

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderlinestörung

Krefeld, Juli 2013

Dr. med. Andreas Horn  
Direktor Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kliniken  
Alexianer GmbH Krefeld

## Differenzialdiagnose der BPS

- ▶ Symptomorientierte Differenzialdiagnostik
  - Selbstverletzung
  - Emotionale Instabilität
  - Beziehungspathologie
  - Angst
- ▶ Abgrenzungsproblematik / Potentielle Fehldiagnosen
  - Schizotype Störung
  - Schizophrenie, bipolare Störung, Depression
  - Dissoziative Störungen, Traumassozierte Störungen
  - ADHS, Asperger
  - Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Mehrfachdiagnosen, Komorbidität, Achsenproblematik

## Differenzialdiagnose: Definition

- ▶ Gesamtheit aller Diagnosen, die alternativ als Erklärung für die erhobenen Symptome (Krankheitszeichen) oder medizinischen Befunde in Betracht zu ziehen sind.
- ▶ Die Auswahl weiterer diagnostischer Maßnahmen richtet sich nach der Wahrscheinlichkeit, Therapierbarkeit und Bedrohlichkeit der verbleibenden Differenzialdiagnosen und dem mit der Maßnahme verbundenen Aufwand und Risiko.
- ▶ Liefert weder Diagnose noch Differenzialdiagnose ein sicheres Ergebnis, dann wird der vermuteten Diagnose ein *V. a.* (Verdacht auf) vorangestellt.

## Diagnosestellung

- ▶ Spontanschilderung von Problemen und Symptomen
  - ▶ Gezielte Befragung nach Symptomen
  - ▶ Psychologische Testung
  - ▶ Beobachtung, Beziehungsdynamik
  - ▶ Übertragung, Gegenübertragung
- 
- ▶ Medizinische Zuordnung
  - ▶ Verhaltensanalyse
  - ▶ Psychodynamische Deutung

## Probleme der Diagnosestellung

- ▶ Etikettierung
- ▶ Stigmatisierung
- ▶ Diagnosen sind Konstrukte
- ▶ Wandel der Diagnosesysteme, Leitlinien, Therapieformen
- ▶ Diagnosen helfen aber auch bessere Therapieformen zu entwickeln

## Wie sicher sind Diagnosen? Brauche ich eine Diagnose?

- ▶ Nehmen sie Test xy, dann haben sie eine so-und-so hohe Wahrscheinlichkeit die richtige Diagnose einer BPS zu stellen... !?
- ▶ Bringt es mir etwas, die Diagnose BPS an zu nehmen... ?!

## Probleme im Zusammenhang mit der Diagnose einer BPS

- ▶ Wann?                      ▶ Wann wird die Diagnose gestellt?
- ▶ Wie?                         ▶ Wie wird die Diagnose gestellt?
- ▶ Wieso?                     ▶ Wieso werden unterschiedliche Diagnosen im Verlauf gestellt?
- ▶ Weshalb?                 ▶ Weshalb bekommt man mehrere Diagnosen gleichzeitig?
- ▶ Warum?                 ▶ Warum hilft Therapie nicht und nur begrenzt?

## Weshalb Beschäftigung mit der Frage der Differenzialdiagnose?

- ▶ Patientenerfahrungen
- ▶ Etikettierungszwang
- ▶ Mehrfachdiagnosen
- ▶ Komorbidität
- ▶ Abgrenzung
- ▶ Operationalisierung
- ▶ Transparenz
- ▶ Erkrankungsspektrum
- ▶ Heterogenität



## Differenzialdiagnostik BPS: Ausgangspunkt ein Fallbeispiel

- ▶ Aus heiterem Himmel bemerke ich, dass ich zeitweilig jede emotionale Verbundenheit mit Familienmitgliedern und engen Freunden verliere.
- ▶ Wenn ein Teil meines Körpers schmerzt, komme ich mir so abgelöst von dem Schmerz vor, „als ob es der Schmerz eines anderen wäre“.
- ▶ Der Geschmack von Speisen ruft bei mir weder Genuss noch Ekel hervor.
- ▶ Etwas, was ich heute morgen getan habe, kommt mir manchmal vor, als ob ich es bereits vor Wochen gemacht hätte.
- ▶ Ich komme mir wie abgetrennt von Erinnerungen an Ereignisse meines Lebens vor, so als ob ich nicht daran beteiligt gewesen wäre.
- ▶ Während ich ganz wach bin, habe ich „Traumbilder“ in denen ich mich wie von außerhalb sehe, so als ob ich mein Bild in einem Spiegel betrachte.

## Voreiliges Schlussfolgern – Kurzschlussdenken

(„**Jumping to conclusions**“)

siehe Metakognitives Training, Moritz et al. UKE

**II IMPING TO CONCLUSIONS**



IUMRING TQ GQNGIUSIQNS

## Depersonalisations- und Derealisationssyndrom F48.1

- ▶ Andauernde oder wiederkehrende Erfahrungen, sich von den eigenen geistigen Prozessen oder vom eigenen Körper losgelöst zu fühlen
- ▶ Ca. 70% aller Menschen erleben im Lauf ihres Lebens mindestens einmal Depersonalisationsphänomene
- ▶ 0,8-2% der Allgemeinbevölkerung leiden unter schwerer Depersonalisation
- ▶ Bis zu 40% der Patienten in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung leiden unter klinisch relevanter Depersonalisation

## Historischer Einstieg in das Thema Differenzialdiagnostik

- ▶ 1953 erkannte Robert Knight, dass bestimmte Patienten eine gemeinsame Pathologie aufwiesen, obwohl sie ausgesprochen unterschiedliche Symptome zeigten und verschiedene Diagnosen hatten.
- ▶ Fragwürdigkeiten des Schichtenmodell von Jaspers: Schneidersche Zwischenfälle bzw. schizoaffektive Psychosen und die unklare Grenze zwischen Neurose und Psychose
- ▶ Paranoia-Diskussion
- ▶ Psychotische Phänomene und Traumatisierung

## Andere Begrifflichkeiten

- ▶ Diagnose (Entscheidung)
- ▶ Differenzialdiagnose (Vorliegen verschiedener Entscheidungsmöglichkeiten, also Unterscheidungen)
- ▶ Symptom (Krankheitszeichen)
- ▶ Syndrom (gleichzeitige Vorliegen verschiedener Krankheitszeichen)
- ▶ Initialsymptom, Prodromalsymptom, Kernsymptome, Leitsymptome, Symptomkomplexe, Symptomtrias
- ▶ Ätiologie (ursächlicher Zusammenhang)
- ▶ Pathogenese (Entstehung und Entwicklung der Krankheit)
- ▶ Bio-psycho-soziale Krankheitsmodelle

## ICD-10 und DSM-IV: Multiaxiale Systeme

### ▶ ICD-10

- Achse I Psychiatrische (Ia) und somatische (Ib) Diagnosen
- Achse II Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit (disability diagnostic scale, DDS)
- Achse III Belastungsfaktoren

### ▶ DSM-IV

- Achse I Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme
- Achse II Persönlichkeitsstörungen
- Achse III Medizinische Krankheitsfaktoren
- Achse IV Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
- Achse V Globale Beurteilung des Funktionsniveaus



## Borderline nach ICD-10

### Mindestens 3 der folgenden Kriterien:

1. Unerwartetes Verhalten ohne Berücksichtigung der Konsequenzen
2. Tendenz zu Streitereien und Konflikten
3. Ausbrüche von Wut oder Gewalt – Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeit, Handlungen beizubehalten, wenn keine unmittelbare Belohnung
5. Unbeständige und unberechenbare Stimmung

