

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (BPS)

Borderline: Grenzland zwischen Neurose und Psychose. Lange umstritten, inzwischen aber weitgehend anerkannt, was Diagnose und Klassifikation anbelangt. Kontrovers diskutiert werden noch Häufigkeit, Ursachen, Verlauf, Heilungsaussichten u. a.

Die psychologischen Hintergründe sind vielschichtig, das Beschwerdebild auch: Unbeständige, unberechenbare Stimmung, ja hochgradige Misslaunigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität mit Wut-Ausbrüchen, unangemessen, heftig, unkalkulierbar bis hin zu explosivem gewalttätigem Verhalten, unfähig zur Kontrolle. Impulsiv, selbstschädigend: Geldausgaben, Sexualität, Alkohol-, Rauschdrogen-, Nikotin- und Medikamenten-Missbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fress-Anfälle“. Tendenz zu ständigen Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem wenn die eigene Wesensart getadelt oder entsprechende Reaktionen unterbunden werden sollen/müssen. Schwierigkeiten, etwas durchzustehen, wenn nicht unmittelbare Belohnung in Aussicht steht; dafür unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen handelnd. Psychologisch ein anhaltendes Gefühl von Leere sowie ausgeprägter und andauernder Unbeständigkeit des Selbstbildes und/oder der Selbstwahrnehmung. Aufgrund der Reaktion des Umfeldes verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden; dabei auch die Neigung, sich unbedacht und sogar intensiv auf instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von zwischenmenschlichen Krisen. Nicht zuletzt dessen schließlich selbstverletzende Handlungen, Selbstmord-Andeutungen oder -drohungen oder sogar Suizidversuche. Manchmal vorübergehende, aber dann doch das Umfeld irritierende und den Betreffenden quälende wahnhaftige Vorstellungen oder Verzerrungen des Körperbildes, Beziehungsideen, Pseudo-Sinnestäuschungen und andere psychose-verdächtige Symptome.

Besonders schwierig wird es, wenn zur Borderline-Persönlichkeitsstörung weitere Krankheitsbilder kommen: meist Depressionen, Suchterkrankungen, weitere Persönlichkeitsstörungen (besonders riskant die Antisoziale Persönlich-

keitsstörung) sowie Ess- und Posttraumatische Belastungsstörungen und offenbar vermehrt ein Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS).

Die Therapie ist schwierig, braucht auch für den Psychotherapeuten eine besondere Schulung, einen langen Atem und keine geringe Frustrationstoleranz.

Nachfolgend deshalb eine ausführlichere Darstellung dieses Phänomens mit leider gelegentlich sehr fach-spezifischen Passagen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Borderline – borderland – Grenzgebiet – Randgebiet – emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus – Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – Borderline-Neurose – latente Schizophrenie – verborgene Schizophrenie – latence schizophrénia – ambulatory schizophrénia – occult schizophrénia – psychoneurotische Form der Schizophrenie – Borderline Personality Organization – Borderline-Neurose – Borderline-Schizophrenie – psychose-nahe Neurose – Spaltungs-Vorgang in Gut und Böse – reife Ich-Identität – Fixierung – Regression – Borderline-Struktur – Ich-Struktur – Identitätsstörung – primitive Abwehrprozesse – Spaltung – Verleugnung – Projektion – projektive Identifizierung – orale Fixierung – Selbst-Repräsentation – Objekt-Repräsentation – Übergangs-Objekte – Ambivalenz – Ambiguität – Objekt-Konstanz – Identitäts-Diffusion – Identitätsstörung – Introjektion – Selbst- und Objekt-Imagines – primitive Idealisierung – Entwertung – Autonomie-Entwicklungsdefizit – Regression – Aggression – infantile Verhaltensweisen – Verlassenheits-Depression – Realitäts-Wahrnehmung – Frustrations-Toleranz – dysfunktionaler kognitiver Funktionsmodus – Über-Generalisierung – Alles-oder-Nichts-Denken – Inkohärenz – Inkonsistenz von Denken, Fühlen und Verhalten – Dysfunktion der Affekt-Regulierung – „invalidisierende Umgebung“ – Ereignis-Interpretation – Selbsthass – Vulnerabilität – seelische Verwundbarkeit – dysphorische Affekte – Dysphorie – Miss-Stimmung – impulsive Handlungen – zwischenmenschliche Beziehungs-Belastungen – Beziehungskrisen – psychose-ähnliche Kognitionen – Anpassungsstörungen – instabile Identität – Borderline-Häufigkeit – Borderline und Geschlecht – Borderline und Alter – Erst-Manifestation der Borderline-Störung – Borderline-Verlauf – Borderline-Prognose – Borderline-Heilungsverlauf – Borderline-Vererbung – Borderline-Genetik – familiäres Verteilungsmuster bei Borderline – Borderline und Suchtgefahr (Alkohol, Nikotin, Rauschdrogen, Arzneimittel) – Borderline und Antisoziale Persönlichkeitsstörung – Borderline und Depressionen – Borderline und Angststörungen – Borderline-Behandlungskosten – Borderline-Leidensbild – Borderline-Symptomatik – Borderline-Beschwerdebild – verzerrte Wahrnehmung des Selbstbildes – Selbstzweifel – Aggressionen – stabil in der Instabilität – psychotische Dekompensations-Gefahr – Störung der Affekt-Regulation – affektive Instabilität – Borderline-Erregungsniveau – Borderline-Reizschwelle – schwere episodische Dysphorie – dysphorische Grundstim-

mung – Dauer-Verstimmung – Borderline-Wut – Borderline-Angst – Borderline-Verzweiflung – Borderline-Wohlbefinden – Borderline-Spannungszustände – Borderline-Störungen der Sinnesorgane – Borderline-Schmerz-Wahrnehmung – innere Leere – Borderline und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Borderline und Hyperaktivität – hypochondrische Borderline-Reaktionen – Borderline-Probleme von Nähe und Distanz – Borderline-Beziehungsstörungen – Borderline-Angst vor Verlassenwerden – Borderline-Trennungsangst – Borderline-Verlustangst – Borderline-Wutreaktionen – Borderline-Schamgefühle – Borderline-Beziehungs-Karussell – Borderline-Idealisierung – frühe Störung – Schwarz-weiß-Malerei – dissoziative Borderline-Symptome – Depersonalisation – Derealisation – Flashbacks – instabiles Selbstbild – selbstschädigende Impulsivität – selbstschädigende Aktivitäten – Fress-Brech-Anfälle – Glückspiel – Substanz-Missbrauch – risikoreiches Sexualverhalten – rücksichtsloser Fahrstil - folgenschwere Selbstverletzungen (Aufkratzen, Beißen, Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen u. a.) – Suizid-Absichten – Selbstmordgedanken – Selbstmord-Drohungen – Borderline-Suizidgefahr – Borderline-Schulabbruch – Borderline-Berufsabbruch – (Pseudo-)Halluzinationen – Verzerrung des Körperbildes – posttraumatische Belastungsstörungen – komplexe posttraumatische Belastungsstörungen – Borderline-Belastungsfaktoren – sexuelle Gewalt-Erfahrung – frühkindliche Vernachlässigung – feindselige Familien-Atmosphäre – Eltern-Verlust – Trennung von den Eltern – Verwahrlosungs-Erlebnisse – Borderline-Gehirnstörungen – Borderline-Diagnosekriterien – Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) – DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen – Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV-TR (APA) – Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (WHO) – SKID II – IPDE – Borderline-Symptomliste (BSL) – Histrionische Persönlichkeitsstörung – Hysterische Persönlichkeitsstörung – Hysterie – Schizotypische Persönlichkeitsstörung – Paranoide Persönlichkeitsstörung – Wahnhafte Persönlichkeitsstörung – Narzisstische Persönlichkeitsstörung – Antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Dependente Persönlichkeitsstörung – Abhängige Persönlichkeitsstörung – Alkohol-Persönlichkeitsänderung – Rauschdrogen-Persönlichkeitsänderung – Medikamenten-Missbrauch und Persönlichkeitsänderung – Identitätsprobleme – Borderline-Therapie – Borderline-Psychotherapie – Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) – transference focussed therapy (TFT) – mentalization based treatment (MBT) – schema focussed therapy for BPD – Borderline-Therapieverträge – Borderline-Behandlungsziele – Borderline-Behandlungsdauer – Borderline-Arzneimitteltherapie – Antidepressiva – selektive Wiederaufnahmehemmer (SSRI) – Antiepileptika – Valproinsäure – Neuroleptika – Beruhigungsmittel – Tranquilizer – Benzodiazepine – Borderline-Spezialstationen – u.a.m.

