

Was ist eine Borderline-Störung



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Eine Borderline-Störung ist eine relativ weit verbreitete Persönlichkeitsstörung, die etwa seit den 70er Jahren immer häufiger diagnostiziert wird. In den 80er Jahren gab es einen regelrechten „Boom“ der Diagnose. Nach ICD-10 gehört sie zu den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, wovon es den Subtyp Impulsive Störung und den Subtyp Borderline-Störung gibt. Frauen scheinen etwa dreimal so häufig von der Diagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ betroffen zu sein als Männer. Bei Männern werden aber insgesamt häufiger Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert als bei Frauen. Bei Männern scheint die narzisstische Störung häufiger vorzukommen.

Bis zu den 70er Jahren bezeichnete man in Psychiatrie und Psychotherapie mit „Borderline-Störung“ eine Art Mischform zwischen „Neurose“ und „Psychose“. Man bezeichnete damit Patienten, die an der „Grenze“ zu einer psychotischen Störung zu stehen schienen. Diese erfüllten nicht die Kriterien einer Schizophrenie oder einer Paranoia, hatten aber kurzzeitige, an Psychosen erinnernde Phasen von Realitätsverlust. Andererseits waren diese wechselnden Krankheitsbilder auch nicht mit dem damals zur Verfügung stehenden Phasenmodell von Freud (orale, anale, genitale Phase der Ich-Entwicklung) und den daraus abgeleiteten Neurosenformen erklärbar.

Massgebliche US-amerikanische Psychoanalytiker wie Otto F. Kernberg, später Kohut entwickelten Ende der 70er Jahre die ersten psychoanalytischen und ich-psychologischen Modelle der Borderline-Störung, die massgeblich auf der Vorstellung beruhten, dass

in der frühkindlichen Ich-Entwicklung etwa ab dem 18. Lebensmonat gute und böse Subjekt- und Objektpräsentanzen voneinander getrennt im Unbewussten bestehen blieben. Das Individuum habe sozusagen nie gelernt, dass eine Bezugsperson gleichzeitig gute und schlechte Anteile in sich vereinen könne. Deshalb werde sowohl das Gegenüber stets entweder als nur gut (idealisiert) oder nur schlecht (entwertet) wahrgenommen, als auch das eigene Ich. Um diese drohende Ich-Fragmentierung zu vermeiden, so wurde postuliert, liessen sich die Borderline-Patienten so allerhand einfallen. Daraus erkläre sich auch das sogenannte „bunte Bild“ aus zum Teil manipulierendem Agieren, süchtigem Verhalten, depressiven und suizidalen Symptomen, selbstverletzendem Verhalten, Beziehungsabbrüchen und Delinquenz, das die Therapie, aber auch die normalen zwischenmenschlichen Beziehungen mit Borderline-Patienten so anstrengend und schwierig mache. („Der Borderline-Patient beißt die Hand, die ihn hält“).

Mittlerweile hat die psychiatrisch-psychotherapeutische Forschung weitere Stadien durchlaufen. Die Bindungstheorie, Säuglingsbeobachtung, Theorien von Auswirkungen psychischer Traumata, die ADHS-Forschung und nicht zuletzt die funktionelle Bildgebung haben sich im Verständnis von Persönlichkeitsstörungen ergänzend, z. T. bestätigend und komplettierend ausgewirkt.

Der derzeitige Forschungsstand geht davon aus, dass Menschen ein hohes Risiko haben, eine Borderline-Störung zu entwickeln, wenn sie starkem frühkindlichem Stress (Gewalt, Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch) ausge-

setzt waren, wenn sie bereits früh in ihrem Leben wechselnde Bezugspersonen hatten, (seriell, nicht parallel, eine Vielzahl von konstanten Bezugspersonen scheint nicht nachteilig zu sein), wenn ein oder beide Elternteile eine ähnliche Persönlichkeits-Störung oder eine Suchterkrankung haben und wenn zusätzlich eine Störung aus dem ADHS-Spektrum vorliegt.