### Sowie mindestens 2 der folgenden Kriterien:

1. Unsicherheit im Selbstbild, Zielen und inneren Präferenzen
2. Intensive, aber instabile Beziehungen mit emotionalen Krisen
3. Übertriebenes Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholt Drohungen od. Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. Anhaltende Gefühle von Leere

## Borderline nach DSM-IV

Mindestens 5 der folgenden 9 Kriterien

- 1. Affektive Instabilität**
- 2. Impulsivität**
- 3. Instabile Beziehungen (Wechsel zw. Idealisierung und Abwertung)**
4. Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren
5. Identitätsstörungen
6. Bemühen, allein sein zu verhindern
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Suizidalität und Selbstschädigendes Verhalten
9. Stress-abhängiges paranoides Erleben, Dissoziationen

## ICD-10- und DSM-IV Problematik in Bezug auf die Borderline Störung

- ▶ Verlangt man die Erfüllung von 5 aus 9 Kriterien (DSM-IV) oder 3 aus 5 plus 2 aus 5 Kriterien (ICD-10), so ergibt sich eine nicht mehr überschaubare Vielzahl von Möglichkeiten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert zu bekommen.
- ▶ Erschwerend kommt hinzu, dass hinter den einzelnen Symptomen verschiedene psychische Strukturniveaus, unterschiedliche Belastungsfaktoren, nicht vergleichbare Lebensgeschichten und andere gänzlich unterschiedliche Rahmenbedingungen stehen können.
- ▶ Nach der Verschlüsselung ist jedoch unklar welcher der vielen verschiedenen Untertypen vorliegt, weil all dies BPS genannt wird.
- ▶ Es stellt sich die Frage, ob diese Subtypen der BPS vergleichbar sind, der gleichen Therapie bedürfen und ob es sich überhaupt noch um die gleiche Krankheit handelt.

## „Symptompotpourri“ und weitere Hinweise

- ▶ DSM- oder ICD-Kriterien
- ▶ Makro- oder Mikrotraumatisierungen
- ▶ Identitätsprobleme, innere Leere, Mangel an Selbstliebe und Selbstrespekt, Wut gegen sich selbst, Autoaggression
- ▶ Gestörte Emotionsregulation, Anspannung, fehlende Kompensationsmechanismen
- ▶ Probleme mit Nähe und Distanz, Auswirkungen auf Beziehungen
- ▶ Dissoziationen, Selbstverletzungen, Depressivität, Suizidalität, Instabilität, magisches Denken

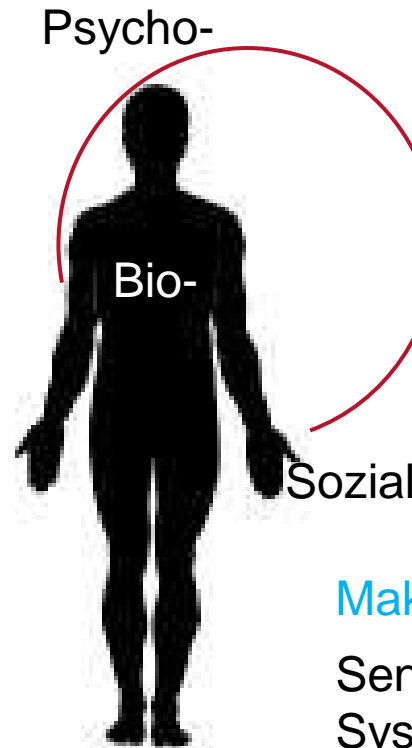
# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

Emotionsregulation gestört

Körperliche Ressourcen stärken, stabilisieren

Belastungen identifizieren

Achtsamkeit, Skills, Sport, Ernährung



Ich-Strukturelle Störung, dysfunktionales Denken

Seelisch-geistige Ressourcen stärken, stabilisieren

Konflikte klären, Ich-Stärkung, dysfunktionale Gedanken bearbeiten

Selbstexploration

Makro- , Mikrotraumatisierung

Sensibilität nutzen, soziale Systeme stützen, gestalten

Belastungen identifizieren

Soziales Kompetenztraining, Expositionstraining

## Perspektiven der Differenzialdiagnose der Borderline-Störung

- ▶ Potentielle Differenzialdiagnosen
  - Persönlichkeitsstörungen
  - Affektive Störungen
  - Psychotische Störungen
- ▶ Symptombezogene Differenzialdiagnostik
  - Selbstverletzung
  - Dissoziation
  - Emotionale Instabilität
  - DSM- oder ICD-Kriterien
- ▶ Komorbiditäten vs. Achsenproblematik
- ▶ Begriffsentwicklung, Borderline-Historie, Borderline im engeren und weiteren Sinne
- ▶ Borderline auf unterschiedlichen Entwicklungs- und/oder Strukturniveaus
  - Strukturelle Störung, frühe Störung
- ▶ Borderline-Spektrum

## Differenzialdiagnosen

- ▶ Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ
- ▶ Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ
- ▶ Andere Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Ich-strukturelle oder frühe Störung
- ▶ Unterschiedliche Strukturniveaus bei Borderline-Störungen
- ▶ Dissoziative Identitätsstörung
- ▶ Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom
- ▶ Asperger-Autismus
- ▶ Depressive Störungen
- ▶ Psychotische Störungen
- ▶ Schizoide Störung und schizotype Störung
- ▶ Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Differenzialdiagnostische Fragen im  
Umfeld der Borderline-Störung



*Alexianer*

ALEXIANER KREFELD GMBH

KRANKENHAUS MARIA-HILF

## Borderline Typus und Depression



# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Selbstverletzendes Verhalten als Leitsymptom des Borderline Typus und seine Differenzialdiagnosen

## Differenzialdiagnose des selbstverletzenden Verhaltens

- ▶ Borderline Typus
- ▶ Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
- ▶ Bulimie
- ▶ Anorexia nervosa
- ▶ Depressive Störungen
- ▶ Posttraumatische Belastungsstörung
- ▶ Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- ▶ Dissoziative Identitätsstörung
- ▶ Asperger Autismus
- ▶ Lesch-Nyhan-Syndrom

## Sinn von Autoaggression oder Selbstverletzung

- ▶ Versuch, erlittenen psychischen Schmerz mitzuteilen
- ▶ Hilferuf
- ▶ Selbstbestrafung
- ▶ Bestrafung nahestehender Menschen
- ▶ Selbst-Ablenkung von anderen Leidensformen
- ▶ Abbau von emotionaler Anspannung
- ▶ Entspannungstechnik zum Abbau von Angst, Zorn oder Traurigkeit

## Hintergründe oder Ursachen von selbstverletzendem Verhalten

- ▶ Unerträgliche emotionale Anspannung
- ▶ Depressivität mit Scham- oder Schuldgefühlen
- ▶ Traumatisierung
- ▶ Nicht zu bewältigender Stress in sozialen Situationen
- ▶ Serotoninmangel
- ▶ Physischer oder sexueller Missbrauch
- ▶ Deprivation
- ▶ Körperliche oder emotionale Vernachlässigung
- ▶ Erfahren chaotischer Familienverhältnisse

## Selbstverletzendes Verhalten: Sonstige Motivationen, Effekte

- ▶ Flucht vor der Leere, Depression, Dissoziation oder dem Gefühl der Derealisation.
- ▶ Spannungsabbau emotional und/oder körperlich
- ▶ Bewältigung von intensiven nicht zu verarbeitenden Gefühlen
- ▶ Versinnbildlichung emotionalen Schmerzes
- ▶ Flucht vor dem Gefühl des Betäubtseins, Selbstvergewisserung, Leben spüren
- ▶ Euphorisierung
- ▶ Weiterführen von Missbrauchserfahrungen, Selbstbestrafung
- ▶ Abreagieren von Wut, die nicht sozialverträglich geäußert werden kann
- ▶ Sucht nach Krisenverhalten auf neurobiologischer Basis
- ▶ Kontrolle über eigenen Körper herstellen
- ▶ Form sozialer Interaktion, Einfluss behalten
- ▶ Ausdruck oder Unterdrückung sexueller Gefühle
- ▶ Erlangen von Sicherheit
- ▶ Erklärung der Untauglichkeit und vermeintlichen Bestrafungsbedürftigkeit

## Formen der Selbstschädigung

- ▶ Selbstverletzung
- ▶ Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- ▶ sexuelle Promiskuität
- ▶ Spielsucht
- ▶ Kleptomanie
- ▶ Essstörungen
- ▶ Artificielle Schädigungen
- ▶ Parasuizidale Handlungen

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Komorbiditäten (in %) der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV zu Störungen der Achse I nach DSM-IV.

