



Borderline- Trialog

Borderline- ein Überblick

F60.31

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ (BPS)

Landshut 23.09.2025

Frau Dr. med. Kathrin Dornes

FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie, FÄ für Neurologie



Begriffserläuterung

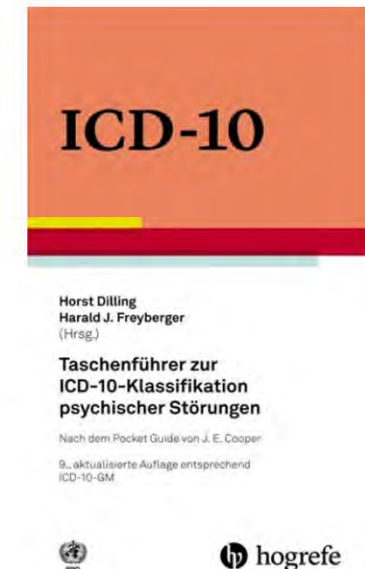
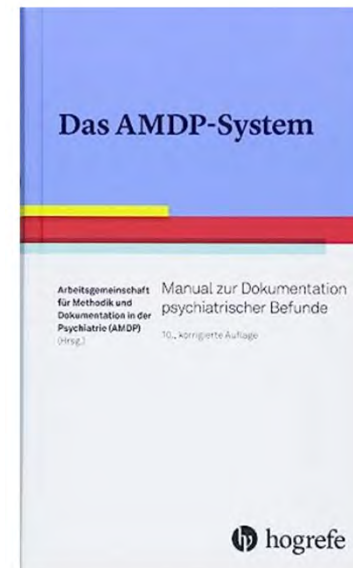
- historischer Ursprung als Konzept für einen Grenzbereich zwischen den traditionellen psychiatrischen Diagnosen von Psychose und Neurose
- Der Begriff Borderline wurde erstmals 1938 vom Psychoanalytiker Adolph Stern geprägt und bezeichnete PatientInnen, die psychische Symptome zeigten, die sich weder eindeutig als psychotisch noch als neurotisch einordnen ließen.
- In den 1970er Jahren wurde Borderline als eigenständige Störung definiert und 1980 im DSM III (Diagnostik und Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Auflage) als Diagnose aufgenommen.

BPS - ECKDATEN

- Im Querschnitt Prävalenz 2 %, Lebenszeitprävalenz 5% inklusive Jugendliche
- Geschlechterverhältnis im Wesentlichen ausgeglichen
- Typisches Erkrankungsalter 15-25 Jahre
- Nur rund 50% der Betroffenen sucht psychiatrische Behandlung
- Problembereiche liegen oft außerhalb des medizinischen Versorgungsbereiches (Finanzen, Obdachlosigkeit, Kontakt mit Jugendamt)
- Selbstverletzung ist häufig >90% (NSSV ohne suizidale Intention)
 - Lebenszeitprävalenz für Selbstverletzung liegt international bei 17 %, in D bei 20 %. Mittleres Alter zu Beginn der SVV 13 Lbj.
 - 12% der Betroffenen schneiden sich regelmäßig. Dies muss als starker Prädiktor für zukünftige Suizidversuche und die Entwicklung einer BPS gewertet werden
- Suizidversuche 66%
- Suizidrisiko 7%

DIAGNOSTIK

- Anamnese/ Fremdanamnese
- Psychopathologischer Befund
- neurologischer und internistischer Befund
- Labor, EKG, EEG, Drogenscreening
- Cerebrale Bildgebung



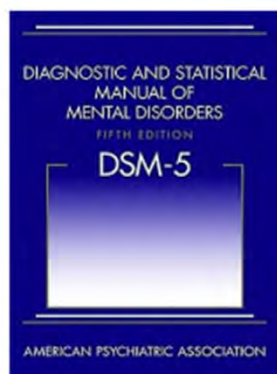
DIAGNOSTISCHE KRITERIEN ICD 10

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)	
ICD-10 (F60.30) impulsiver Typus	
A.	Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
B.	Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter 2.:
	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 launische Stimmung.
ICD-10 (F60.31) Borderline-Typus	
A.	Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
B.	Mindestens drei der oben unter F60.30 B erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
	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 wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung,
	5 anhaltende Gefühle von Leere.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 2015)