In der funktionellen Bildgebung zeigen sich in der Wahrnehmung von Borderline-Patienten andere Bedeutungszusammenhänge als bei sogenannten Gesunden und nochmals anders als z. B. bei Menschen mit schizophrenen Psychosen. So erleben Borderline-Patienten zwischenmenschliche Interaktionen häufiger als feindlich und bedrohlich und reagieren darauf entsprechend aggressiv oder drohend. Selbstberuhigungs- und Selbststeuerungsmechanismen sowie die Frustrationstoleranz sind weniger stabil ausgeprägt als bei psychisch Gesunden.

Daraus folgt als zentrales Symptom einer Borderline-Störung die hohe emotionale Instabilität und Irritierbarkeit, unter der die Patienten selbst auch stark leiden.

Komorbiditäten mit Depressionen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Essstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und selbstverletzendem Verhalten sind häufig.

Das sogenannte „Ritzen“, insbesondere bei Jugendlichen, wurde in den 90er Jahren als typisch für die Borderline-Störung angesehen. Mittlerweile geht man davon aus, dass es eher ein unspezifisches Symptom und einen suboptimalen Selbstregulationsversuch darstellt.

Wie erkenne ich eine Borderline-Störung?

Klassifizierung nach DSM-IV

Im DSM-IV wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt definiert:

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität. Der Beginn liegt oftmals im frühen Erwachsenenalter bzw. in der Pubertät und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.

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.

Im ICD, dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung: Der Impulsive Typus dieser Störung ist geprägt durch mangelnde Impulskontrolle und unberechenbare Handlungen. Beim Borderline-Typus sind das eigene Selbstbild und das Beziehungsverhalten schwerer beeinträchtigt. Dieser entspricht in etwa auch der Definition der Borderline-Störung im DSM-IV.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant?

Da das instabile Verhalten des betroffenen Menschen häufig dazu führt, dass er nicht sehr lange in derselben Position und beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt ist, kommt der Arbeitsmediziner mit dem Borderline-Patienten sehr wahrscheinlich eher selten in Berührung.

Da Firmen aber inzwischen die betriebliche Gesundheitsfürsorge auch im Bereich psychischer Störungen zunehmend höher bewerten, ein Interesse daran haben, die Beschäftigten auch längerfristig zu halten und es durchaus auch in Behörden und im Beamten-Status Borderline-Patienten geben kann, ist es für den Arbeitsmediziner wichtig, die Störung zu kennen und grundsätzlich als eine schwere, aber behandelbare psychische Störung zu akzeptieren.

In der Regel wird der Arbeitsmediziner eingeschaltet, wenn es Probleme mit dem Betroffenen in Form von schwankender Arbeitsleistung, Streitigkeiten im Kollegium oder durch Suchtmittelgebrauch gibt.

Wie wird eine Borderline-Störung behandelt?

Die Borderline-Störung wird sowohl durch störungsspezifische Psychotherapie als auch medikamentös behandelt.

Die störungsspezifische Psychotherapie orientiert sich stark an verhaltenstherapeutischen Konzepten. Die klassische Psychoanalyse ist in akuten emotional sehr instabilen und agierenden Phasen eher nicht indiziert, da sie dem Patienten zu wenig Struktur gibt. Modifiziert sind aber auch psychoanalytische Techniken gut einsetzbar, z. B. Arbeiten im Sitzen, Verhinderung von regressiven Tendenzen, klare Strukturen und Regeln z. B. bei suizidalem, selbstverletzendem oder sonstiges agierendem Verhalten im Rahmen von Therapieverträgen.

Die besten Erfolge bei Borderline-Störungen werden durch sehr strukturierte Gruppentherapie-Angebote erreicht, die insbesondere auf die Defizite der sozialen Fähigkeiten eingehen, Selbst- und Fremdwahrnehmung schulen und soziales Verhalten konkret einüben. (Dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan).

Medikamentöse Behandlungsstrategien zielen auf das jeweilige im Vordergrund stehende Symptom ab. Sehr häufig sind Antidepressiva erforderlich (Cave Trizyklika bei chronischer oder impulsiver Suizidalität, eher SSRIs oder Bupropion) aber auch niedrig potente Neuroleptika (Perazin, Chlorprothixen) können bei frei flottierenden Ängsten und Schlafstörungen sinnvoll sein.