Komorbidie Diagnose	Erstdiagnose	Paranoide	Schizoide	Schizotypische	Histrionische	Narzisstische	Antisoziale	Borderline	Vermeidend-Selbstunsichere	Dependente	Zwanghafte	Negativistische
Major Depression					***	***		+++	***	+++	***	
Zwangsstörung		***		+++	***			***	::::	+++	+++	+++
Panikstörung				***					+++	***		
Soziale Phobie				+++	***				::::	+++		
Einfache Phobie				***				***	+++	***	***	
Somatoforme Störung				***	***	***	***	***	+++	+++	+++	***
Alkohol-/Drogenabhängigkeit					***	***	::::	+++				
Anorexie					***	***		***	***		***	
Bulimie					***	***	***	+++				
Schizophrenie		***	***	+++		+++				***		

Symbole der Häufigkeiten in Prozent: Leere Zellen = < 10%; \*\*\* = 10 -19%; +++ = 20 -30%; :::: = > 30%

## Anzahl der komorbiden Störungen der Borderline-Störung

- ▶ Sieben der zehn genannten Störungen (Achse I; DSM-IV) weisen zur Borderline-Störung eine Komorbiditätsrate von über 10% auf.
- ▶ Damit liegt die Borderline-Störung im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstörungen über dem Durchschnitt der diagnostizierten Anzahl komorbider Störungen.
- ▶ Bei den sieben Störungen handelt es sich um die Zwangsstörung, Einfache Phobie, Somatoforme Störung und Anorexie (Häufigkeit: 10 -19%) sowie um Major Depression, Alkohol-/Drogenabhängigkeit und Bulimie (Häufigkeit 20 -30%).



## Häufigkeit der komorbiden Störungen der Borderline-Störung

- ▶ Die höchste Komorbidität (20 -30%) besteht zur Depressiven Störung, zur Bulimie und zur Alkohol/Drogenabhängigkeit.
- ▶ Selten (<10%) wird gemeinsam zur Borderline-Störung die Diagnose einer Schizophrenie, Panikstörung oder Sozialen Phobie vergeben.
- ▶ In Relation zu den Komorbiditäten der anderen Persönlichkeitsstörungen fallen bei der Borderline-Störung insbesondere folgende Aspekte auf:
  - *Depressive Störungen treten nur bei der Dependenten Persönlichkeitsstörung ebenso häufig auf wie bei der Borderline-Störung.*
  - *Die Bulimie tritt als komorbide Störung bei allen anderen Persönlichkeitsstörungen seltener auf als bei der Borderline-Störung. Somit ist die Bulimie eine für die Borderline-Störung sehr charakteristische komorbide Störung.*
  - *Häufiger als bei der Borderline-Störung tritt Alkohol- und Drogenabhängigkeit nur bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung auf (> 30%).*
  - *Angststörungen finden sich bei der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung in höherem Maß (z.T. > 30%) als bei der Borderline-Störung. Im Falle der Borderline-Störung sind sie mit 10 -19% bzw. 0 -10% seltenere komorbide Störungen.*

## Spezifität der Komorbidität zur Borderline-Störung

- ▶ Die komorbiden Störungen der Borderline-Störung treten oft auch bei den anderen Persönlichkeitsstörungen auf. Sie tun dies zwar meist in einem geringeren Ausmaß, jedoch kann bei weitem nicht von einer Spezifität der Komorbiditäten gesprochen werden. Diese ist in der Regel eher gering.
- ▶ Das Besondere der Borderline-Störung besteht demnach eher in dem hohen Zusammenhang zu sehr vielen Achse-I-Störungen und weniger in der Ausschließlichkeit der Komorbiditäten. Eine Ausnahme stellt die Bulimie als komorbide Störung dar. Sie tritt bei anderen Persönlichkeitsstörungen wesentlich seltener auf.

## Borderline und ADHS

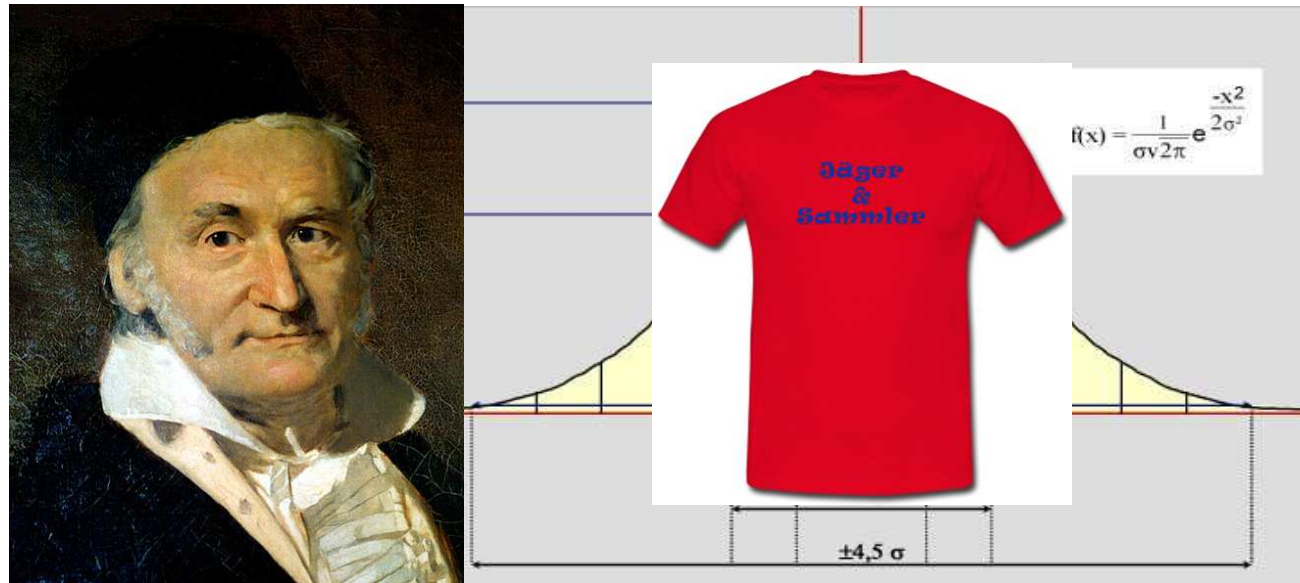
- ▶ Nach jüngeren Erkenntnissen lässt sich bei mehr als der Hälfte aller BPS-Patienten rückblickend eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) feststellen (Bohus 2004). In solchen Fällen ist die gesellschaftliche Integrationsfähigkeit, insbesondere die Teilnahmefähigkeit am Berufsleben, extrem belastet.

