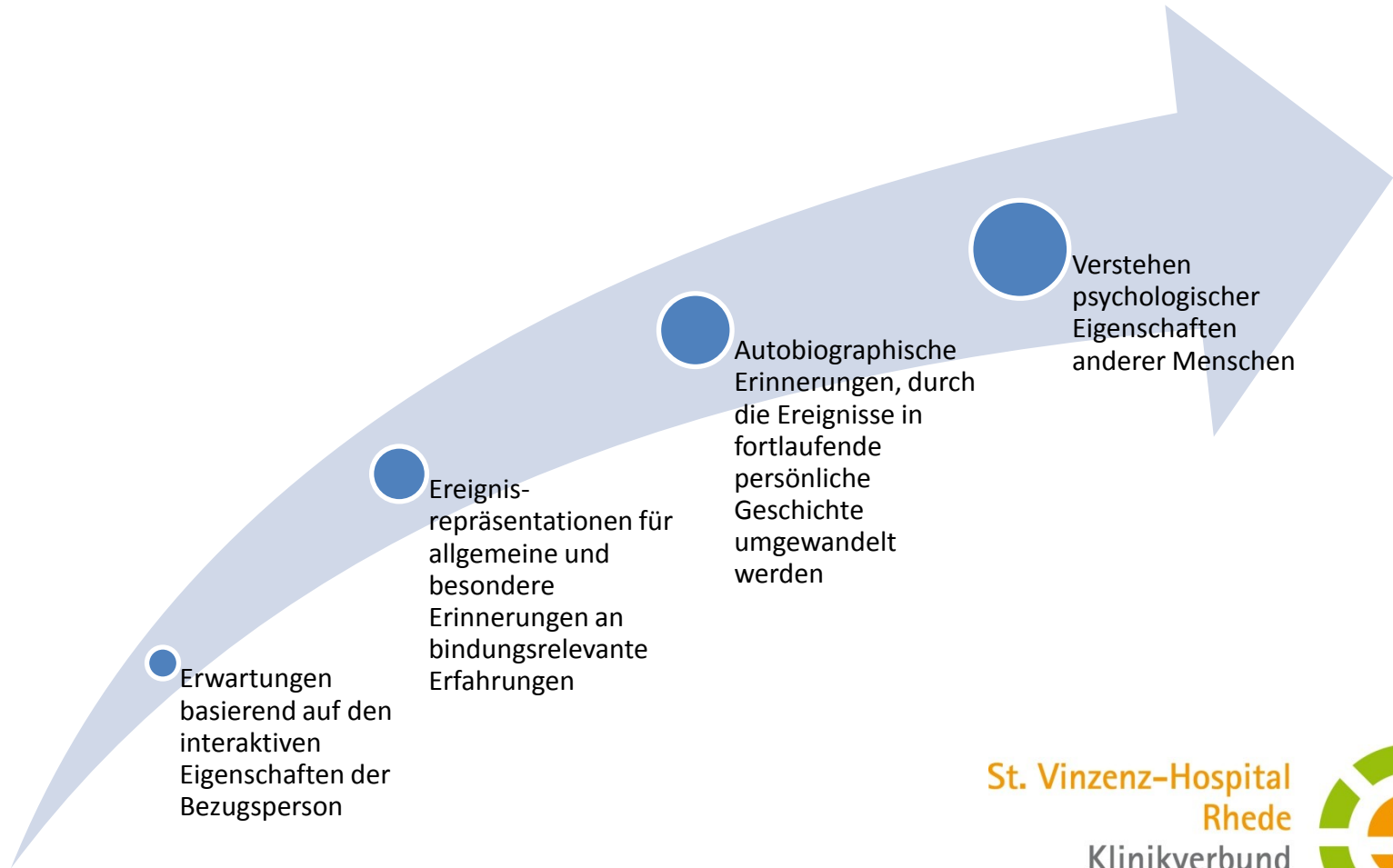


Bindungstheorie

- Beispiel: Entwicklung des Selbst
 - Inneres Arbeitsmodell:
 - Ablehnende Bindungsfigur
 - Inneres Arbeitsmodell eines wenig liebenswerten Selbst
- 4 Aufeinander aufbauende Representationssysteme



Bindungstheorie



Ätiologie

- Bindungsprozess
 - 6-8 % aller Borderline-Pat. weisen eine sichere Bindung auf (Levy 2005)
 - Fonagy et al. ->unsichere und desorganisierte Bindungserfahrung führt zu reduzierter Mentalisierungsfähigkeit



Behandlung

- NICE-Empfehlungen zur Psychotherapie
 - Explizite (sichtbar und klar) und integrierte theoretische Vorgehensweise, die sowohl vom Behandlungsteam als auch vom Psychotherapeuten gleichermaßen genutzt wird und in die der Patient mit einbezogen wird
 - Strukturiert Pflege
 - Therapiesupervision
 - 2-wöchentliche Sitzungen sollten die Regel sein
 - Frauen mit selbstverletzendem Verhalten -> DBT



Behandlung

- Antikonvulsiva und Lithium
 - Carbamazepin
 - Keine Evidenz
 - Hohes Interaktionspotential
 - Valproat
 - Häufig verschrieben. Keine verlässlichen Effekte auf Borderline-Symptome
 - Schlechte Verträglichkeit und geringe Akzeptanz bei Pat.
 - Lamotrigen
 - Möglicherweise Reduktion von Gefühlen wie Wut und Ärger
 - Erhebliche Risiken im Vergleich zu Wirksamkeitserwartung
 - Topiramamat
 - Reduziert möglicherweise Wut, Angst, Depression und Feindseligkeit
 - Keine Stimmungstabilisierende Wirkung
 - Lithium
 - Nachgewiesen antiaggressive Wirkung, nicht Borderline-Spezifisch



Behandlung

- Antipsychotika
 - Olanzapin
 - Kein Effekt, auch nicht in Kombination mit Fluoxetin
 - Haloperidol
 - In sehr niedrigen Dosen
 - Depression, Feinseligkeit und Impulsivität
 - Ariprazol
 - Eine Studie: Reduktion von Wut, Angst, Depression und Feinseligkeit
 - Ziprasidon
 - Keine Unterschiede zu Placebo



Behandlung

- Antidepressiva
 - Unabhängig von der Substanzklasse generelle Empfehlung zur Behandlung depressiver Symptome



Behandlung

- Psychopharmaka
 - Zusammenfassung
 - Medikamente sollen nicht spezifisch für Borderline Symptome (selbstverletzendes Verhalten, emotionale Instabilität, Risikoverhalten, transiente psychotische Episoden)
 - Antipsychotika nicht für mittlere oder Langzeittherapie
 - Zur Behandlung Co-morbider Störungen
 - Sedativa in Krisen, max. 1 Woche
 - Pat. sollten schriftliche Materialien zu den verabreichten Medikamenten erhalten
 - Medikation sollte einer ständigen Überprüfung unterzogen werden, um nicht notwendige Medikamente zu reduzieren und abzusetzen