Diese Menschen gab es schon immer. Aber jetzt nehmen sie zu oder es wird ihnen vermehrt Beachtung geschenkt. Wahrscheinlich stimmt beides. Was auf jeden Fall zutrifft, dass sie eine der größten Belastungen sind, die man sich

zwischenmenschlich vorstellen kann. Wer einen Menschen mit Borderline-Störung zu ertragen hat, ist nicht zu beneiden, der Betroffene selber aber auch nicht: gemütslabil, impulsiv, dauerhaftes Gefühl innerer Leere, unangemessene Wutausbrüche, Gefahr selbstschädigenden Verhaltens (finanziell, sexuell, Verkehr, „Fressanfälle“ mit Gewichts-Extremen, Missbrauch und Abhängigkeit von Genussmitteln, Rauschdrogen, Medikamenten u. a.), zwischenmenschlich belastend bis chaotisch oder gar katastrophal, wahnhaft Reaktionen, Neigung zu (un-)bewusster Selbstverletzung, Selbstmorddrohungen und Suizidversuche usw.

Was verbirgt sich hinter diesen Verhaltensstörungen, was sind die innerseelischen Ursachen und Motive, die zwischenmenschlichen (Manipulations-) Strategien, die psychosozialen Konsequenzen und zuletzt die ernstesten gesundheitlichen Folgen? Dazu eine etwas ausführlichere Übersicht, die aber nie und nimmer das gesamte seelische, körperliche und psychosoziale Spektrum dieses für alle belastenden Krankheitsbildes abdecken kann (Trost der Experten: „Wer kann das schon – vor allem bei diesem Leiden...“).

Borderline führt in der Interessen-Rangordnung

Auch in dieser Internet-Serie gibt es ein Ranking, wie man heute zu sagen pflegt, eine Rangtabelle, eine Rangordnung, in diesem Falle eine Interessenskala. Unter den rund 5.000 Zugriffen pro Tag (Stand Dezember 2006) finden sich in letzter Zeit drei Spitzenreiter, die ihre Position nicht mehr abzugeben scheinen: Burnout, Borderline und Chronische Müdigkeit.

Danach folgenden mit unterschiedlicher Gewichtung Depressionen im Allgemeinen und die spezifischen Kapitel Neurotische und Endogene Depressionen (nach alter Klassifikation), ferner Persönlichkeitsstörungen (hier vor allem die Schizoide Persönlichkeitsstörung), die Zoophilie (früher Sodomie genannt), Haut und seelische Störung sowie der Narzissmus (ein Kapitel von über 90 Seiten, das sich langsam, aber konsequent an die Interessen-Spitze vorarbeitet).

So eine Rangskala ist natürlich eine „Abstimmung der Füße“ oder im Internet treffender: der Finger, und da beide vom Kopf gesteuert sind, kann man sich so seine Gedanken machen, weshalb ausgerechnet Burnout (erschöpft - verbittert - ausgebrannt), die Chronische Müdigkeit oder Tagesmüdigkeit und – in letzter Zeit unverändert an zweiter Stelle – die Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen. Dabei handelt es sich bei Letzterem um einen nur kurzen Beitrag in der Sparte „Seelisch Kranke unter uns“ was aber offensichtlich ausreicht, zumindest für eine erste Übersicht, jetzt aber durch einen etwas längeren und eher fachspezifisch gehaltenen Beitrag ergänzt.

HISTORISCHE ASPEKTE

Auch Krankheitsbilder haben ihre Geschichte, sowohl körperliche als auch seelische, Letztere vor allem. Und dies insbesondere dann, wenn es sich nicht um ein fest umrissenes, konkret beschreibbares und in seinem Beschwerdemuster eindeutiges Leiden, sondern eher um ein „diffuses Störungsbild“ handelt wie beispielsweise der vielsagende (Fach-)Begriff „Borderline“ ausdrückt. Dazu einige geschichtliche Anmerkungen:

Wenn man auch heute noch die Psychiatrie, die „Seelenheilkunde“ etwas belächelt, vor allem im Vergleich zur „Körper-Medizin“ mit ihren doch meist harten Daten und konkreten Definitionen und Klassifikationen, so muss doch eines festgestellt werden: In den letzten 100 Jahren hat sich vieles getan. Und – das sollten sich auch die schmunzelnden Kritiker merken –, der Seele, insbesondere der kranken Seele gehört die Zukunft, ob wir das wollen, für gut oder schlecht befinden oder nicht.

Gleichwohl sei zugestanden: Noch Ende des 19. Jahrhunderts war die Psychiatrie ein wissenschaftlich, diagnostisch und leider auch therapeutisch unzureichend entwickeltes Fach, geprägt von den Zwängen des Alltags, d. h. der so genannten Anstalts-Psychiatrie. Selbst die Konzepte der ja relativ klaren seelischen Krankheitsbilder Schizophrenie oder manisch-depressiven Erkrankung waren zu jener Zeit noch neu(!) und dementsprechend unscharf definiert. Vor allem die Unterscheidung zwischen psychotischen Krankheiten (Geisteskrankheiten) auf der einen und neurotischen Störungen auf der anderen Seite waren noch kein Thema (damals kam zwar der Begriff „Neurose“ auf, aber zuerst neurologisch und später als „Nervosität“ bzw. für verschiedene Formen psychischer Krankheit von minderer Schwere gebraucht). So nimmt es auch nicht Wunder, dass Borderline-Betroffene seit eh und je unter ihrem Krankheitsbild litten, ähnlich wie Schizophrene und Depressive, aber als solche weder erkannt noch anerkannt, geschweige denn gezielt behandelt wurden.

Der Begriff *borderland* = Grenzgebiet, Randgebiet und schließlich auch als fachliche Bezeichnung „borderland insanity“ ist schon über 120 Jahre alt. Die Verkürzung zu „Borderline“ wurde dann erstmals vor rund 70 Jahren geprägt. Gemeint waren damit Personen, die eine Vielzahl von nervösen Beschwerden, körperlichen Krankheitszeichen, hypochondrischen Befürchtungen und/oder Verhaltensstörungen erkennen ließen, ohne jedoch eindeutig „verrückt“ zu sein. Zwar fiel der Begriff „Borderline“ noch nicht, doch finden sich in der psychiatrischen Literatur damals Falldarstellungen, die so ausführlich und kennzeichnend sind, dass es auch noch 100 Jahre später möglich ist, rückblickend und nach heutigem Verständnis eine Borderline-Störung zu diagnostizieren. So kamen auch immer wieder Affektlabilität (Gemütslabilität), Impulsivität (also positiv eine „spontane Wesensart“, negativ unüberlegt und überschießend) sowie extreme Widersprüchlichkeit zur Sprache. Auch das völlige Absorbiert-Sein in Phantasien und die rapiden Wechsel von Einstellungen und Empfindungen führten schon früher zu allseitiger Verwunderung. Und noch eines wurde zu-

mindest gelegentlich aus Experten- bzw. Therapeuten-Kreisen zugegeben: Hier handelt es sich um einen Typ von Patienten, der mit damaligen psychoanalytischen Methoden nicht zufriedenstellend behandelt werden konnte. (Dabei verwies man auch auf ein Kern-Merkmal der Borderline-Persönlichkeit bis heute, nämlich im Psychoanalytiker einen guten und allmächtigen Helfer zu sehen, der sich abrupt in einen feindlichen verwandelt, sobald dieser nicht den Erwartungen des Patienten vollständig zu entsprechen versucht.)