## Borderline und ADHS

- ▶ Unabhängig davon haben ADHS und BPS nach außen hin verschiedene ähnliche Merkmale, weshalb diese beiden Störungsbilder oft verwechselt werden.
- ▶ Dazu gehören geistige Abwesenheit, Impulsivität, Sensibilität, äußere und innere Unruhe und Unausgeglichenheit.
- ▶ Diese Symptome haben aber meist gänzlich unterschiedliche Hintergründe, z.B.:
  - Geistige Abwesenheit aufgrund einer BPS ist in der Regel dissoziativ bedingt und besteht phasenweise.
  - Bei ADHS ist die Aufmerksamkeit allgemein eingeschränkt (kurze Aufmerksamkeitsspanne, leichte Ablenkbarkeit) und nicht situativ bedingt.

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## ADHS als Normvariante



**Sammler**



**Jäger**

## ADHS – Probleme und Fähigkeiten



Differenzialdiagnostische Fragen im  
Umfeld der Borderline-Störung



*Alexianer*  
ALEXIANER KREFELD GMBH  
KRANKENHAUS MARIA-HILF

## Depersonalisationssyndrom

## Borderline und Autismus

- ▶ Cave: Borderline-Autismus ist eine Autismus-Spektrum-Störung, eine milde Form des Asperger Autismus, die nichts mit BPS zu tun hat.
- ▶ Menschen mit Asperger-Syndrom erhielten in der Zeit bis 1970 eher die Diagnose „Schizophrenie“ und nach 1970 eher die Diagnose „Borderline-Störung“. Beides war unzutreffend.
- ▶ Bei der BPS bestehen wie beim Asperger-Syndrom auch Schwierigkeiten bezüglich der Empathiefähigkeit und des Erkennens nonverbaler Signale, jedoch treten bei der BPS meist starke Stimmungsschwankungen auf, während Spezialinteressen und das ausgeprägt rationale Denken fehlen.



## Autismus oder „Wenn Denken einsam macht“

...

- ▶ Autisten beherrschen nicht die Regeln des Miteinander
- ▶ Für Autisten verhalten sich die Mitmenschen wie Aliens, ihnen fremde Wesen von einem fremden Stern.
- ▶ Wie ein Forscher müssten sie das Verhalten der Mitmenschen studieren, müssten die Regeln des sozialen Miteinanders auswendig lernen wie Vokabeln - nur dann hätten sie eine Chance, in der Gesellschaft klarzukommen.
- ▶ Umgekehrt beschleicht uns auch, wenn wir Autisten begegnen, das Gefühl, es mit einem völlig fremdartigen Wesen zu tun zu haben.

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung



**Alexianer**

ALEXIANER KREFELD GMBH

KRANKENHAUS MARIA-HILF



Claudia Quaiser-Pohl | Kirsten Jordan



Warum Frauen glauben, sie könnten nicht einparken – und Männer ihnen Recht geben

Über Schwächen, die gar keine sind  
Eine Antwort auf A. & B. Pease

C.H.Beck



# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Schizophrenie, Schizoidie und Schizotypie