Borderline-Persönlichkeitsstörung

DSM-5/ICD-11: neue Entwicklungen



2013



2022

USZ Universitäts
Spital Zürich

Allgemeine Kriterien

Keine Lebenszeitdiagnose

Diagnose im Jugendalter

Dimensionaler Ansatz

Schweregrad

Persönlichkeitsmerkmale

BPS

1980 = 2022

Impulsivität

Emotionale Instabilität

Interpersonelle Probleme

Identitätsstörung

Suizidversuche

Selbstverletzungen (NSSV)

Testpsychologie

Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen

- BSL- Lang-+ Kurzversion, Bohus et al. 2001
- Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI)
- SCID 5
- Freiburger Persönlichkeitsinventar
- Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen

Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen	
Name / Code:	Datum:
Sie finden hier eine Liste von Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen. Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie sehr Sie ihr zustimmen oder wie sehr Sie sie ablehnen. Da es hierbei keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt, können Sie sich auf den ersten Eindruck verlassen, der Ihnen als Antwort in den Sinn kommt.	
	Stimme überhaupt nicht zu Stimme eher nicht zu Stimme nicht zu / teils nicht zu Stimme eher zu Stimme voll- kommen zu
1) So wie ich bin, kann man mich nicht akzeptieren.	0-----1-----2-----3-----4-----
2) Frage zwischenmenschliche Beziehungen sind bedrohlich.	0-----1-----2-----3-----4-----
3) Andere sind gefährlich und meinen es böse.	0-----1-----2-----3-----4-----
4) Ich scheine Leute, die mir nahe stehen, fast dazu zu ermahnen, mir weh zu tun.	0-----1-----2-----3-----4-----
5) Wenn ich einen Fehler mache, sollte ich alles hinschmeißen.	0-----1-----2-----3-----4-----
6) Mein Gefühl darüber, wer ich bin, ändert sich häufig.	0-----1-----2-----3-----4-----
7) Es ist befriedigend, Dinge zu zerstören, wenn man wütend ist.	0-----1-----2-----3-----4-----
8) Manchmal möchte ich mich selbst verletzen.	0-----1-----2-----3-----4-----
9) Ich sollte meine Gefühle immer kontrollieren.	0-----1-----2-----3-----4-----
10) Oft erscheint es mir der einzige Ausweg zu sein, mir selbst etwas anzutun.	0-----1-----2-----3-----4-----
11) Meine Gefühle ändern gegenüber wechseln häufig zwischen Liebe und Haß.	0-----1-----2-----3-----4-----
12) Manche von meinen Freunden wären überrascht, wenn sie wüßten, wie verschieden ich mich in unterschiedlichen Situationen verhalte.	0-----1-----2-----3-----4-----
13) Ich hasse mich.	0-----1-----2-----3-----4-----
14) Niemand, der weiß, wie ich wirklich bin, würde gerne mit mir zusammen bleiben.	0-----1-----2-----3-----4-----

Persönlichkeits-Screeningfragebogen

SCID-5-SPQ

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5® –
Persönlichkeits-Screeningfragebogen

Katja Beesdo-Baum
Michael Zaudig
Hans-Ulrich Wittchen
(Hrsg.)

Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical
Interview for DSM-5® –
Screening Personality Questionnaire
von Michael B. First, Janet B.W. Williams,
Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer

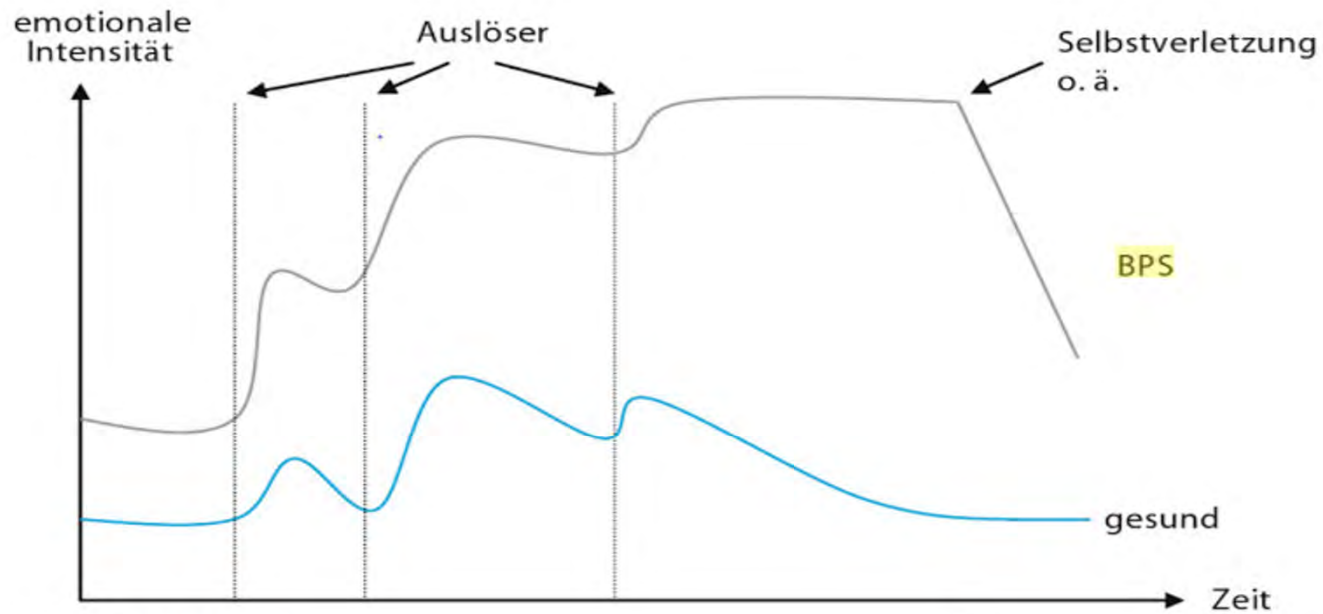
Was ist eine Borderlinestörung?