Bewegung kam aus psychologischer (und damit auch methodischer) Sicht in die psychotherapeutische Szene durch die Annahme des Vaters der Psychoanalyse, Professor Dr. Sigmund Freud, dass es ein Kontinuum zwischen neurotischen und psychotischen Störungen gebe, also eine Art psychologischer bzw. psychopathologischer Messlatte von links nach rechts, beginnend mit den rein seelisch bedingten Neurosen und endend mit den überwiegend biologisch verursachten Psychosen (Geisteskrankheiten).

Der Begriff „Borderline“, also Grenzlinie oder Grenzgebiet, bezeichnet demnach eine unscharfe und vor allem fluktuierende, d. h. wechselnde „Grenzregion“, also letztlich nicht eine Linie, sondern ein Übergangsbereich von der Neurose zur Psychose. Zwar hat sich diese Annahme als nicht stichhaltig erwiesen (s. u.), aber eines ist geblieben: das Uncharfe, Wechselnde, schwer Fassbare, dieses „Dazwischen“, wie man es auch sonst im Alltag kennt.

Dabei war man zuerst, d. h. Mitte des 20. Jahrhunderts der Meinung, jedenfalls deutet eine Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen darauf hin, dass die Borderline-Störung eher den schizophrenen Erkrankungen zuzuordnen sei (Fachbegriff: schizophrener Formenkreis, weil man auch hier zu Recht annahm, dass es nicht *die* Schizophrenie, sondern mehrere Schizophrenie-Variationen gebe).

Diese schizophrenie-nahe oder neutraler ausgedrückt psychose-nahe „psychopathologische Situation“ (als eine eigenständige Krankheit war sie auch in der ersten Zeit ihrer Beschreibung nicht anerkannt) äußerte sich in entsprechenden Fachbegriffen, meist im Englischen: „latence schizophrenia“ (latente, verborgene, vorhanden, aber nicht in Erscheinung tretende Schizophrenie), „ambulatory schizophrenia“ (ambulant bedeutet zum einen „nicht ortsfest“ und zum anderen nicht stationär, d. h. im Krankenhaus behandlungsbedürftig), „occult schizophrenia“ (occult = verborgen, geheim“) oder auf Deutsch: „pseudoneurotische Form der Schizophrenie“, „psychose-nahe Neurose“ u. a.

Nach und nach aber begann das Konzept der Borderline-Symptome oder auch der „pseudo-neurotischen Schizophrenie“ bzw. wie auch immer man es ausdrückte in der Psychiatrie an Bedeutung zu verlieren. Dagegen wurde in der psychoanalytischen Theorie weiter daran gearbeitet. Im Zentrum der Überlegungen standen zunehmend auch Symptome wie Depersonalisierung (s. u.), mangelnde „innerseelische Wärme“ und ein unzureichender Wirklichkeitssinn mit der Folge einer quälenden Identitätsstörung, die sich in der Unfähigkeit

ausdrückt, empfinden zu können, ja in der Frage gipfelt: „wer bin ich“. Kein Wunder, dass in dieser Zeit ein weiteres Symptom Beachtung fand, das auch heute noch zum Krankheits-Zentrum wird, nämlich das „innerseelische Leere-Gefühl“.

So veröffentlichte Professor Dr. O.F. Kernberg seine klassische Arbeit über die „Borderline Personality Organization“ (1967) vor allem unter dem Gesichtspunkt der Identitäts-Diffusion (also einer diffusen, verschwommenen, keinen Halt vermittelten Identität im Sinne des erwähnten „wer bin ich“). Darin forderte er nicht nur die Eigenständigkeit eines klinischen Syndroms, d. h. handfester Krankheitszeichen, die in mehr oder weniger typischer Zusammensetzung ein fest umrissenes Krankheitsbild ergaben. Er grenzte auch das Borderline-Syndrom von den Schizophrenien ab, betonte die eigenständige seelische Struktur dieser Patienten und schuf damit letztlich eine konkrete, eigene Krankheit. Dabei verließ er klassische psychiatrische Begriffe wie Syndrom, Zustand, Störung u.ä. und prägte den erwähnten Begriff der „Organisation“. Damit meinte er seelische Vorgänge, die in einem strukturierten Bezug zueinander stehen, der in diesem Fall aber leider eine Krankheit ist.

Auch die Ursachen wollte er nachvollziehbar und einleuchtend interpretiert wissen, basierend auf bestimmten psychologischen und besonders tiefenpsychologisch-analytischen Konzepten einiger führender Fachleute seiner Zeit (z. B. die Professoren Edith Jacobson, Melanie Klein und Margret Mahler, die sich vor allem auf entwicklungspsychologische Vorstellungen von Kindheit und Jugend spezialisiert hatten). Und hier schien ihm besonders das Konzept eines „primär undifferenzierten Entwicklungsstadiums während des Säuglingsalters“ bedeutsam, in dem „Selbst- und Objekt-Repräsentanzen miteinander fusioniert sind“.

Daraus leitete er die für Borderline-Patienten typische Unfähigkeit ab, das übergeordnete Phänomen von „Gut“ und „Böse“ innerseelisch in ein verträgliches Miteinander zu bringen, wenn auch gelegentlich mit unterschiedlichen Schwerpunkten, so wie dies jedem „normalen“ Menschen gegeben ist. Nein, so sagte er, Borderline-Patienten sehen dies leider als unvereinbar polarisierte (gegensätzliche) Formen, gleichsam kompromisslos voneinander getrennt und durch diese strikte Gegensätzlichkeit aggressive Impulse (gegen sich und andere) auslösend. Das sei das Borderline-Grundproblem.

Nun ist dieser „Spaltungs-Vorgang“ in Gut und Böse entwicklungspsychologisch gesehen weder etwas Neues noch etwas Unnatürliches oder gar Krankhaftes, es ist sogar ein physiologisches (natürliches) Zwischenstadium einer jeden menschlichen Entwicklung. Denn die weiteren Entwicklungsschritte ermöglichen es dem gesunden Menschen diese früher polarisierten „Entweder-oder-Anteile“ aufzulösen und damit die Gut-/Böse-Konstellation zu überwinden. Das führt zu dem, was die Psychotherapeuten eine „reife Ich-Identität“ nennen oder schlicht gesprochen: Menschen, die mit sich im Reinen sind, populär-psychologisch ausgedrückt.

Umgekehrt aber führen Störungen dieser natürlichen psychischen Entwicklung zu einer „spezifischen Fixierung“ bzw. Regression (innerseelischer Rückschritt auf frühere Entwicklungsstufen) bis zu dem, was man eine „Borderline-Struktur“ nennt, also – wiederum populär-medizinisch ausgedrückt – eine unglückselige, weil unnatürliche und den Betreffenden und sein Umfeld durch belastende Einstellungen behindernde Persönlichkeitsstruktur.