Differenzialdiagnostische Fragen im  
Umfeld der Borderline-Störung



*Alexianer*

ALEXIANER KREFELD GMBH

KRANKENHAUS MARIA-HILF

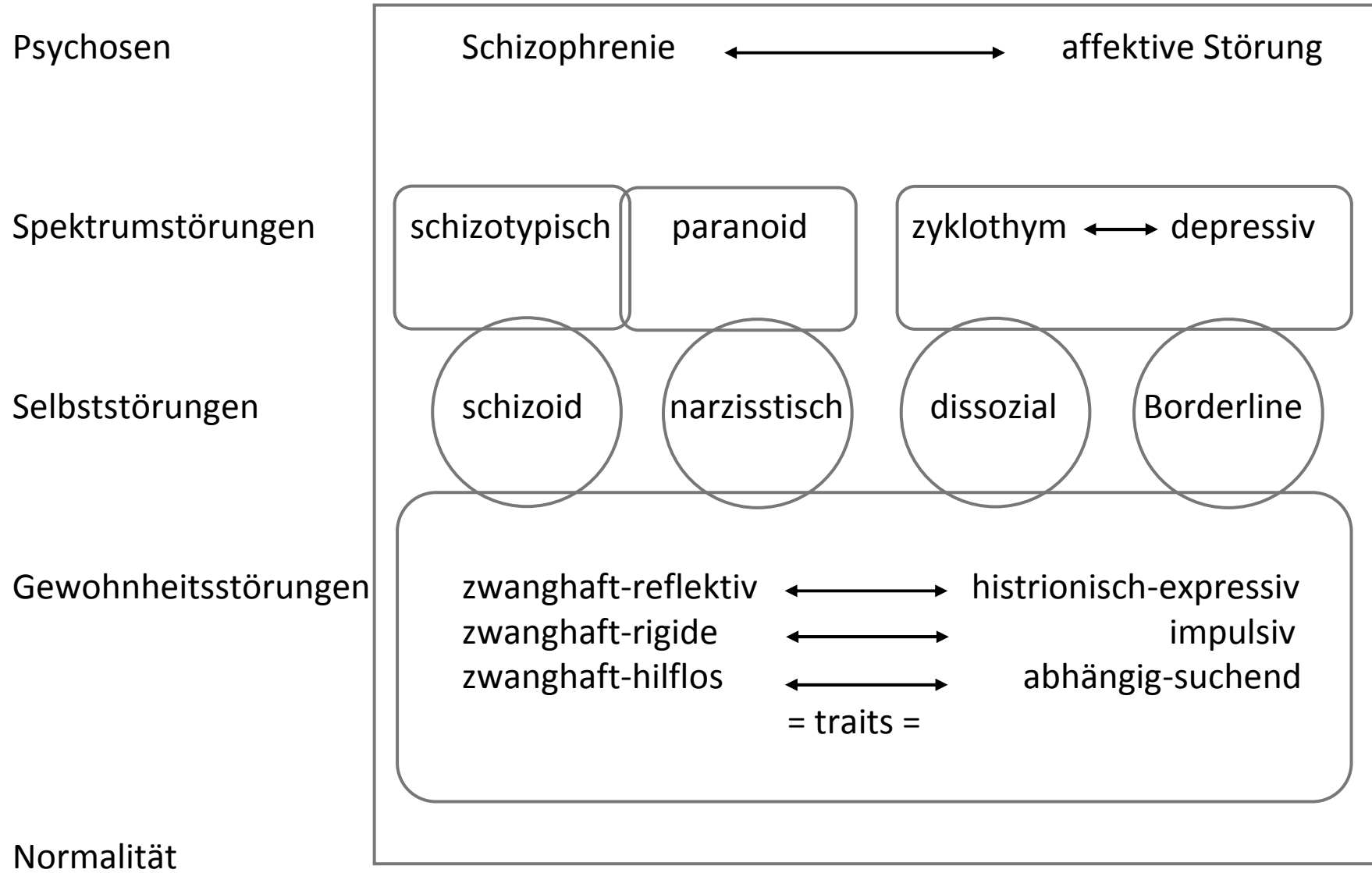
## Dissoziative Identitätsstörung

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung



**Alexianer**  
ALEXIANER KREFELD GMBH  
KRANKENHAUS MARIA-HILF

## Persönlichkeitsstörungen



***Hierarchische Anordnung der Persönlichkeitsstörungen nach Fiedler 1995***

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung



*Alexianer*

ALEXIANER KREFELD GMBH

KRANKENHAUS MARIA-HILF

## Borderline-Typus und Impulsiver Typus

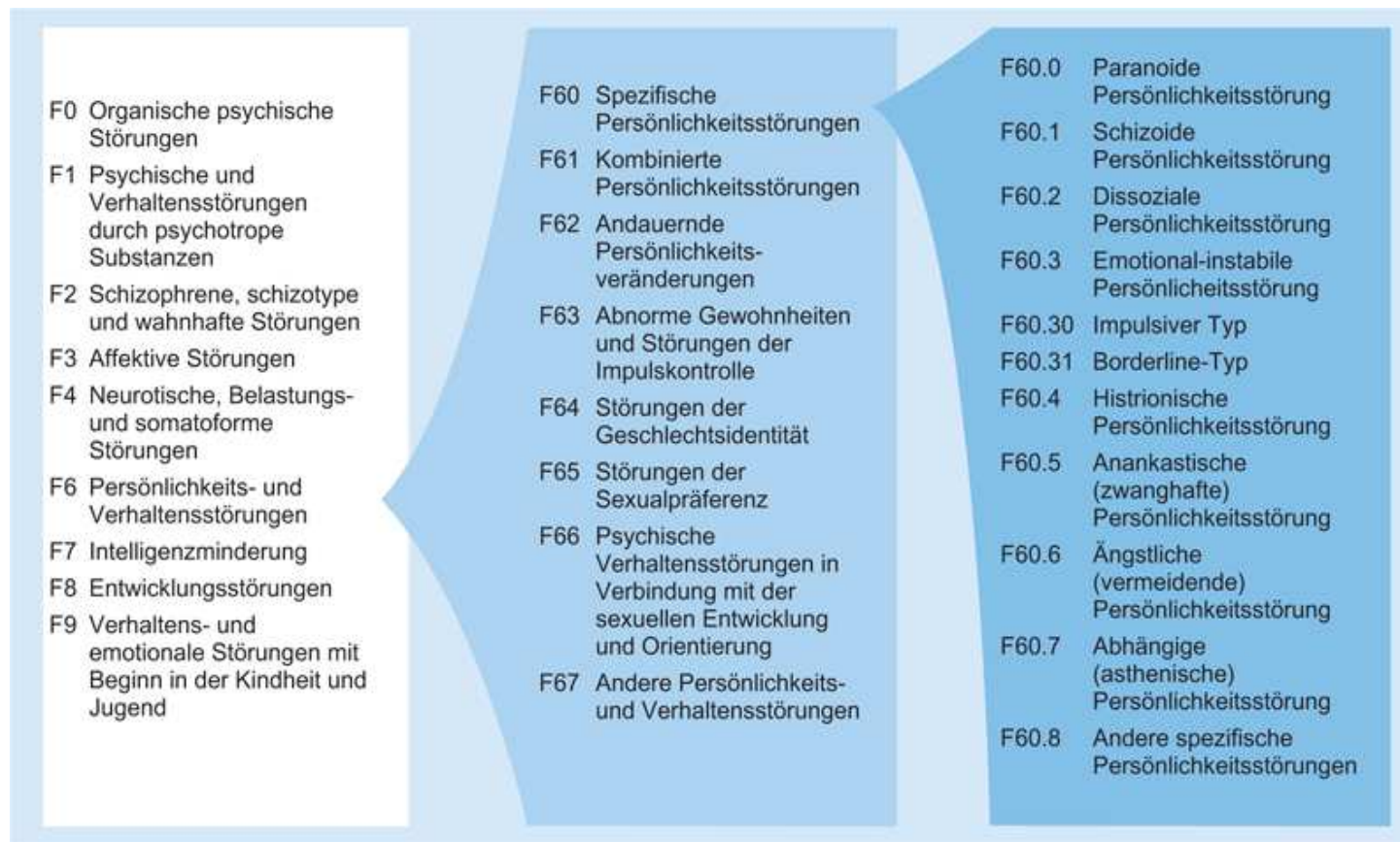
## Impulsivität

- ▶ Impulsivität, auch *Leichtfertigkeit*, bezeichnet ein Verhalten, bei dem der Handelnde spontan und ohne jede Erwägung selbst naheliegender Konsequenzen auf Außenreize oder innere Impulse reagiert. Das Verhalten wirkt auf Außenstehende situationsunangemessen und unkontrolliert.
- ▶ Neben verbalen und motorischen Reaktionen kann Impulsivität auch das Denken eines Menschen beherrschen; es ist dann gekennzeichnet durch vorschnelle Schlussfolgerungen und Entscheidungsfindungen. Ein weiteres Merkmal kann die Unfähigkeit sein, vorübergehende Unannehmlichkeiten im Hinblick auf eine erst später zu erwartende Belohnung in Kauf zu nehmen.
- ▶ Untersuchungen zeigten, dass bestimmte genetische Faktoren, wie eine erhöhte Impulsivität und die geringe Hemmung von Nervensignalen in Zusammenhang mit der Hirnaktivität im Frontallappen stehen. Sie können zahlreiche klinische Symptome beeinflussen. Ein geringerer P3-Ausschlag und die verminderte Aktivität im vorderen Hirnbereich kann daher als Risikofaktor für zahlreiche Verhaltensstörungen gelten, wie unter anderem eine Alkoholabhängigkeit.



# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10



# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Eigenschaften, die eine Persönlichkeit kennzeichnen

**Kognition**



**Affekt**



**Beziehungen**



**Impulskontrolle**



# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Persönlichkeitsstörungen

### Cluster A

- ▶ exzentrische Störungen):
- ▶ Hierzu gehören die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung.
- ▶

### Cluster B

- ▶ dramatische, emotionale, launische Störungen:
- ▶ Hierzu gehören die histrionische, narzisstische, antisoziale und die Borderline Persönlichkeitsstörung.

### Cluster C

- ▶ ängstlich, furchtsame Störungen:
- ▶ Hierzu gehören die selbstunsichere, abhängige, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung.

