

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung


Eine Kasuistik

Christoph Schenk^a, Andrea Christen^b, Hans-Ulrich Seizer^b

^aAbteilung für Chirurgie/Unfallchirurgie, Gesundheitszentrum Meiringen

^bPrivatklinik Meiringen

Kasuistik

Eine 19-jährige Frau wird mit 3°- bis 4°-Verbrennungen im Bereich des linken Handrückens von den Kollegen einer psychiatrischen Klinik vorgestellt (Abb. 1 ). Anamnestisch wird berichtet, dass sich die Patientin diese Verletzung durch ein Feuerzeug im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) selbst zugefügt hat.

Die Patientin befindet sich bereits zum etwa 20. Mal seit ihrem 12. Lebensjahr in stationärer psychiatrischer Behandlung. Neben einem diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) begann sie im Alter von 14 Jahren in einer akuten Belastungssituation mit Selbstverletzungen.


Die körperliche Untersuchung zeigt diverse grossflächige Narben an beiden Armen und Händen (Abb. 2 ). Gemäss Angaben der Patientin rühren diese Narben von früheren Selbstverbrennungen sowie der anschliessenden Spalthautentnahme zur Defektdeckung. Nach repetitiven Debridements und Vakuumverbandanlagen konnte beim letzten Eingriff der Defekt mit Spalthaut gedeckt werden. Eine Woche später wird die Patientin abermals vorgestellt. Sie hatte sich nun eine 3°-Verbrennung des rechten Handrückens zugefügt. Psych-



Abbildung 1

Mehrheitlich 3°-Verbrennung des gesamten linken Handrückens.

iatrisch erfolgte medikamentös die Behandlung mit Olanzapin (Zyprexa[®]) 10 mg, Aripiprazol (Abilify[®]) 30 mg/d und Levomepromazin (Nozinan[®]) 25 mg/d; dazu kam eine psychotherapeutische Behandlung nach dialektisch-behavioralen Prinzipien.

Kommentar

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeichnet sich durch ein charakteristisches Muster von Instabilitäten im Bereich der Affektregulation, Impulskontrolle, den zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Selbstbild aus. In aktuellen Modellen der BPS werden eine affektive Hyperreagibilität und eine defizitäre Regulation von Emotionen in den Mittelpunkt gestellt, welche auf neuronaler Ebene mit einer Hyperreaktivität der Amygdala bei gleichzeitig verringerter präfrontaler Aktivität korrelieren [1]. Die Reizschwelle für Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, die emotionale Auslenkung verstärkt und die Emotionsrückbildung auf das Ausgangsniveau verzögert. Auf der Symptomebene bedeutet dies, dass sich Affekte innerhalb von Sekunden verändern können, was von den Betroffenen als unkontrollierbar, unberechenbar und bedrohlich erlebt wird. Die zugrunde liegenden Gefühlsqualitäten wie Angst, Wut oder Verzweiflung können in der Regel nicht differenziert wahrgenommen werden, sondern werden als quälende, diffuse Spannungszustände erlebt [2, 3]. Häufige Ursachen für negative Affekte sind Zurückweisung, Alleinsein und Versagen. Die Spannungszustände können rasch einschiesse und, bedingt durch einen Aufschaukelungsprozess zwischen Grübeln und emotionaler Intensität, über Stunden anhalten. Da es den Betroffenen meist nicht gelingt, ihre Aufmerksamkeit von der belastenden emotionalen Erfahrung wegzulenken, sind Lösungs- oder Handlungsentwürfe in aller Regel blockiert [1]. Etwa 80% entwickeln während dieser Spannungszustände dissoziative Symptome. Zahlreiche dysfunktionale Verhaltensweisen, wie die für Patientinnen mit BPS typischen Selbstverletzungen (Schneiden, Verbrennen, Schlagen, Verätzen u.a.), parasuizidale Handlungen, Ess-/Breachattacken und episodischer Substanzkonsum, werden als Bewältigungsversuche dieser Anspannungsphänomene eingesetzt. Daneben wird aber auch das Gefühl von innerer Leere häufig mit impulsiven Handlungen und Hochrisikoverhalten zu kompensieren versucht. Die selbstverletzenden Verhaltensweisen (SVV) finden in 80% der Fälle in einem dissoziativen, analgetischen Zustand statt. Betroffene berichten übereinstimmend, dass sich nach wenigen



Abbildung 2

Diverse grossflächige Narben an beiden Armen und Händen (hier rechter Arm) infolge Verbrennungen und Spalthautentnahme zur Defektdeckung der Verbrennungsareale.