Vor allem aber fehlt ihnen das sichere Gefühl bzw. zumindest Gespür für das eigene Selbst sowie für existierende Außen-Objekte, wie es die Fachleute nennen (Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur). Das Ende ist eine „fragile (brüchige) Ich-Struktur“, die sich vor allem im zwischenmenschlichen Bereich (negativ, belastend) äußert und zu fremd- und selbst-aggressiven, ja selbst-zerstörerischen Handlungen führt.

Professor Dr. O.F. Kernberg arbeitete dabei drei so genannte intrapsychische (innerseelische) Charakteristika dieser Borderline-Patienten heraus. Dazu zählen „Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“ wie Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung sowie „intakte Realitätstestung“ bei hoher Vulnerabilität (Verwundbarkeit) gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld. Auch dazu siehe die entsprechende Fachliteratur.

Prof. Kernbergs Verdienst war es auf jeden Fall, dass er konkrete Diskussions-Vorschläge machte, was dann vor allem einen positiven Widerhall in der mitglieder-starken und deshalb standes-politisch international ton-angebenden Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) fand. Und deren „Lehrbuch“, das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) nahm schließlich im Verlauf weiterer wissenschaftlicher Forschungsergebnisse zu diesem Thema die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in ihren „anerkannten Krankheits-Katalog“ auf.

Ein weiterer Schritt waren dann konkret beschreibende Hinweise über das, was eine Borderline-Störung charakterisieren soll, zusammengestellt von den Professoren Dr. J. G. Gunderson und Dr. M. T. Singer (1975). Sie bieten bzw. fordern zur gesicherten Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung fünf „mutmaßliche seelische Dimensionen“, die zumindest auf beschreibender Ebene erkennbar sein müssen. Dazu gehören

dysphorische Affekte (Dysphorie = Miss-Stimmung, Affekt = Gemütsbewegung), impulsive Handlungen (spontan bis ungesteuert), entsprechende zwischenmenschliche Beziehungs-Belastungen bzw. -Krisen, psychose-ähnliche Kognitionen (allgemein verständlich ausgedrückt eine Art Sichtweise bzw. Einstellung, wie sie in krankhafter Form Psychotiker, also Geisteskranke ertragen müssen) sowie Anpassungsstörungen im sozialen Bereich (Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitsplatz, ja sogar Fremde, Therapeuten u. a.).

Im Laufe der Zeit wurden die diagnostischen Kriterien (kennzeichnenden Merkmale zum Erkennen und damit auch Behandeln) immer schärfer, kontinuierlich erarbeitet von einer wachsenden Zahl von wissenschaftlichen Arbeitsgruppen und veröffentlicht in zahlreichen Publikationen, überwiegend englischsprachig. Das Wichtigste, was zu den obigen Faktoren noch hinzukam, war die nachweisbare „instabile Identität“ (etwas locker formuliert: Bin ich meiner selber sicher und wenn nicht, was hat das für Konsequenzen im Alltag?).

Diese Kriterien bildeten schließlich den Kriterien-Katalog des erwähnten Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen in 3. Auflage (DSM-III), ergänzt durch zahlreiche Untersuchungen, die sich dann auch in den folgenden Auflagen dieses Standard-Lehrbuchs niederschlugen.

Einiges fand zwar nicht die allgemeine Anerkennung, war aber trotzdem nicht selten zu registrieren und fruchtbar in der wissenschaftlichen Diskussion. Dazu gehörte beispielsweise das kennzeichnende Borderline-Merkmal: „vorübergehende, stress-abhängige, paranoide (wahnhaft) Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ (bei denen sich unverarbeitete seelische Belastungen im Körperlichen ausdrücken, bis hin zu organischen Folgen, beispielsweise der Sinnesorgane, die man sich als Laie kaum als rein psychisch ausgelöst vorstellen kann).

Aber auch das hat sich inzwischen bewahrheitet, was dazu führte, dass auch andere weltweit ton-angebende Institutionen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diese Borderline-Diagnose bzw. Klassifikations-Kriterien in ihrem eigenen „Lehrbuch“ aufnahmen, nämlich der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Dort hat allerdings die Borderline-Persönlichkeitsstörung keine eigene „Krankheits-Position“, sondern wird bei den „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen“ eingeordnet, die unterteilt sind in „impulsiven Typus“ und Borderline-Störung nach ICD-10. Weitere Einzelheiten, vor allem was die so genannten ICD-10-Forschungskriterien anbelangt, siehe später.

Einige Differenzierungs- bzw. Änderungs-Vorschläge, die sicher auch nicht die letzten sein werden, konnten sich aber bisher nicht durchsetzen. Dazu gehört beispielsweise der Vorschlag, die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch den Begriff der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ zu ersetzen. Dies deshalb, weil in vielen Fällen in der Tat traumatische (seelisch verwundende) Vor- und Früherfahrungen vorliegen. Man wird sehen, was sich noch alles tut.

Das also ist eine kurze Übersicht zu einem Krankheitsbild, das vermutlich so alt ist wie die Menschheit, aber erst im letzten, im gerade abgeschlossenen 20. Jahrhundert zu einer mehr oder weniger eigenständigen seelischen Erkrankung deklariert wurde (weitere Einzelheiten siehe die Ausführungen von beispielsweise M. Bohus, O.F. Kernberg u. a. in ihren Fachbüchern).

Nachfolgend nun die wichtigsten Erkenntnisse im Einzelnen, soweit sich das breite Spektrum der wissenschaftlichen Meinungsbilder auf eine komprimierte Übersicht verdichten lässt:

BEGRIFF

Der englische Begriff *borderline* bezeichnet also so viel wie Grenzlinie oder Grenzgebiet. Und das sollte auch der Fachbegriff ausdrücken: ein „krankhaftes Zwischengebiet“ zwischen (schizophrener) Psychose und Neurose bzw. Persönlichkeitsstörung – je nach Klassifikation. Dazu aber erst einmal eine kurze Schilderung der Krankheitsbegriffe Psychose, Neurose und Persönlichkeitsstörung im Kasten.

Psychose – Neurose – Persönlichkeitsstörung

- **Psychose:** Unter einer Psychose versteht man eine psychische Erkrankung (im Volksmund Geisteskrankheit genannt), bei der die Beeinträchtigung der seelischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der zumindest üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind (Definition der Weltgesundheitsorganisation – WHO).

Oder auf den praktischen Alltag bezogen: Bezeichnung für verschiedene Formen seelischer Krankheit, teils durch erkennbare Organ- und Gehirnerkrankheiten hervorgerufen (Fachbegriff: *exogene*, von außen ausgelöste Psychose), teils (noch) nicht in allen Bereichen befriedigend körperlich nachweisbar (Fachausdruck: *endogene*, von Ihnen kommende Psychose, z. B. schizophrene Psychose, depressive Psychose).

Einzelheiten dazu siehe die speziellen Kapitel über die Schizophrenien, die schizoaffektiven und wahnhaften Störungen usw.

- **Neurose:** Seelisch bzw. psychosozial bedingte psychische Gesundheitsstörung ohne nachweisbare organische Grundlage. Vielfältige Definitionen, je nach Beschwerdebild, Ursache und Verlauf. In den neueren Klassifikationen nicht mehr vorgesehen. Frühere Beispiele: depressive Neurose, Angstneurose, Charakterneurose, Organneurose u. a.

Einzelheiten siehe die speziellen Kapitel über die Neurosen (z. B. Neurosen einst und heute).