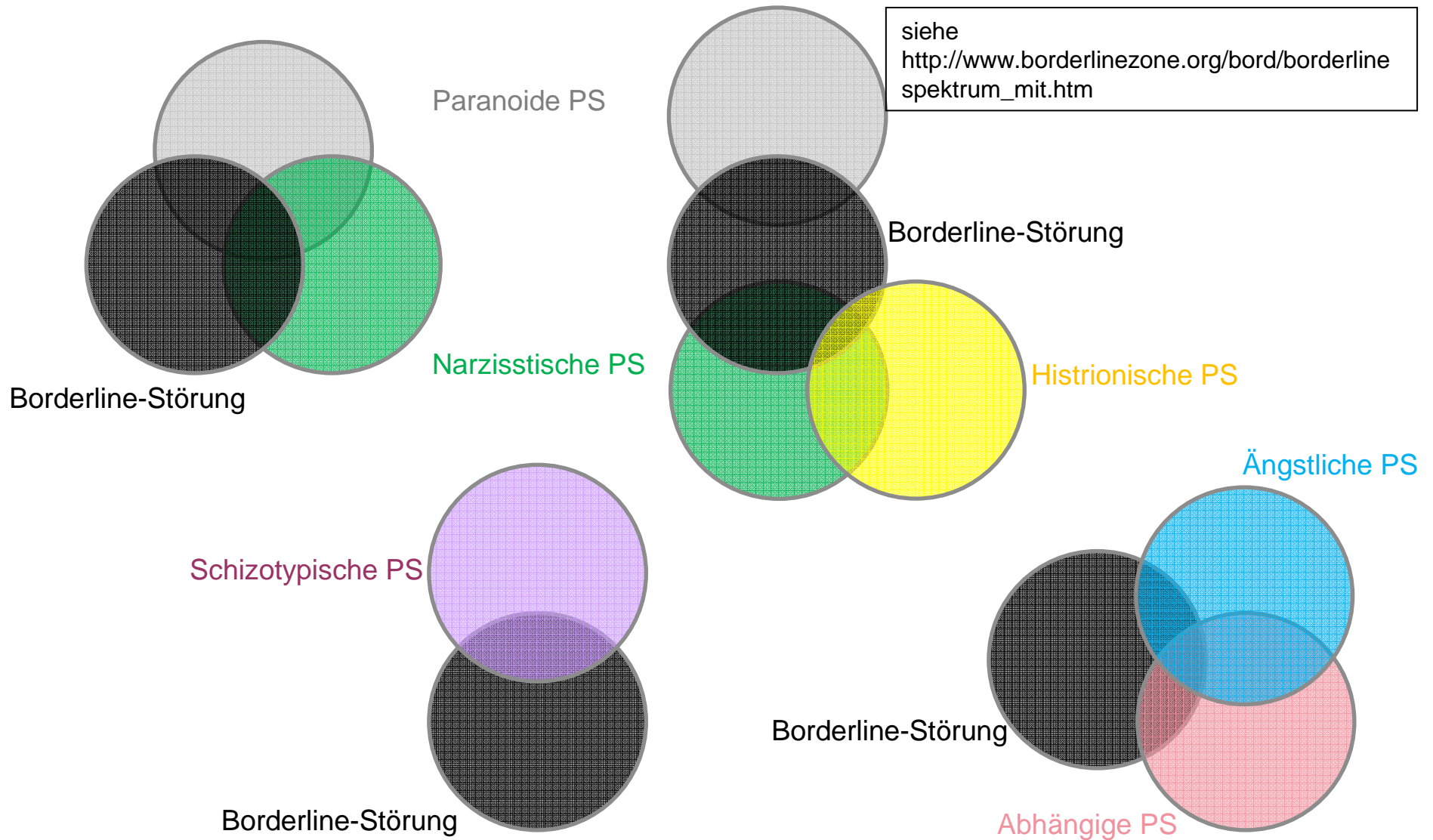
# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung



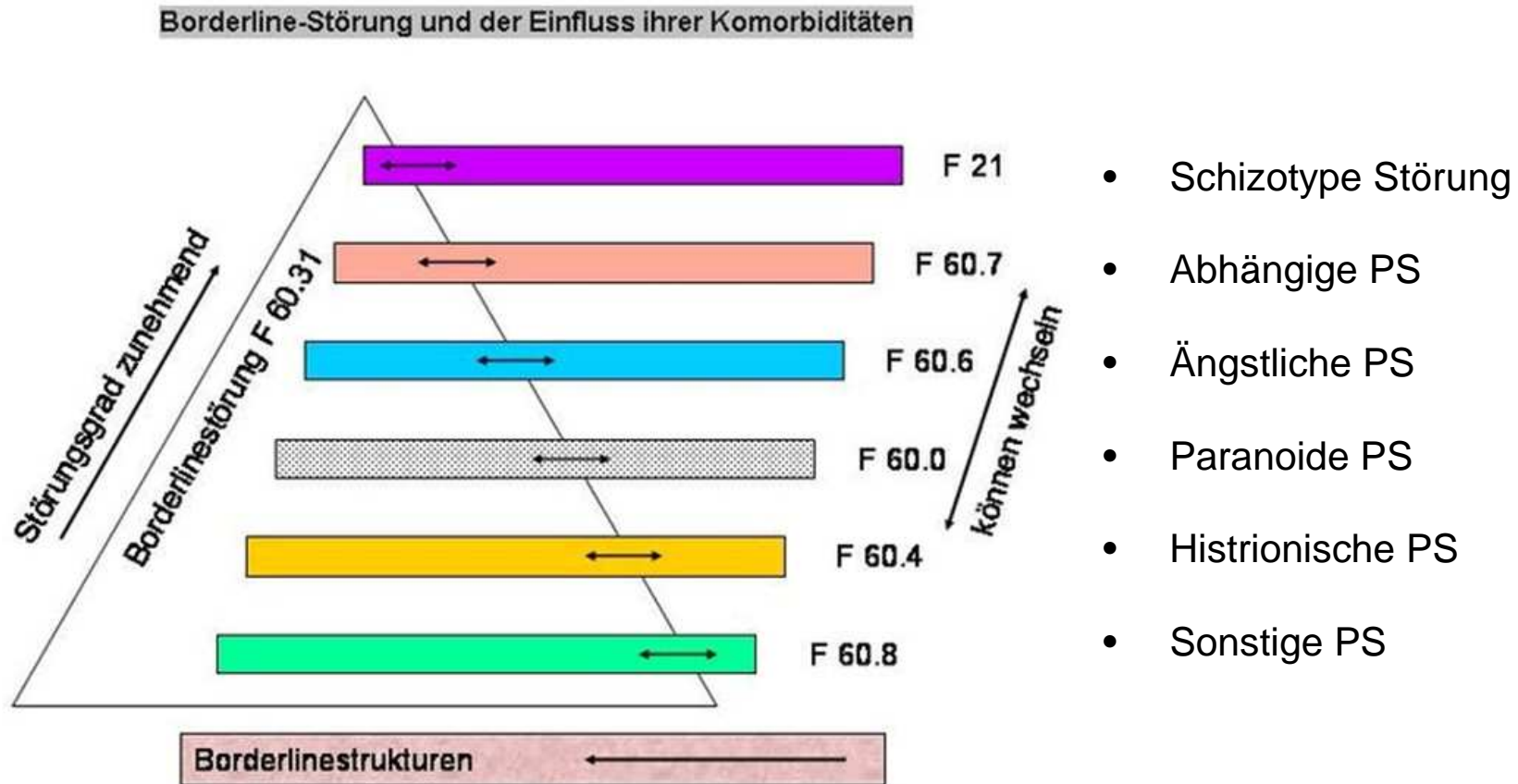
**Alexianer**

ALEXIANER KREFELD GMBH

KRANKENHAUS MARIA-HILF



# Borderline Strukturniveau und Persönlichkeitsstörungen



## Aspekte des Strukturniveaus

- ▶ Selbstwahrnehmung (Affektdifferenzierung, Selbstkritik)
- ▶ Selbststeuerung (Affekttoleranz, Selbstwertregulierung)
- ▶ Abwehr (Abwehrmechanismen und deren Flexibilität)
- ▶ Objektwahrnehmung (Selbst-Objektdifferenzierung, Empathie)
- ▶ Kommunikation (Kontaktaufnahme, Umgang mit Affekten)
- ▶ Bindung (Internalisierung und Variabilität)

## Borderline Typus und geringes Strukturniveau

### ▶ Objektbeziehungen

- gute und böse Aspekte der Selbst-und Objektrepräsentanzen nicht integriert
- aggressive und bedrohliche Objekte überwiegen
- keine Objektkonstanz
- symbiotische und narzisstische Strebungen
- Beziehungen von Enttäuschungen und Kränkungen bedroht
- Pseudoautonomie
- bei Trennungen Panikzustände, Verlassenheitsdepression mit Wut