- Eine Borderlinestörung (BPS) ist vor allem eine Störung der **Emotionsregulation**
- Menschen mit einer BPS haben meistens Probleme Gefühle zu steuern. Sie werden häufig von **schmerzhaften Gefühlen** überflutet
- Impulsive und selbstschädigende Verhaltensweisen sind häufig misslungene Versuche, mit schmerzhaften Gefühlen umzugehen.

Affektivität und Emotionsregulation

- Leitsymptom ist eine sehr plötzlich auftretende **starke innere Anspannung** > wird sehr aversiv erlebt, ist keinem Gefühl direkt zuzuordnen
- Emotionen sind **stark schwankend**, unverhersehbar, überwältigend, das Gefühlschaos stört Denk- und Handlungsfähigkeit
- Folge sind **dysfunktionale Bewältigungsstrategien**:
Selbstverletzung, Dissoziation, Impulsivität, Suizidalität, das Erleben von Gefühlen wird vermieden/ unterdrückt (Eskalation von Ärger statt Trauer z.B.)

Störung der Affektregulation



- Reduzierte Reizschwelle
 - Erhöhtes Erregungsniveau
 - Langsamere Rückkehr aufs Ausgangsniveau
 - Schwierigkeiten bei der Differenzierung von Emotionen
- Diffuse Anspannungszustände

Die Probleme von Borderline-Patienten können in 5 Störungsbereiche gegliedert werden:

- **Störungen der Emotionsregulation:**
 - Stimmungsschwankungen
 - Schwierigkeiten, Gefühle zu steuern
- **Störungen des Denkens:**
 - Dissoziationen (Verzerrung von Zeit-, Raum- und Körperwahrnehmung)
 - Flashbacks (Wiedererleben von traumatischen Erinnerungen)
 - Pseudohalluzinationen (Illusionen, die als Täuschung erkannt werden)
 - Paranoides Denken (Gefühl, verfolgt zu werden)
 - Negative Grundannahmen (schlechte Meinung von sich selbst haben)

- **Störungen der Identität:**

- Gefühle von Unsicherheit, Fremdheit und Ekel im Umgang mit sich selbst und dem eigenen Körper
- Das Gefühl, „anders“ zu sein, als alle anderen
- Unsicherheit bezüglich Zukunftszielen, der eigenen Meinung, wichtiger Entscheidungen und Alltagsentscheidungen.

- **Störungen im zwischenmenschlichen Bereich:**

- Intensive und instabile Beziehungen
- Ein Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung
- Schwierigkeiten, allein zu sein
- Angst davor, verlassen zu werden, und Angst vor Nähe

- **Störungen auf der Verhaltensebene:**

- Impulsive und potentiell selbstschädigende Verhaltensweisen
- Hochrisikoverhalten

Ursache/ Entstehung

- starke genetische Komponente, rund 46% der Varianz sind genetische erklärbar (affektive Labilität, Impulsivität)
- Häufige Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter
 - sexueller Missbrauch bei 70% der Betroffenen
 - körperliche Gewalt bei 60%
 - Vernachlässigung bei 40%
- Häufig invalidierendes Umfeld (traumatisch erlebte Invalidierung, subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen Erwartungshaltung des Kindes/Jugendlichen und dem jeweiligen Erfüllungsgrades des Umfeldes)



Die Bio-Soziale Theorie

Was erklärt die Bio-Soziale Theorie?