- **Persönlichkeitsstörung:** Tief eingewurzelt Fehilverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten. Früher

auch als abnorme Persönlichkeit, Soziopathie, psychopathische Persönlichkeit oder Psychopathie bezeichnet.

Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel über die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen einschließlich genereller Übersicht.

Heute ist das Wort *borderline* eine der am meisten verwendeten psychiatrischen bzw. psychologischen Fachbegriffe, z. B. als *Borderline-Syndrom*, *Borderline-Persönlichkeitsstörung*, *emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus* sowie früher *Borderline-Neurose*, *Borderline-Schizophrenie*, *psychose-nahe Neurose* usw.

In vorliegendem Beitrag wird der derzeitig gängige Begriff *Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)* verwendet.

DEFINITION

Kein Wunder, dass bei einem solch weit gespannten Grenz- oder Zwischengebiet seelischer Störungen bei zum Teil sehr unterschiedlichen Leidenschwerpunkten eine allseits befriedigende Definition ungemein schwer ist. Nachfolgend deshalb erst einmal zwei Definitionen, wie sie in der ärztlichen Fortbildung empfohlen werden:

- Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine Störung der Affektregulation, begleitet von verzerrter Wahrnehmung des Selbstbildes und des zwischenmenschlichen Verhaltens. Erste Anzeichen sind starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche und schwere Selbstzweifel.
- Das Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Sie beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Eine knappe Charakterisierung in Expertenkreisen, die tatsächlich etwas für sich hat, lautet:

- Borderline-Patienten gelten als „stabil in der Instabilität“, d. h. sie müssten eigentlich laufend (psychotisch) dekompensieren, tun es aber nicht.

Was mit den verschiedenen Fachbegriffen gemeint ist, soll später in dem Unterkapitel *Beschwerdebild* detaillierter und hoffentlich verständlicher dargestellt werden.

HÄUFIGKEIT – GESCHLECHT – ALTER – SPEZIFISCHE ASPEKTE

– Die **Häufigkeit** der Borderline-Persönlichkeitsstörung variiert je nach Untersuchung zwischen 0,2 und 2% (ausführliche Einzelheiten in W. Tress u. Mitarb.: Persönlichkeitsstörungen – Leitlinie und Quellentext, s. Literaturverzeichnis).

Das hört sich nicht sehr eindrucksvoll an, macht aber in Zahlen Hunderttausende von Betroffenen und ein mehrfaches davon von belasteten Partnern, Angehörigen, Bekannten, Nachbarn, Mitarbeitern u. a. (und ist im Übrigen doppelt so häufig wie beispielsweise die Schizophrenien).

Außerdem schätzt man, dass etwa 10% aller ambulanten und ungefähr 20% der stationär aufgenommenen seelisch Kranken generell eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben (etwa 80% aller Borderline-Betroffenen suchen psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe auf).

– Das Verhaltensmuster von Borderline-Persönlichkeitsstörung lässt sich unter verschiedenen kulturellen Bedingungen *überall in der Welt* beobachten, auch wenn es mitunter sehr schwer ist, bei einer Person mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen (siehe später) das grundlegende Problem, nämlich die Borderline-Persönlichkeitsstörung herauszufinden.

– Dreiviertel aller Borderline-Patienten sind weiblichen **Geschlechts**. Es gibt aber auch Untersuchungen, die eher vom Verhältnis 2 : 3 bezüglich Männer : Frauen sprechen.

– Die weit überwiegende Zahl bewegt sich zwischen dem **15. und 45. Lebensjahr**, also in den so genannten „besten Jahren“.

– Umstritten ist das **durchschnittliche Alter bei Erst-Manifestationen**, d. h. bei erstmaligem Ausbruch des Leidens. Einige Experten fanden ein Verteilungsspektrum mit zwei Häufigkeitsgipfeln: Eine große Gruppe zeigt bereits im Alter von 14 Jahren entsprechende Verhaltensauffälligkeiten wie Ess-Störung, Selbstbeschädigung, Suizidversuche, Auffälligkeiten im zwischenmenschlichen Bereich, Gemütsstörungen u. a. Diese Patienten werden dann auch sehr früh stationär aufgenommen und in entsprechenden Facheinrichtungen behandelt. Eine zweite Gruppe ist im Mittel etwa 10 Jahre älter, d. h. um das 24. Lebensjahr, und kommt dann in stationäre Behandlung.

In beiden Fällen handelt es sich aber – wie erwähnt – um eine Klientel, die nur deshalb statistisch erfassbar ist, weil sie klinisch behandlungsbedürftig wurde, d. h. in der Regel besonders schwer beeinträchtigt sein muss. Außerdem diskutiert man eine weitere, überaus folgenschwere Unterscheidung die besagt:

Borderline-Patientinnen kommen eher in eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Betreuung, Borderline-Männer fallen im Rahmen einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung, vor allem der so genannten antisozialen Persönlichkeitsstörung häufiger juristisch auf und kommen dann eher in forensische Behandlung (psychiatrische Einrichtung für rechtskräftig verurteilte und speziell behandelte seelisch Kranke in entsprechenden Fachkliniken oder -Abteilungen). Kurz: Auch hier herrscht noch erheblicher Klärungsbedarf.

Rückblickend scheint aber etwa ein Drittel der untersuchten(!) erwachsenen Borderline-Patientinnen (also weiblichen Geschlechts) die sich daran zu erinnern, sich bereits im Grundschulalter Selbstverletzungen oder zumindest entsprechende Versuche zugefügt zu haben. Mit anderen Worten: In nicht wenigen, in der Regel aber wohl schwereren Borderline-Fällen ist bereits in den ersten Schuljahren mit (heimlichen) krankhaften Auffälligkeiten zu rechnen.

– Der **Verlauf** dieses Leidens ist recht unterschiedlich, letztlich aber auf ein Wort zu reduzieren: langwierig. Die Experten drücken das so aus: Am häufigsten ist das Muster „chronischer Instabilität“ mit häufiger Nutzung von ambulanten und stationären Behandlungsangeboten, speziell psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen, und zwar in der überwiegenden Mehrzahl zum wiederholten Male. Das stützt den vor allem früher dominierenden Therapie-Pessimismus (von den Kosten ganz zu schweigen – s. u.).

Andererseits konnten neuere Studien aus den USA zeigen, dass sich der *Langzeitverlauf* der Borderline-Persönlichkeitsstörung doch günstiger abzeichnet als bislang vermutet. Insbesondere das Patient und Umfeld belastende bis quälende Beschwerdebild scheint sich im Verlaufe der Jahre abzumildern, meinen erst einmal die US-amerikanischen Psychiater und Psychotherapeuten (was aber in Europa, vor allem in Deutschland, bisher noch skeptisch beurteilt wird). Vielleicht aber heißt es eines Tages auch bei uns:

„Sowohl störungsbedingte Beeinträchtigungen als auch die Suizidgefahr sind in den jungen Erwachsenen-Jahren am größten und nehmen dann allmählich mit fortschreitendem Alter ab. Obwohl die Neigung zu intensiven Emotionen (Gemütsregungen), zu Impulsivität und Intensität in der Beziehungs-Gestaltung meist lebenslang anhält, zeigen vor allem Patienten, die sich in therapeutischer Behandlung befinden, häufig Verbesserungen, die im Laufe des ersten Jahres beginnen. Ab dem 30. oder 40. Lebensjahr erlangt die Mehrzahl mit dieser Störung eine größere Stabilität in ihren Beziehungen und beruflichen Funktionen. Katamnese-Studien (nachfolgende Kontroll-Untersuchungen) an Betroffenen aus psychiatrischen Tageskliniken weisen darauf hin, dass nach etwa 10 Jahren ungefähr die Hälfte kein Verhaltensmuster mehr aufweist, das die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung vollständig erfüllt“.

