

Diagnose: „Borderline“

Grundlagen der Diagnostik:

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“
Revision IV (DSM-IV)

Die „International Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems“ Revision 10 (ICD-10)

Christian Droßmann - www.drossmann.de

Das DSM-IV

- Gebräuchlich im amerikanischen Raum, herausgegeben von der American Psychiatric Association
- Enthält per Definition nur psychische Erkrankungen

Eingeteilt in fünf Achsen:

- Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme. Hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörung und Lernunfähigkeiten (Beispiele: Schizophrenie, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen).
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen (Beispiele: Borderline, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörungen, antisoziale Persönlichkeiten).
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren. Diese Achse umfasst körperliche Probleme, die bedeutsam für die psychische Erkrankung sein können.
- Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (Beispiele: Wohnungsprobleme, Berufliche Probleme, Probleme im sozialen Umfeld)
- Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus anhand der GAF-Skala.

Das DSM-IV

Themenrelevant ist die Achse II (Persönlichkeitsstörungen)
Diese wird unterteilt in drei sog. „Cluster“:

Cluster A (Sonderbar, exzentrisch):

Paranoide PS, Schizoide PS, schizotypische PS

Cluster B (Dramatisch, emotional):

Borderline PS, histironische PS, dissoziale PS,
narzisstische PS

Cluster C: „Ängstlich, vermeidend“

Selbstunsichere PS, abhängige PS, zwanghafte PS,
passiv-aggressive PS

Kritik am DSM-IV

- Die Kriterien des DSM werden von einem Expertengremium festgelegt und nicht formal statistisch ermittelt, daher Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit (u.a. von Psychoanalytiker und Borderline-Experte Otto F. Kernberg)
- Mitglieder des Expertengremiums werden teilweise von der Pharmaindustrie bezahlt, daher Korruptionsvorwurf
- Gleichzeitig sind die Mitglieder des Gremiums somit indirekt mit den Krankenversicherungen verbunden, die nur dann Medikamente und Therapie bezahlen muss, wenn die Symptomatik des Patienten einen eindeutigen Diagnoseschlüssel hat, daher ebenfalls Korruptionsvorwürfe

Das ICD-10

- Herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation WHO, basierend auf standardisierter statistischer Erhebung
- Weltweit gebräuchlich, wird aber in länderspezifischen Versionen veröffentlicht; Deutsche Version: ICD-10GM (German Modification)
- Enthält alle definierten Symptome und Krankheiten des Menschen, insgesamt 12.161 verschiedene Einträge (manche aufgrund der Einteilung doppelt), Psychische Erkrankungen finden sich im Teil F
- Gliederung: [BUCHSTABE] [ZAHL FÜR ALLGEMEINE DIAGNOSE] [PUNKT] [ZAHL(EN) FÜR SPEZIFISCHE UNTERSCHIEDUNG]
- Beispiel: F90.0 =
 - F : (Psychische und Verhaltensstörungen)
 - 90 : Hyperkinetische Störungen
 - .0 : Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1 Ist somit eine Unterform der Hyperkinetischen Störung und bezeichnet die HS mit Störung des Sozialverhaltens

Kritik am ICD-10

- Aufbau folgt nicht nach medizinischer, sondern statistischer Logik (nach Körperteil/Organ, nicht nach Fachgebiet)
- Länderspezifische Ausgaben teils sehr unterschiedlich, was die Vergleichbarkeit der Erhebungen erschwert
- Nicht jeder Symptomkomplex findet sich im ICD-10 wieder, ein Arzt kann aber nur mit einem ICD-Schlüssel eine gültige (und von der Krankenkasse getragene...) Diagnose stellen
- Statistisch teils fragwürdig, da nur unzureichend zwischen Diagnose und Symptom unterschieden wird

Der Therapievertrag

„Du hast als Therapieziele benannt, dass Du an der Steuerung Deiner Gefühle arbeiten möchtest, hier mehr Kontrolle und Steuerungsmöglichkeiten haben möchtest, um mit Deinen Gefühlen besser umzugehen. Dafür möchten wir Dir speziell Rückmeldungen von unserer Seite anbieten, die Dir dazu dienen sollen, Deine Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung Deines Gegenübers zu stärken und um zu lernen, andere Blickwinkel bei eigenen Verhaltensweisen mitzuberücksichtigen.

Wir erwarten dabei von Dir, dass Du diese Rückmeldungen positiv nutzt, da wir nicht in negative Streitsituationen mit Dir geraten wollen. [...]