## Borderline Typus und geringes Strukturniveau

### ▶ Triebdynamik

- prägenitale Triebkonflikte, Libido und Aggression nicht gemischt
- Impuls- und Affektdurchbrüche mit heftigem Agieren
- chronifizierte Wut gegen versagendes und verfolgendes Objekt
- Selbstdestruktivität
- Angst vor Vernichtung, Objektverlust und Fusion
- Angstüberflutung



## Borderline Typus und geringes Strukturniveau

### ▶ Ich

- Identitätsdiffusion, chronische innere Leere, widersprüchliche Selbstbilder
- unterschiedliche Ebenen des Funktionsniveaus
- Regressionen bis zur Übertragungspsychose
- Abwehr durch Spaltung und projektive Identifikation

### ▶ Über-Ich

- unzureichend integriertes und archaisch strafendes Über-Ich
- unrealistisch überhöhtes Ich-Ideal
- starke Diskrepanz zwischen Realität und Phantasie

## Borderline Typus und geringes Strukturniveau

- ▶ **Therapeutische Beziehung und Gegenübertragung**
  - Bildung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsbündnisses sehr erschwert und überaus störrisch
  - Übertragung durch Spaltung zwischen Gut und Böse geprägt sowie durch Angst vor Verfolgung und Vernichtung
  - stellvertretende Übernahme von Ich-Funktionen ist unerlässlich
  - Abrupter Wechsel der Übertragung erzeugt wechselnde und schwer erträgliche Gefühlszustände
  - Angst vor Bloßstellung wechselt mit Gefühlen von Einssein beim Therapeuten
  - Gefahr der Regression und Identitätsverlust beim Therapeuten
  - Abstinente Haltung ist gefährdet

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Borderline-Symptomniveau nach Dulz und Stone

BPS-Symptomniveau	Allgemeine Merkmale
<b>Angsthaftes Symptomniveau</b> (leichtere Ausprägung der BPS)	Chronische frei flottierende und diffuse <b>Angst</b> , <b>Vermeidung</b> bestimmter Aktivitäten, unselbstständig in vielen Lebensbereichen
<b>Phobioformes Symptomniveau</b>	Multiple Phobien bedingen soziale Beschränkung, <b>Phobien</b> bezüglich äußerer Objekte und auch bezüglich des eigenen Körpers und der eigenen Person
<b>Depressives Symptomniveau</b>	Depressiver Affekt, Hilflosigkeitsgefühle (oft als Folgen gebrochenen Selbstbildes)
<b>Psychosomatisches Symptomniveau</b>	<b>Seelisch bedingte körperliche Beschwerden</b> und Schädigungen, Konflikte und diffuse Angst verlagern sich von der emotionalen auf die körperliche Ebene
<b>Narzisstisches Symptomniveau</b>	Innere Leere, mit zeitweisem <b>Verlust der Impulskontrolle</b> als Versuch der Angstreduktion, Instrumentalisieren von Mitmenschen, Arroganz, Einbildung, Anspruchshaltung
<b>Zwanghaftes Symptomniveau</b>	Spannungsreduktion über <b>Zwangshandlungen</b> und Zwangsgedanken, frühzeitiges und schwer veränderbares Vorausplanen, eingeschränkte Fähigkeit, warme Gefühle auszudrücken
<b>Hysteroides Symptomniveau</b> (schwere bis sehr schwere Form der BPS)	Schwere dissoziative Symptome bis hin zur <b>Dissoziativen Identitätsstörung (DIS)</b> , Dämmerzustände, <b>Amnesien</b> , manipulatives Verhalten, vielgestaltige, teils bizarre <b>Konversions-symptome</b> , Dramatisierung um intensive Emotionen auszudrücken, aber auch um eine Gefühlsleere (affektives Vakuum) auszugleichen
<b>Psychotisches Symptomniveau</b> (sehr schwere Form der BPS)	Psychotische Symptome, optische und akustische (Pseudo-)Halluzinationen, darunter <b>Flashbacks</b> (Wiedererleben), diffuse Angst wird in eine <b>paranoide Symptomatik</b> umgewandelt, <b>selbstverletzendes Verhalten</b> als „Antipsychotikum“

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

## Borderline-Symptomniveau nach Dulz und Stone Fortsetzung

BPS-Symptomniveau	Autoaggressiv	Fremdaggressiv
Angsthaftes Symptomniveau	Angst, Hilflosigkeitsphantasien	Rückzug wegen Angst als Kontaktverweigerung (versteckt aggressiver Akt)
Phobioformes Symptomniveau	Phobie mit Rückzug zur Angstvermeidung	Rückzug wegen Angst als Kontaktvermeidung (versteckt aggressiver Akt)
Depressives Symptomniveau	Objektlose Leere, Depressivität, <b>Anhedonie</b>	Objektlose ohnmächtige <b>Wut</b>
Psychosomatisches Symptomniveau	<b>Anorexie, Bulimie</b> (gegen den eigenen Körper gerichtete Aggression)	Anorexie: Bei aggressivem Agieren (z. B. gegen Eltern), auch fremdaggressiver Anteil
Narzisstisches Symptomniveau	<b>Selbstverletzendes Verhalten</b> und/oder <b>Suizidalität</b> nach vermeintlichen <b>Kränkungen</b> , <b>antisoziale/autoaggressive Delinquenz</b> , Drogen, Spielen, multivariante Sexualität	Wut und Angriff bei Kränkung, antisoziale/fremdaggressive Delinquenz, multivariante Sexualität
Zwanghaftes Symptomniveau	Zwangshandlungen, Zwangsdanken mit autoaggressiven Inhalten	Zwangsdanken mit fremdaggressiven Inhalten
Hysteroides Symptomniveau	<b>Selbstverletzendes Verhalten</b> bei <b>Dissoziation</b> , autoaggressive Persönlichkeitszustände, Konversion, Suggestibilität	Angriff bei Dissoziation, fremdaggressive Persönlichkeitszustände, Dramatisierung
Psychotisches Symptomniveau	(Pseudo)Halluzinationen (resp. Dissoziationen, im Extremfall <b>DIS</b> ) z. B. als beschimpfende Stimmen, blutige Inhalte, paranoide Symptome mit autoaggressiver Reaktion	(Pseudo)Halluzinationen (resp. Dissoziationen, im Extremfall <b>DIS</b> ) mit gegen Andere gerichtete Inhalte, paranoide Symptome mit fremdaggressiver Reaktion

## Wichtigste Kriterien für Schizotype Persönlichkeitsstörung

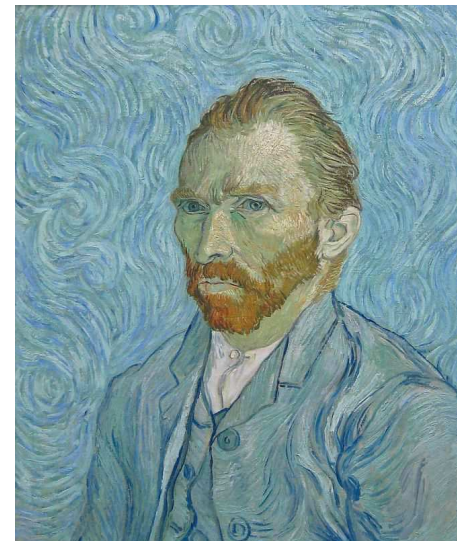
- ▶ Ein tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen gekennzeichnet ist.
- ▶ Verzerrungen des Wahrnehmens oder des Denkens und eigentümliches Verhalten
- ▶ Beziehungsideen (kein Beziehungswahn),
- ▶ Ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen, körperbezogene Illusionen,
- ▶ Seltsame Denk- und Sprechweise,
- ▶ Argwohn oder paranoide Vorstellungen,
- ▶ Inadäquater oder eingeschränkter Affekt,
- ▶ Mangel an engen Freunden/Vertrauten außer Verwandten ersten Grades
- ▶ Ausgeprägte soziale Angst, die nicht mit zunehmender Vertrautheit abnimmt