Minuten ein Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit einstellt und das Körper- und damit das Schmerzempfinden ca. 20 Minuten später wieder zurückkehrt. Durch die kurzfristige Spannungslösung werden SVV im Sinne der Lerntheorie negativ verstärkt. Als Folge der Dysfunktionen auf der Ebene der Affekte, Kognitionen und des Verhaltens sind häufig auch die zwischenmenschlichen Beziehungen, das Selbstbild und die psychosoziale Integration gestört [3].

Die Prävalenzrate von BPS in der Allgemeinbevölkerung wird mit 1,2 bis 5,9% angegeben [1]. Im klinischen Bereich sind bis zu 80% der BPS weiblich. Ein erheblicher Teil der männlichen Personen mit BPS wird eher im forensischen oder juristischen Bereich auffällig, da sie anstelle von SVV eher fremdaggressives Verhalten zeigen. Etwa 10% aller ambulanten sowie ca. 20% aller stationären psychiatrischen Patienten erfüllen die Kriterien einer BPS. Umstritten ist das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation. In einer Untersuchung [1] zeigte eine grosse Gruppe bereits mit 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten (Essstörung, Selbstschädigung, auffälliges Sozialverhalten, affektive Störung), die einer stationären Behandlung bedurften, während die Personen der zweiten Gruppe mit ca. 24 Jahren erstmals stationär behandelt wurden. In retrospektiven Analysen gaben ca. 30% der erwachsenen Borderline-Patientinnen an, sich bereits vor dem 12. Lebensjahr Selbstverletzungen zugefügt zu haben.

Bisher wurde die Prognose als ungünstig angesehen; ca. 85% zeigen SVV, und die Suizidrate liegt bei bis zu 10%. Seit Einführung evidenzbasierter Therapieformen, insbesondere der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Ziele: Spannungsreduktion, Emotionsregulation, Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten) nach Linehan, konnte die Situation der Betroffenen deutlich verbessert werden. Auch medikamentöse Therapieverfahren haben sich in randomisierten kontrollierten Studien als wirksam erwiesen und unterstützen die psychotherapeutische Behandlung [4]. Neuere Studien zeigten, dass der Verlauf günstiger ist als bisher angenommen. Während die affektive Instabilität persistiert, scheinen sich insbesondere dysfunktionale Verhaltensmuster wie SVV und Suizidversuche deutlich zu reduzieren [1]. Negative prognostische Prädiktoren sind zusätzliche psychiatri-

sche Diagnosen, eine ausgeprägte Neigung zu Impulsivität, wie z.B. häufige SVV und wiederholte Suizidversuche sowie körperliche Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit [3]. Komorbide Störungen finden sich bei 80% der Betroffenen. Die häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzabhängigkeit, Essstörungen, Schlaf- und Zwangsstörungen. Auch andere Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid auf, wie z.B. die abhängige oder paranoide Persönlichkeitsstörung. Nach jüngeren Erkenntnissen lässt sich ferner bei mehr als der Hälfte aller Patienten mit BPS rückblickend eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung feststellen.

Die Ätiologie der BPS ist komplex und nur teilweise verstanden. Zusammenfassend geht man von einem biopsychosozialen Modell aus, indem sich hereditäre Prädisposition, neurobiologische Anfälligkeiten (morphologische und funktionelle Störungen im fronto-limbischen Regelkreis) und ungünstige Umgebungs- und Entwicklungsbedingungen (frühe Erfahrung von sexueller und/oder körperlicher Gewalt, Vernachlässigung durch primäre Bezugsperson, Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter [5]) gegenseitig beeinflussen und zusammen die Entstehung der BPS bedingen [2].

Korrespondenz:

Dr. med. Christoph Schenk
Leitender Arzt Chirurgie und Unfallchirurgie
spitäler fmi ag – Gesundheitszentrum Meiringen
Abt. für Chirurgie/Unfallchirurgie
CH-3860 Meiringen
christoph.schenk@spitalfmi.ch

Literatur

- Bohus M, Schmahl C. Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 2007;78:1069–81.
- Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*. 2009;135(3):495–510.
- Stiglmayr C. Borderlinestörung. In: Linden & Hautzinger (Hrsg). *Verhaltenstherapiemanual*, Heidelberg: Springer, 6. Auflage, 2008. 454–61.
- Rommel A, Bohus M. Pharmakologische und Psychotherapeutische Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie*. 2006;54(3):185–97.
- Ebner-Premier, UW, Kuo, J, Kleindienst, N, Welch, SS, Reisch T, Reinhard I, et al. State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological Medicine*. 2007; (4):1–10.