Ein weiterer wichtiger Punkt für uns ist, mit Dir daran zu arbeiten: ‚Wie erkenne und respektiere ich die Grenzen der anderen?‘ und ‚Wie kann ich meine eigenen Grenzen wahren?‘ [...] Grundvoraussetzung ist für uns das Einhalten unserer Regel, dass Du nicht in andere Zimmer gehst, auch nicht an andere Zimmertüren klopfst und im Türrahmen Kontakt zu den Jugendlichen suchst, sondern dass Kontaktmöglichkeiten ausschließlich in den Gemeinschaftsräumen stattfinden.

Zu Deinem eigenen Schutz, aber auch zur Einhaltung von Grenzen der anderen Jugendlichen ist für uns **Bedingung, dass Du im Einzelzimmer übernachtst**. Bei insgesamt positivem Verlauf ist die Aufhebung dieser Regel prinzipiell möglich.

Geschlossene Station

Grund für die Schutzmaßnahmen war vermutlich folgender Vorfall:

„[...] Am Donnerstagmorgen rief ich noch meine Freundinnen an, denen ich das alles hier schließlich zu verdanken hatte, aber heute weiß ich, dass ich selber daran Schuld bin. Ich habe sie aus dem Grund angerufen, weil ich ihnen Schuldgefühle machen wollte, was ich auch geschafft hatte, doch heute bereue ich dies sehr. Ich sagte ihnen, dass ich in einer Jugendpsychiatrie gelandet sei und das alles ihre Schuld wäre und dass sie mal bloß darauf warten sollten, bis ich hier rauskäme. Da bekamen sie es wieder mit der Angst zu tun und verständigten die Lehrer von unserer immer noch gemeinsamen Schule, und die Schule verständigte meine Psychologin, die leitende Ärztin. [...]“

Borderline nach DSM-IV

9

Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83)

- Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
- Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, ‚Fressanfälle‘).
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- Chronische Gefühle von Leere.
- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Die „pathogene Familie“

- „Traumata kommen in der Frühgenese der Borderline-Kinder gehäuft vor. Bei 80% der Kinder bestehen sie u. a. in gestörten Beziehungen, wobei [...] heftiger Streit zwischen Eltern oder deren Trennung am häufigsten genannt werden. [...] In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis der epidemiologischen Studie von Tress (1986) bedeutsam, der [...] zwei entscheidende Bedingungen der Vorschulzeit fand, die vor späterer psychogener Erkrankung schützen: Es sind die enge Bezogenheit des Kindes auf eine geliebte und liebende Person, die während der überwiegenden Zeit des Vorschulalters verlässlich erreichbar sein muss, und das Fehlen des Vaters. Der letztere Faktor bietet vermutlich dem Kind Schutz vor destruktiven familiären Streitigkeiten [...]“ (Barbara Diepold)

Die „pathogene Familie“

„Die Ergebnisse: Patienten mit einer Borderline-Störung berichten über unsichere Bindungserfahrungen in ihrer Kindheit. Nahe Bezugspersonen, meist Mütter oder Väter, wurden fast durchgängig als sehr ambivalent geschildert; Patienten erlebten wenig Aufmerksamkeit und Feinfühligkeit, ihre Bedürfnisse und Gefühle wurden wenig beachtet und sehr unterschiedlich beantwortet.“
(Andreas Remmel 2004)

Identitätsdiffusion

- „Von Linehan (1993) wird das familiäre Umfeld dieser Patientinnen als invalidierend bezeichnet, d.h. es werden ständig heftige, das Kind überfordernde Emotionen erzeugt, die situationsadäquaten Wahrnehmungen und emotionalen Reaktionen des Kindes aber missachtet, verzerrt und bestraft. Das Kind stößt immer wieder auf unberechenbare Reaktionen seiner Eltern, die entweder übermäßig stark auf seine Emotionen reagieren, oder aber sie verleugnen. Die Emotionen auslösenden Ursachen werden ebenfalls ignoriert, so dass sich eine wachsende Diskrepanz zwischen Erfahrungen und Bestätigungen durch die Umwelt entwickelt. Folge sind neben einer mangelhaften Affektregulation die Ungewissheit, ob sie sich auf ihre Gefühle als Ausdruck gültiger Ereignisinterpretationen verlassen können (Linehan 1993), also eine Ungewissheit über das eigene Selbst, die eigene Selbstidentität und schließlich eine tiefergehende Beeinträchtigung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit. Ein weiteres Dilemma dieser Patientinnen ist, dass sie unfähig zur Selbststeuerung sich als in hohem Maße von äußeren Objekten abhängig erleben.“

Heilung?