## Schizotypische PS (F21) (im ICD-10: keine PS, F21 schizotype Störung)

- außen
  - ▶ exzentrisch
  - ▶ eigentümlich
  - ▶ wenig soziale Bezüge
- innen
  - ▶ Beziehungsideen
  - ▶ bizarre phantastische Überzeugungen, magisches Denken, Aberglaube
  - ▶ bis zu einem autistischen Versunkensein

# Differenzialdiagnostische Fragen im Umfeld der Borderline-Störung

- ▶ Menschen mit auffälligen Verhaltensformen sind kreativer als psychisch Gesunde (Bradley Folley und Sohee Park von der Vanderbilt-Universität in Nashville in der Fachzeitschrift "Schizophrenia Research,, 2005.
- ▶ Auch Menschen wie Vincent van Gogh und Albert Einstein sollen schizotype Persönlichkeiten gewesen sein.



## Wichtigste diagnostische Kriterien einer narzisstischen PS

- ▶ Tiefgreifendes Muster von Großartigkeit, Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen
- ▶ Personen nehmen sich in übertriebenem Maße selbst wichtig
- ▶ Überschätzen sich und ihre Fähigkeiten, sehen sich als einzigartig an und erwarten von Anderen bevorzugte Behandlung.
- ▶ Gleichzeitig zeigen sie keine Empathie
- ▶ Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Schönheit oder idealer Liebe.
- ▶ Brüchiges Selbstwertgefühl
- ▶ Personen sind oft neidisch und erwarten Neid von Anderen
- ▶ Sehr sensibel gegenüber Kritik oder Niederlagen
- ▶ Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen: ausbeuterisches Verhalten
- ▶ Werten Leistungen anderer ab, legen eine verächtliche, herablassende Haltung an den Tag



## Narzisstische PS

### ► Einige Hinweise:

- Grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt die eigenen Leistungen und Gaben; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden).
- Ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe.
- Glaubt von sich, "besonders" und einzigartig zu sein und erwartet Bewunderung und Sonderbehandlung; wirkt arrogant und überheblich.
- Nutzt andere aus, um die eigenen Ziele zu erreichen. Kümmert sich nicht um die Bedürfnisse anderer.
- Ist häufig neidisch auf andere oder glaubt andere seien neidisch auf ihn/sie.

## Narzisstische PS

("Ich bin etwas Besonderes")

- außen
  - ▶ überempfindlich gegenüber Kritik
  - ▶ Ausnutzen von Beziehungen
  - ▶ Verlangen nach Bewunderung und Aufmerksamkeit
- innen
  - ▶ Muster von Großartigkeit
  - ▶ übertriebenes Selbstwertgefühl
  - ▶ Phantasien von Macht, Glanz u. Schönheit
  - ▶ viel Neid, wenig Empathie

## Die wichtigsten diagnostischen Kriterien für Paranoide Persönlichkeitsstörung

- ▶ Tiefgreifendes Muster von Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, so dass deren Motive als böswillig ausgelegt werden.
- ▶ Beginn im frühen Erwachsenenalter
- ▶ Zeigt sich in verschiedenen Situationen
- ▶ ist lange nachtragend, d.h. verzeiht Kränkungen, Verletzungen oder Herabsetzungen nicht
- ▶ nimmt Angriffe auf die eigene Person oder das Ansehen wahr, die anderen nicht so vorkommen, und reagiert schnell zornig
- ▶ verdächtigt wiederholt ohne jede Berechtigung den Ehe- oder Sexualpartner der Untreue.
- ▶ Häufig Probleme mit engen Beziehungen

## Paranoide PS (F60.0)

### ▶ Einige Beispiele:

- Verdächtigt andere ohne hinreichenden Grund, ihn / sie auszunutzen, zu schädigen oder zu täuschen. Ungerechtfertigte Zweifel an der Loyalität und Vertrauenswürdigkeit von Freunden und Partnern.
- Vertraut sich nur zögernd anderen Menschen an, aus ungerechtfertigter Angst, die Informationen könnten in böswilliger Weise gegen ihn/sie verwendet werden.
- Liest in harmlose Bemerkungen oder Vorkommnisse eine versteckte, abwertende oder bedrohliche Bedeutung hinein. Fühlt sich rasch gekränkt oder angegriffen.
- Ist lange nachtragend, und hat Mühe, Verletzungen zu verzeihen.
- Verdächtigt wiederholt ohne jede Berechtigung die Ehefrau oder den Partner der Untreue.

## Paranoide PS (F60.0)

("Menschen sind potentielle Gegner")

- außen
  - ▶ streitsüchtig
  - ▶ misstrauisch
  - ▶ andere als streitsüchtig interpretierend
- innen
  - ▶ empfindlich gegen Zurückweisung
  - ▶ erhöhtes Selbstwertgefühl
  - ▶ Selbstbezogenheit

## Selbstunsichere (ängstliche, vermeidende) PS (F60.6)

- ▶ Ein tiefgreifendes Muster von Hemmungen, Minderwertigkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung.
- ▶ Häufige Auswirkungen: Vermeidet aus Angst vor Kritik, Mißbilligung oder Zurückweisung Berufe, die Kontakt mit Menschen bedingen. - Läßt sich nur widerwillig mit Menschen ein, wenn er/sie nicht sicher ist, dass er/sie akzeptiert wird. -- Ist in Liebesbeziehungen zurückhaltend, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden. - Lebt in dauernder Angst, von anderen kritisiert oder abgelehnt zu werden und ist in neuen Begegnungen stark gehemmt. - Hält sich für unbeholfen, unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen und nimmt nur sehr ungern etwas Neues in Angriff.

## Selbstunsichere (ängstliche, vermeidende) PS (F60.6) ("Ich könnte verletzt werden")

- außen
  - ▶ angstbetont
  - ▶ chronische Vermeidung sozialer Tätigkeiten wegen Bedrohlichkeit
  - ▶ enge Beziehung nur, wenn sie sich akzeptiert fühlen
- innen
  - ▶ Anspannung
  - ▶ Selbstunsicherheit
  - ▶ Minderwertigkeit

## Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Wichtigste diagnostische Kriterien

- ▶ Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität
- ▶ Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder erwartetes Verlassenwerden zu vermeiden.
- ▶ Intensive, aber instabile Beziehungen;
- ▶ Identitätsstörung: instabiles Selbstbild / Selbstwahrnehmung. Dramatische Wechsel in Meinungen, Planungen usw.
- ▶ Affektive Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität. Angst und Zorn, wenn das Gegenüber als nicht ausreichend fürsorglich etc. erlebt wird.
- ▶ Chronische Gefühle der Leere
- ▶ Vorübergehend paranoide oder schwere dissoziative Symptome
- ▶ Impulsivität bei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten
- ▶ Selbstverletzung, Suizidhandlungen + Androhungen



## Borderline PS (F60.31)

- DSM-IV
  - ▶ Instabilität im Bereich der Stimmung, der Beziehungen und des Selbstbildes
  - ▶ Wechsel von Überidealisierung und Abwertung
  - ▶ Probleme mit der Impulskontrolle
  - ▶ chronisches Gefühl der Leere und Langeweile
- ICD-10: emotional instabile Persönlichkeit (F60.3)
  - ▶ F60.30 impulsiver Typus
  - ▶ F60.31 Borderline Typus