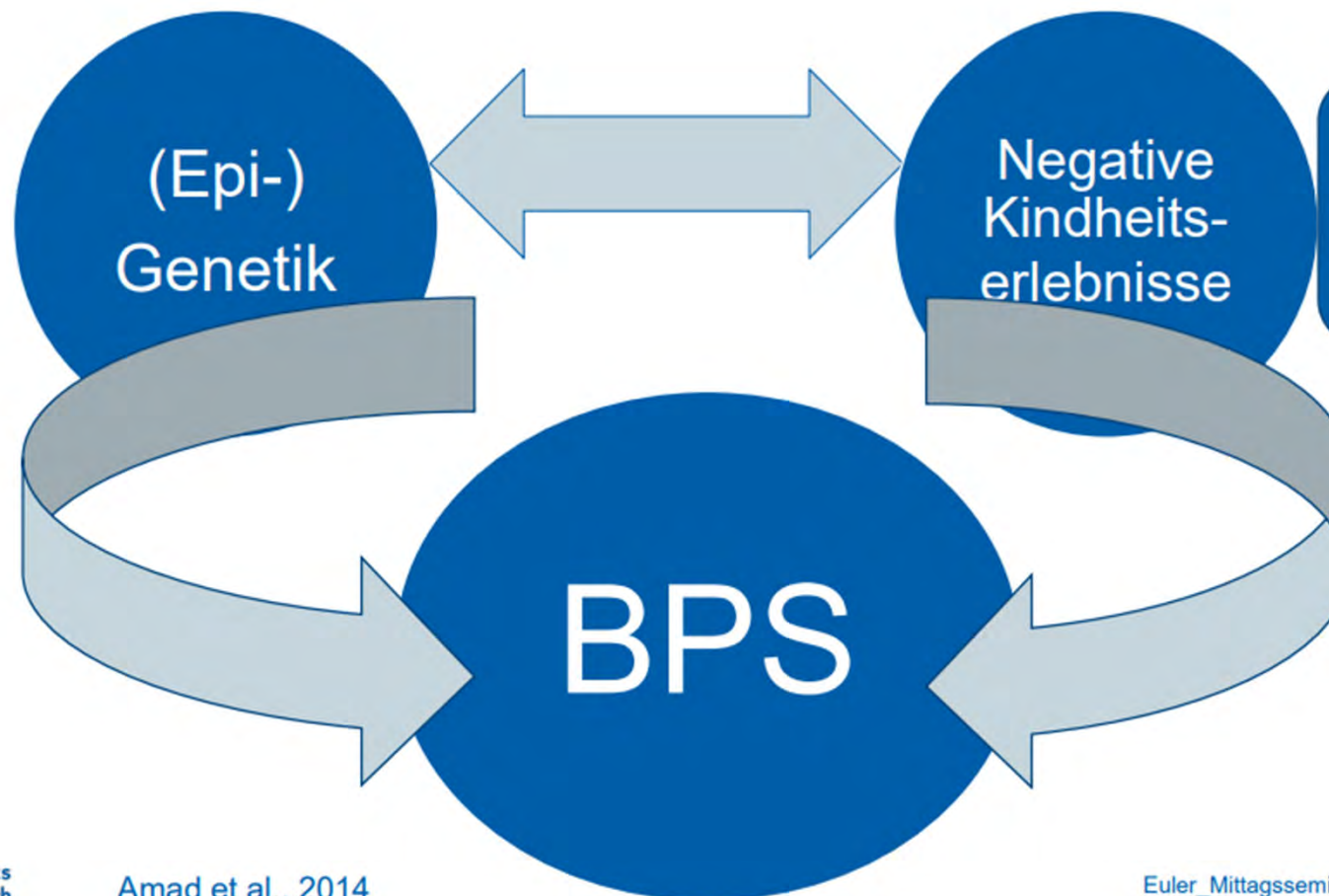
Die Bio-Soziale Theorie erklärt die Entstehung und die Aufrechterhaltung der Borderline-Störung. In aller Regel spielen zwei Faktoren eine wichtige Rolle:

1. Eine besondere emotionale Sensibilität (Empfindlichkeit im Gefühlsbereich) – dies entspricht dem biologischen Faktor.
2. Sehr belastende, oft abwertende oder traumatisierende Einflüsse durch das soziale Umfeld – dies entspricht dem sozialen Faktor.