So jedenfalls die erfreulichen Hinweise aus dem „Lehrbuch“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), dem DSM-IV-TR. Für den europäischen oder deutschen Bereich fehlen aber derzeit noch hoffnungsvolle Daten. Vor allem aber wird immer wieder auf eines hingewiesen: Den Krankheitsverlauf kann man nur bei jenen Patienten beurteilen, die man kennt oder noch konkreter in Behandlung hat(te). Wie aber liegen die Dinge bei nicht-erfassbaren Patienten, oder konkret: Wie ist der „natürliche Verlauf“ der Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Die meisten Experten sind der Meinung, dass sich der unbehandelte Verlauf nach 10 bis 25 Jahren über einen sehr weiten Bereich vom vollendeten Suizid (s. später) bis hin zur vollständigen Genesung erstreckt. Und hier scheint insbesondere das Phänomen der Ko-Morbidität eine große Rolle zu spielen, oder auf Deutsch: Wenn die eine Krankheit zur anderen kommt, also eine Mehrfach-Belastung. Und ein weiterer Aspekt gibt nicht nur zu denken, sondern macht auch die Prognose unsicher: Denn das Beschwerdebild und damit der Krankheitsverlauf von Borderline-Patienten hängt ganz wesentlich von den jeweils aktuellen Lebens-Umständen ab; und das macht die Beurteilung des natürlichen(!) Verlaufs so schwer.

– Das **familiäre Verteilungsmuster** bzw. die hereditären (Erb-), d. h. genetischen Hinweise sprechen nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen eine deutliche Sprache: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist fünfmal häufiger bei erstgradigen biologischen Verwandten anzutreffen als in der Allgemeinbevölkerung.

Ein erhöhtes familiäres Risiko liegt (deshalb?) auch vor bei Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (Alkohol, Nikotin, Rauschdrogen, Arzneimittel), für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen (auch Asoziale oder Dissoziale Persönlichkeitsstörungen genannt) und für Affektive (Gemüts-)Störungen wie z. B. Depressionen.

Kurz: Es lohnt sich, nach Eltern, Großeltern und sonstigen nahen Verwandten mit vergleichbaren Leiden zu fragen, bei denen aber nicht nur die Borderline-Symptomatik, sondern auch andere, damit verbundene oder auch nicht im Zusammenhang stehende seelische Krankheitszeichen oder konkrete Leiden (s. o.) zu erkennen sind.

Das führt zum nächsten Kapitel über, nämlich zur Frage

Ko-Morbidität

Unter *Ko-Morbidität* versteht man ganz einfach das schon erwähnte Problem: Wenn eine Krankheit zur anderen kommt. In der Körper-Medizin ist das die Regel, man denke nur an Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke u. a. Auch dort kann das eigentliche Problem die

Summe der Belastungen werden, von den Arzneimittel-Wechselwirkungen der verschiedenen notwendigen Medikamente ganz zu schweigen. In seelischer Hinsicht liegen die Dinge ähnlich.

Gerade die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie in erheblichem Maße mit anderen Störungen zusammen vorkommt. Diese anderen seelischen Krankheitsbilder sind beispielsweise:

Depressive Zustände, Angststörungen, hier vor allem Panikattacken, die erwähnten Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Nikotin und Mehrfach-Abhängigkeit), Ess-Störungen (Anorexie oder Bulimie), posttraumatische Belastungsstörung (nach einem schwerem Schicksalsschlag u.ä.) sowie Störungen der Impulskontrolle (Fachausdruck für Kleptomanie = Stehlsucht, Pyromanie = krankhaftes Feuerlegen, pathologisches Spielen oder intermittierende explosive Störungen u. a.), Störungen der Geschlechtsidentität (z. B. Transsexualismus, Transvestismus u. a.) bzw. Störungen der Sexualpräferenz (z. B. Exhibitionismus, Pädophilie, Sadomasochismus, fetischistischer Transvestitismus u. a.).

Am ehesten aber finden sich offenbar die drei ohnehin häufigsten seelischen Störungen (auch der Zukunft?), nämlich Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. An erster Stelle die Depressionen, und zwar insbesondere die heute als major depression bezeichneten affektiven Störungen, die man früher überwiegend als endogene Depressionen kannte. Außerdem Dysthymien, also chronische depressive Verstimmungen und schließlich bipolare affektive, als manisch-depressive Störungen. Dabei streuen die Zahlen von insgesamt der Hälfte bis fast allen Borderline-Betroffenen (die man untersucht hat, wohlgemerkt, eine Gesamtübersicht, die auch unbehandelte Patienten einschließt, ist ja nicht möglich). Zudem geben einige Experten zu bedenken, dass es sich hier ja oft genug um ganz andere depressive Zustände als bei den „klassischen“ Depressionen handle. Bei den Borderline-Depressionen geht es vor allem um die „narzisstische innere Leere“, während beispielsweise bei den früher als neurotische Depressionen bezeichneten Zuständen zwischenmenschliche Aspekte die Hauptrolle spielen.

Eine zahlenmäßig große Bedeutung kommt auch den Angststörungen zu: Zum einen den schon erwähnten Panikattacken, aber auch phobische Ängste, nicht zuletzt die Sozialphobie, also die Angst vor anderen Menschen schlechthin.

Ein nicht geringes, vor allem differentialdiagnostisches Problem ist auch das gleichzeitige Auftreten von Borderline- sowie anderen Persönlichkeitsstörungen. Hier sind es vor allem Schizotypische, Paranoide, Ängstlich-Vermeidende, Abhängige, Narzisstische und Passiv-Aggressive Persönlichkeitsstörungen (mit unterschiedlicher geschlechtsspezifischer Gewichtung).

Einzelheiten würden hier zu weit gehen, deshalb sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen. Was die einzelnen Krankheitsbilder anbelangt, so dürfen wir bei Interesse auf die entsprechenden Kapitel in dieser Serie verweisen.

Die Kosten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Inzwischen darf, ja muss man auch über die **Kosten** im Gesundheitswesen sprechen. Und die werden nicht zuletzt durch Borderline-Persönlichkeitsstörungen z. T. erheblich strapaziert. Die jährlichen Therapiekosten belaufen sich nämlich in Deutschland auf etwa 3 Milliarden Euro, was etwa 15% der Gesamtkosten entspricht, die für psychische Störungen ausgegeben werden. 90% dieser Kosten entstehen durch stationäre Behandlung, denn allein die durchschnittliche Liegezeit beträgt derzeit etwa 68 Tage pro Jahr.

Der meist unbekannteste Beginn der Störung liegt ja oft schon in der Kindheit, wird dann aber in der frühen Adoleszenz, also dem Lebensabschnitt nach der Pubertät, beim Heranwachsenden, erst so richtig deutlich, wenngleich in der Regel durch allgemeine Unsicherheit bzw. generelle Verunsicherung gekennzeichnet, zuerst wohl ohne professionelle Diagnose und Therapie.

Dann aber kommen die erwähnten stationären psychiatrischen Behandlungen mit einem oder zwei Häufigkeits-Gipfeln (s. o.). Zu diesem Zeitpunkt beträgt die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten 10 Jahren eine jährliche(!) Wiederaufnahme in psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, die erwähnten etwa 80%. Und das ist dann ein Kosten-Faktor, der nicht unerwähnt bleiben kann.