13

Es ist festzuhalten, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeit nicht um eine Krankheit handelt, sondern sie den Entwicklungsstörungen zuzuordnen ist.

Während der Krankheitsbegriff von einem „gesunden“ Zustand ausgeht, der sich plötzlich verändert und mehr oder weniger wiederherstellbar ist („Heilung“) gab es bei einem Borderline-Patienten nie „Normalität“ bzw. die beschriebenen Muster sind für einen Borderline-Patienten „normal“.

Die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur in solch früher Phase der Kindheit ist irreversibel und nicht therapierbar. Die Störung kann lediglich stabilisiert und mit Verfahren wie der Dialektisch-Behavioralen Therapie oder der Kognitiven Verhaltenstherapie (evtl. in Kombination mit Medikation gegen die psychotischen Symptome) können die Muster abgeschwächt oder substituiert werden, sodass dem Patienten je nach Schweregrad der Störung ein autonomes und relativ „normales“ Leben möglich ist.

Behandlungserfolge

Faustregel: Je früher die Störung manifest wird, umso schlechter die Prognose.

Zanarini et al. ermittelten im Jahre 2003 nach einer Langzeitstudie mit N=275 Patienten (Diagnose nach DSM-III !) einen Anteil von 34,5% Remission (95 Patienten) 2 Jahre nach stationärer Aufnahme und Therapie, 49,4% Remission (133 Patienten) zu 6,4% Rückfall (6 Patienten) nach 4 Jahren (N=269 Patienten), 68,6% Remission (181 Patienten) zu 4,6% Rückfall (6 Patienten) nach 6 Jahren (N= 264 Patienten) und einen 6-Jahres-Wert von 73,5% Remission (202 Patienten) zu 5,9% Rückfall (12 Patienten).

(Ein Patient verweigerte die weitere Teilnahme nach 2 Jahren, ein weiterer verstarb im Laufe der Studie. Mit der Patientenzahl verändern sich somit auch die Prozentwerte.)

Rückfall: Definiert als der Anteil an Patienten, der in der Folgeuntersuchung 2 Jahre nachdem eine Remission festgestellt wurde, die Kriterien für eine Borderlinestörung im Sinne der Studie wieder erfüllt.

Behandlungserfolge

- „Es liegen eine Reihe von Verlaufsuntersuchungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung vor (Paris 1988; Stone 1989b), die sich jedoch mehrheitlich auf den Verlauf von behandelten Borderline-Erkrankungen beziehen [...] Stone [kommt] zu der Auffassung, dass bis zu zwei Drittel der Patienten [...] nach 8-10 Jahren nur noch eine minimale Symptomatik aufweisen. Im Gegensatz dazu fand eine neuere Studie von Links et al (1998a), dass 47% stationär behandelte Borderline-Patienten auch nach sieben Jahren noch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen. [...]“

Suizidrate

Wie bei allen psychischen Störungen und Erkrankungen, die mit einer Depression einhergehen, ist die Selbsttötungsrate teils erheblich:

„Stone (189b; 1993) vermutet, dass der unbehandelte Verlauf nach 10-25 Jahren über einen sehr weiten Bereich vom vollendeten Suizid bis hin zur vollständigen Genesung variiert, was ihn zu der Annahme bringt, dass die Borderline-Diagnose alleine diese Variabilität nicht erklärt, da diese in erheblichem Maße von der Komorbidität abhinge. [...] Während verschiedene Studien von Suizidraten von 8% bis 10% berichten [...], fand Stone (1993) eine Suizid-Mortalität von 18% bei komorbider affektiver Störung und von 33% bei komorbider Alkoholabhängigkeit.“

Substanzmissbrauch

Bei gleichzeitigem Substanzmissbrauch (Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain etc.) verschlechtert sich die Prognose erheblich:

„Bei Komorbidität von Drogenabusus mit weiterer Psychopathologie ist eine schlechtere Prognose nachgewiesen worden (O’Neill et al. 2003) [...] Auch die ‚Dialektisch-Behaviorale Therapie‘ nach Linehan (DBT), die sich in der Behandlung der Borderline-Syptomatik als sehr vielversprechend erwiesen hat, hat sich zur Reduktion des problematischen Substanzmissbrauchs auch nicht erfolgreicher als herkömmliche Therapieverfahren herausgestellt [...]“