Das Zusammenwirken dieser beiden Faktoren
führt zur Anfälligkeit für Störungen der Emotionsregulation!

Borderline Persönlichkeitsstörung

Gen-Umwelt-Interaktion



Interaktionsstörungen
mit den primären
Bindungspersonen

Kaess et al., 2014
Fonagy, 2015



Begleiterkrankungen

Sind häufig:

- posttraumatische Belastungsstörung 70%
- affektive Störungen
- Angststörungen 80%
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Somatoforme Störungen
- Andere Persönlichkeitsstörungen

BPS THERAPIE PSYCHOTHERAPIE

4 störungsspezifische Behandlungskonzepte

- Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan
- Mindful based Therapy (MBT) nach Bateman und Fonagy

Gefühle, Wünsche, Überzeugungen und damit verbundenes Verhalten bei sich und anderen wahrnehmen und verstehen:
Verbesserung von Fertigkeiten im Zwischenmenschlichen Bereich

- Schematherapie für BPS nach Young

Dysfunktionale, automatisierte, kognitive emotionale Verhaltensmuster (Schemata) erkennen, hinterfragen, revidieren

- Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) nach Kernberg

Innere Bilder von sich und anderen sowie verinnerlichte Beziehungsmuster entdecken und verändern.
Dysfunktionale Verhaltensmuster deuten und Veränderungen ermöglichen. Bewusste Arbeit mit
Übertragungsphänomenen zwischen Klient und Therapeut.

- **Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan:**

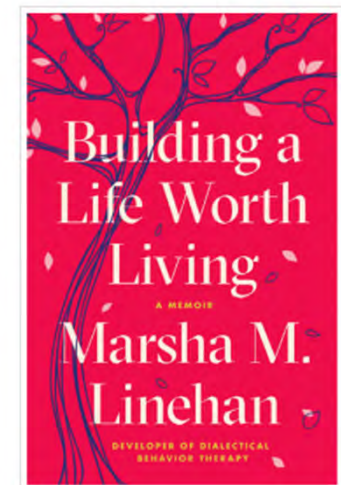
bester Evidenz Nachweis, Nachhaltigkeit der Ergebnisse im Langzeitverlauf bestätigt

Erwerb von Verhaltenskontrolle und Verbesserung der Emotionsregulation (Stresstoleranzskills, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Achtsamkeit)

Balance/ Dialektik zwischen Annehmen (Validieren) und Verändern:

Einerseits verstehen und respektieren der Probleme; Betroffene sind in Ordnung und wertvoll so wie sie sind, der Leidensdruck ist real (Akzeptanz)

Andererseits: Unterstützung des Veränderungswillens und der konkreten Umsetzung (Veränderung)



BPS THERAPIE MEDIKAMENTE

Pharmakotherapie

- „Off-Label“-Therapien
- Nicht Behandlung der BPS per se → Komorbiditäten und Kernsymptome
- Beste Evidenz:
 - **Atypische Neuroleptika** (Reduktion von Angst, Wut, interpersoneller Sensitivität)
 - **Mood Stabilizer** (Besserung von Impulsivität, Aggression, Ärger)
 - Eher inkonsistente Befunde: **SSRIs** (Besserung der affektiven Symptomatik, inkonsistente Befunde bezüglich Rückgang aggressiv-impulsiver Verhaltensweisen)
- Keine Evidenz für Polypharmakologie
- Verzicht auf Benzodiazepine
- 50% Non-Responder



M E D I K A M E N T E

- Nur mäßige, keine anhaltenden Effekte
- Erkrankungsverlauf wird nicht grundlegend beeinflusst
- Medikamente können die Psychotherapiefähigkeit fördern, wenn sie schwerwiegende, nicht anderweitig beherrschbare, therapiegefährdende Symptome bessern (Minderung starker Unruhe, Angst, schwere dissoziative Phänomene)
- Medikamente können die Psychotherapiefähigkeit gefährden, wenn sie stark dämpfend wirken und so mögliche Lernprozesse hemmen