DAS LEIDENSBIOD DER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Das Beschwerdebild eines Borderline-Patienten ist – wie erwähnt – auch oft das Leidensbild seiner Umgebung. Das darf ruhig einmal so ausgedrückt werden, auch wenn es die Kranken selber durchaus anders sehen. Auch hat natürlich jeder Betroffene „sein eigenes Beschwerdebild“, ja, seine Symptome können sogar gegenteilig vorkommen bzw. ausgeprägt sein. Vereinfacht gesprochen gibt es auch zwei „Grund-Typen“: die eine lebt ihre Beschwerden (vor allem aggressiv getönt) eher nach außen aus, während sie die andere eher gegen sich selber richtet. Doch auch hier gibt es Überschneidungen, die möglicherweise sogar den größeren Teil ausmachen.

Was belastet nun Patient (und Umfeld) am meisten?

– An erster Stelle steht die **Kontrolle der Gemütsregungen**, oder das, was die Experten eine Störung der Affekt-Regulation bzw. eine affektive Instabilität nennen. Und weiter: „Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die

Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau ausgesprochen hoch. Nur verzögert erreichen sie wieder das emotionale Ausgangsniveau“ (nach M. Bohus u. C. Schmahl).

Oder allgemein verständlich: Sie gehen schnell hoch, und das aus – zumindest für die Umgebung – offensichtlich nichtigem Anlass. Und sie kommen nur schwer wieder auf den Boden zurück. In der Fachsprache nennt man das eine „schwere episodische Dysphorie“, d. h. eine Miss-Stimmung, konkret eine un-selige Kombination aus Angst, Deprimiertheit, leichter Erregbarkeit, ja Wut oder Hass auf andere bzw. sich selber u. a. Diese Verstimmungen pflegen in der Regel einige Stunden, selten länger als einige Tage anzuhalten.

– Neben diesen eher explosionsartig hochgehenden Miss-Stimmungen gibt es auch eine dysphorische Grundstimmung, also eine zumindest langwierige bis **Dauer-Verstimmung**, die sich ebenfalls zu allseits belastenden Perioden von Wut, Angst oder Verzweiflung aufschaukeln kann, bisweilen aber auch durch Phasen gehobener Stimmung, von Wohlbefinden oder Zufriedenheit abgelöst werden (leider nur selten).

– Diese unterschiedlichen, für Außenstehende kaum verstehbar und in Einklang zu bringenden Gefühle werden aber von Borderline-Patienten oft gar nicht konkret wahrgenommen, sondern meist als äußerst quälende, auf jeden Fall diffuse, d.h. verschwommene Spannungszustände erlebt, die „einfach kommen und gehen“, ohne dass man darauf einen nachhaltigen Einfluss ausüben könne.

Mitunter werden sie aber auch so stark, dass daraus ein irritierendes bis bedrohliches **Gefühl der Unwirklichkeit** entsteht. Die Fachbegriffe lauten: Depersonalisation („ich bin nicht mehr ich selber“) oder Derealisation („alles so unwirklich, eigenartig, sonderbar um mich herum“). Dabei können sogar die Sinnesorgane (Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Fühlen) beeinträchtigt werden, bis hin zu einer gestörten Umwelt-Wahrnehmung oder gar Schmerz-Empfindung (s. u.).

– Weit beeinträchtigender als (früher) allgemein angenommen ist auch das chronische **Gefühl von (innerer) Leere**. Es äußert sich meist darin, leicht und schnell gelangweilt zu werden und damit ständig auf der Suche sein müssen, etwas zu tun, bis hin zu hektischer Betriebsamkeit (vor allem wenn noch zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit Schwerpunkt auf der hyperaktiven Seite belastet – s. u.).

– Häufig sind auch **hypochondrische Reaktionen**, also sachlich nicht begründbare ängstliche Befürchtungen oder Vermutungen, krank zu sein oder krank zu werden. Diese abnorme seelische Einstellung zum eigenen Leib und

seinen Gefährdungsmöglichkeiten führt zu ausgeprägten bis exzessiven Selbstbeobachtungen des Körpers bzw. seiner Organfunktionen. So suchen die Betroffenen beharrlich und sorgenvoll nach Krankheitszeichen, die ihre Verdachtsmomente beweisen sollen. Und da sie nichts finden, und auch die Ärzte nichts, führt dies paradoxerweise nicht zur Beruhigung, sondern zu einer ständigen und sämtliche Kräfte und Reserven aufbrauchenden Anspannung („nichts finden heißt schlimmer als erwartet“).

– Eines der auffälligsten Verhaltensmuster im zwischenmenschlichen Bereich ist die Schwierigkeit von Borderline-Patienten, das Problem von **Nähe und Distanz** komplikationslos zu regeln. Dieses typische Borderline-Phänomen ist in verdünnter Form auch für manche seelisch gesunde Menschen mitunter eine ständige „Korrektur-Aufgabe“, wenn nicht gar Belastung. Sie ist aber überwindbar, steuerbar, greift nicht hindernd in den Alltag ein. Anders bei Borderline-Betroffenen. Dort führt es zu einer intensiven Angst vor dem Alleinsein (obgleich sie es selber sind, die befriedigende und insbesondere langfristige Kontakte auf Dauer unmöglich machen) und damit zur ständigen Auslösung von Beziehungsstörungen im zwischenmenschlichen Bereich (s. u.).

– Dabei bemühen sich Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung geradezu verzweifelt **tatsächliches oder erwartetes Verlassenwerden** zu vermeiden. Das liegt nicht zuletzt daran, dass sie häufig vorübergehende Abwesenheit mit offenkundiger Verlassenheit verwechseln. Und eine Trennung oder Zurückweisung oder der Verlust gewohnter zwischenmenschlicher Beziehungen bedroht sie mit einer grundlegenden Veränderung ihres Selbstbildes (was bin ich), der Affekte (Gemütsregungen), des Denkens und gesamten Verhaltens. Letzteres kann dann auch in einer sich gleichsam „selbst erfüllenden Prophezeiung“ die entsprechende Befürchtung zur Realität werden lassen, nämlich dann, wenn der Partner oder andere nahestehende Personen diese furcht-gesteuerte Spannung nicht mehr aushalten, von Frustrationen, Demütigungen, Kränkungen oder regelrechten Attacken durch Borderline-Betroffene ganz zu schweigen.

– Denn diese borderline-typische Über-Sensibilität (krankhaft ausgeprägte Empfindlichkeit) bzw. Über-Ängstlichkeit vor dem Verlassenwerden äußert sich nicht nur in den erwähnten Reaktionen, sie kann sich bis zu **unangemessener Wut** steigern und damit „alles zertrümmern“, selbst wenn nur eine nachvollziehbare, zeitlich begrenzte Trennung oder unvermeidbare Änderung von Plänen ansteht. Beispiele: Verspätung, Verabredung absagen müssen, ja sogar das nahende Ende der Therapie-Stunde beim Psychotherapeuten.

Deshalb versuchen diese Patienten, wichtige Bezugspersonen dauerhaft an sich zu binden, können aber auch die dann drohende Nähe, ja Geborgenheit nur wiederum mit zwiespältigen Empfindungen ertragen, bis hin zu erneuten Angst- oder zumindest Scham-Gefühlen, auch schuldhaft getötet.

Das geht u. a. darauf zurück, dass dieses „Verlassen-Werden“ für sie bedeutet, „unwert“ oder gar „böse“ zu sein. Auf jeden Fall stehen diese Ängste im Zusammenhang mit der Unfähigkeit, alleine, mit sich selber oder gar sich selber überlassen bleiben zu können.