Tipps für die Wiedereingliederung:

Kommt ein Borderline-Patient nach einer stationären Behandlung oder nach einer REHA zurück an den Arbeitsplatz, herrschen wahrscheinlich Ängste, Scham und Schuldgefühle bei ihm vor. War z. B. ein Suizidversuch Anlass des Aufenthaltes, den Kollegen miterlebt haben, ist es wichtig, diesen nicht zu verschweigen und auch die Kollegen darauf vorzubereiten, dass

der Betroffene wiederkommt. Andererseits macht es wenig Sinn, diesem die eigene Betroffenheit vorzuhalten („Was machst Du denn für Sachen? Du hast uns aber einen schönen Schrecken eingejagt!“) oder von dem betroffenen Mitarbeiter das Versprechen abzuverlangen, dass „so etwas“ nicht wieder vorkommen soll.

Besser ist es, anzuerkennen, dass der Betroffene eine schwierige Phase bewältigt hat und auszusprechen, dass man seine Wiedereingliederung unterstützen möchte, in dem man schaut, wie belastbar er sich fühlt. Klare Arbeits- und Zeit-Ziele zu formulieren hilft dem Betroffenen, sich selbst einschätzen zu können. Hier sollte der Arbeitsmedizi-

ner den Mitarbeiter insbesondere vor Überforderung schützen und die Ziele realistisch wählen.

Hat der Betroffene eine ambulante Therapie aufgenommen, sollte er die Möglichkeit erhalten, diese während der Arbeitszeit aufzusuchen und die Zeit nacharbeiten zu können. □

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Newcomer gesucht!

Mit docs@work Lust auf Arbeitsmedizin



Nachwuchs-Mediziner können sich ab sofort bewerben, Einblicke in die „Gesundheit am Arbeitsplatz“ – Welt und reizvolle Berufsperspektiven gewinnen

Bewerbungsstart für docs@work

Startschuss für die zweite Staffel und neue Chancen: Ab sofort können sich junge Ärztinnen und Ärzte für docs@work – das Abenteuer Arbeitsmedizin – online bewerben. Während der Aktion, die im Oktober im Rahmen des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses in Ulm durchgeführt wird, kann der medizinische Nachwuchs auch dieses Jahr seine Fähigkeiten unter Beweis stellen – und zeigen, ob er das Zeug zum Betriebsarzt hat.

Wie läuft die Aktion ab?

Von allen Bewerbern werden acht Mediziner für docs@work ausgewählt. Sie erwarten in vier interessanten Betrieben in der Region Ulm wechselnde Arbeitsbedingungen und Gesundheitsfragen. In vier Teams müssen sie arbeitsmedizinische Aufgaben meistern. Dabei steht ihnen der jeweilig leitende Betriebsarzt zur Seite. Durch die Aktion erhalten die Teilnehmer einen unvergleichlichen Einblick in das Berufsfeld des Betriebs- und Werksarztes und können innerhalb von zwei Tagen vielfältige Facetten des Aufgabenbereichs kennenlernen. Sämtliche Reise- und Übernachtungskosten werden für die ausgewählten Finalteilnehmer übernommen. Im Gepäck haben müssen die Kandidaten: Lust auf Arbeitsmedizin und drei Tage Zeit. Das beste Team erhält den docs@work-Award 2010, eine Auszeichnung, die mit attraktiven Fortbildungsgutscheinen des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte verbunden ist.

Wann und wo findet docs@work statt?

Die Aktion findet am Mittwoch, den 6. Oktober, und Donnerstag, den 7. Oktober, in vier Unternehmen in Ulm und Umgebung mit anschließender Preisverleihung am 8. Oktober im Rahmen des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses statt.

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Jede/r approbierte Ärztin oder Arzt, der/die über die Arbeitsmedizin als Karrierechance nachdenkt.

Bewerbungsfrist

Bis zum 31. Juli 2010. Bewerbungen online unter www.vdbw.de/docsatwork

Mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.