Medikamente/ Beispiele

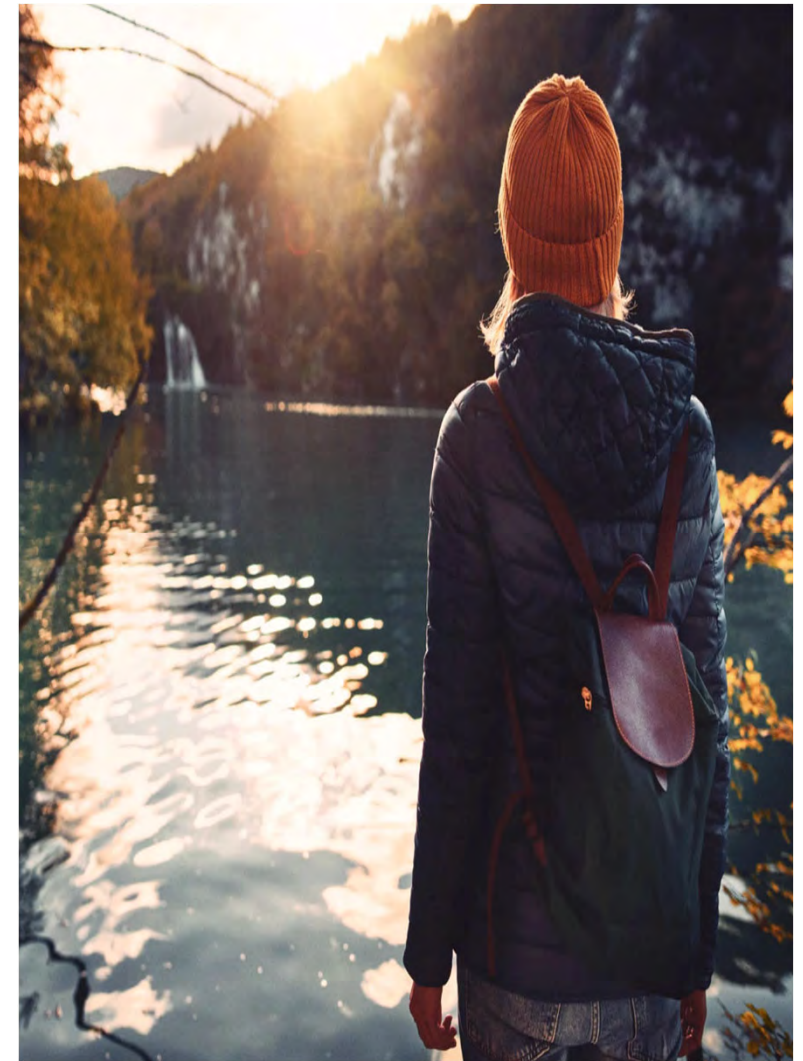
- Gute Effekte:
- Aripiprazol 15 mg/d (Impulsivität, Ärger, Depressivität, Angst, psychotische Symptome)
- Lamotrigin 200 mg/d (Impulsivität, Ärger)
- Topiramat 200- 250 mg/d (Impulsivität, Ärger, Angst)
- Moderate Effekte
- Olanzapin 2,5-20 mg/d (Ärger)
- Quetiapin 150-300 mg/ d (interpersonelle, affektive und kognitive Symptome)
- Valproinsäure ca. 1300 mg/d (Ärger, interpersonelle Probleme, Depressivität)

VERLAUF

- nach 8 Jahren Remission in 85%
- relativ geringe Rückfallraten
aber
 - ausbleibende Recovery erhöht deutlich das Risiko für Folgeerkrankungen
 - medizinische Probleme (metabolisches Syndrom, kardiovaskuläre Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen)
- steigende Suizidraten im Alter
- oft schlechte soziale Integration

Risikofaktoren für Chronifizierung:

- Missbrauch von Alkohol, Drogen u. Medikamenten
- (Sexuelle) Gewalt im weiteren Verlauf
- PTBS
- Angststörungen, Depressionen, Essstörungen



Q U E L L E N

- [Leitlinien - Leitlinien & Publikationen - DGPPN Gesellschaft](#)
- Bohus, W o l f A r e h u l t, Therapeutenm anual Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten; DBT-Skills to go
- https://www.ewipsy.fu-berlin.de/psychologie/arbeitsbereiche/klinische_psychotherapie/Frageboegen/Fragebogen-zu-Gedanken-und-Gefuehlen-FGG-fgg-14-item s.pdf
- <https://www.zim-annheim.de/forschung/abteilungen-ag sinstitute/psym /psm -inform ationen-downbad s.htm>
- Neurobiologische Grundlagen der BPS: eine Integration in das ICD 11 Modell der Persönlichkeitsstörungen, Bertsch, Herpertz, Nervenarzt 92, 653-659 (2021)
- Internetfolien Zürich/Bern (CH)

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
- Gibt es Fragen?