– Die Folge sind langwierige schwierige Beziehungen mit **häufigen Trennungen** und Wiederannäherungen („Beziehungs-Karussell“ – „Borderline-Patienten demütigen die Personen, die sie lieben“). Für Nichteingeweihte, Ahnungslose, Außenstehende wirken solche „Manöver“ deshalb nicht nur unerklärlich bis unfassbar, sondern auch „gezielt manipulierend“, und damit grob, herzlos, „eiskalt“, auf jeden Fall egoistisch beeinflussend bis täuschend.

– Ein Problem bzw. eine mögliche Ursache solcher „emotionaler Wechselduschen“ ist zum einen die ausgeprägte Impulsivität, die nebenbei von den Betroffenen nicht verarbeitet werden kann; deshalb können sie auch nicht „aus Erfahrung klug werden“, wie man ihnen gerne und oft genug vorwirft. Es ist noch ein anderer, schwer zu beschreibender Aspekt, der in diesem Zusammenhang viel Unheil anzurichten vermag. Gemeint ist die borderline-typische Art, selbst alltägliche **Kommunikations-Signale** wie Mimik, Gesten, sprachliche Betonungen u. a. fast krankhaft furchtsam auf ihren heimlichen Aussagewert abzutasten, d. h. gleichsam permanent die „Signalwirkung“ solcher Faktoren „nervös“ zu analysieren, was mögliche Angriffe oder feindliche Verhaltensweisen anbelangt. Damit fühlt sich die andere Seite natürlich ständig einer kritischen Beobachtung ausgesetzt, was sie erstens weder beabsichtigt noch zweitens – und das ist das Entscheidende – auf Dauer erträgt.

Dies geht übrigens nicht nur den Laien so, es betrifft sogar Fachleute wie psychotherapeutisch tätige Psychologen, Psychiater und Nervenärzte. Selbst die fühlen sich dann – wenn sie nicht entsprechend ausgebildet und supervidiert (von Fachkollegen kontrollierend geleitet) werden – rasch überfordert und schwanken zwischen übermäßiger Sorge und wachsender bis schließlich schroffer Ablehnung. Eine nicht geringe Zahl von Psychotherapien wird deshalb vorzeitig abgebrochen, auch wenn man darüber wenig spricht. Denn das Ende solcher Beziehungen ist dann gar nicht so selten auch durch selbstverletzendes oder suizidales Verhalten geprägt (siehe später), was die Gesamt-Situation noch erschwert.

– So sind die **Beziehungen** – wie erwähnt – nicht nur (über-)intensiv, sondern auch **instabil**. Borderline-Patienten neigen dazu, mögliche Bezugspersonen, vom Partner bis zum guten Bekannten, schon sehr früh, d. h. bei der ersten oder zweiten Begegnung erst einmal zu idealisieren, also zu einem Idealbild, dem Inbegriff der vorbildlichen Vollkommenheit zu erheben.

Eine solche Verklärung ist aber für den anderen nicht einfach, schon gar kein Vorteil, im Gegenteil. Sie kostet nicht nur viel Zeit und Kraft und belastet schon früh und intensiv mit intimen Einzelheiten, sie kann auch plötzlich kippen: von

der Idealisierung zur Entwertung, wenn der Borderline-Patient meint, der andere sei nicht genügend für ihn da, gebe nicht genug, würde sich nicht ausreichend um ihn kümmern, vielleicht gar verlassen wollen, ein in den Augen des Patienten geradezu „feindseitiges“ Verhalten.

Ja, Borderline-Patienten können durchaus einfühlsam und fürsorglich sein, jedoch nur in der Erwartung, dass der andere ihnen dann auch zur Erfüllung ihrer Wünsche und Bedürfnisse zur Verfügung steht – und zwar dauerhaft, was nur ein „starkes Nervenkostüm aushält“ (Zitat).

Wie es in dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR) der APA heißt, neigen die Betroffenen zu plötzlichen und dramatischen Änderungen ihrer Sichtweise von ihren Mitmenschen, die – je nach jeweiliger Einschätzung – einmal als wohlützig unterstützend, dann wieder als grausam bestrafend erlebt werden (meist ohne dass sich die Betroffenen dieser vom Patienten unterstellten Hoch- und Tief-Bewertung bewusst sind).

Der Grund – das sei schon jetzt vorausgenommen – ist eine komplizierte innerseelische Störung (Fachausdruck: „frühe Störung“, d. h. schon in den ersten Lebensmonaten belastend). Dabei bleiben „gute“ und „böse“ Aspekte zwischen der eigenen Person und den Beziehungspersonen gleichsam unverbunden nebeneinander bestehen. So erlebt sich der Patient ständig schwankend zwischen gut und böse und spaltet auch seine zwischenmenschlichen Beziehungen in gute und böse auf, ohne zu brauchbaren Integrationslösungen zu kommen (Stichwort: Schwarz-weiß-Malerei).

– Hier wird dann auch deutlich, warum Borderline-Patienten häufig so unangemessen heftig reagieren und vor allem Schwierigkeiten haben, ihre **Wutanfälle** zu kontrollieren. Und warum sie zu **verbalen Attacken** neigen, von der anhaltenden Verbitterung bis zum extremen Sarkasmus. Denn diese Wut bricht häufig dann aus, wenn eine Bezugsperson oder gar ein Partner als vernachlässigend, verweigernd, nicht fürsorglich oder gar als zurückweisend erlebt wird – erlebt, wohl gemerkt, nicht wirklich vom Betreffenden angestrebt oder gar praktiziert.

– Nach den explosiblen Zorn-Reaktionen, aber auch sonst fast durchgängig, zumindest unterschwellig belastend, können auch **Scham- und Schuldgefühle** folgen, was ihrerseits das Gefühl verstärkt, ein schlechter Mensch zu sein.

– Das hängt vor allem mit dem **negativen Selbstbild** dieser Patienten zusammen, das bis zur gnadenlosen Selbstverachtung, ja Verdammungswürdigkeit gehen kann („ich mache alles falsch“, „ich bin ein Versager“, „ich bin halt böse“, „als Partner, Freund, Mitarbeiter, Vorgesetzter u. a. bin ich einfach inakzeptabel“, „eigentlich wäre es besser, ich wäre gar nicht da“ usw.)

Angesichts dieser Grundstimmung und vor allem unter solchen starken Reaktions-Ausschlägen können vorübergehend auch so genannte **Störungen der senso-motorischen Integration** auftreten. Das äußert sich subjektiv als Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, als Fremdheit oder gar Verlust der Kontrolle über die Realität. Dann drohen sogar dissoziative Symptome, z. B. die erwähnte Depersonalisation (bin ich noch ich selber?) oder Derealisation (alles so sonderbar, komisch, weit entfernt u. ä. um mich herum). Und hier sind gelegentlich sogar paranoide (wahnhafte) Vorstellungen möglich.

Dazu kommen häufig „**Flashbacks**“, d.h. ein szenisches Wiedererleben traumatisierender (seelisch verwundender) Ereignisse. Sie werden zwar der Vergangenheit zugeordnet, gemütsmäßig jedoch immer wieder als real erlebt. Auch das kann mitunter als psychotisches Erleben fehl-diagnostiziert werden.

Doch alle diese Phänomene sind von geringem Ausmaß und kurzer Dauer (nämlich Minuten oder höchstens Stunden) und rechtfertigen deshalb keine entsprechende Diagnose in Richtung wahnhafte Störung oder gar Schizophrenie (siehe später). Solche Symptome gehen übrigens auch rasch wieder zurück, wenn sich das Verhältnis zur Bezugsperson oder im Rahmen der sich zuspitzenden Situation normalisiert.

– Ein häufiges Problem der Borderline-Patienten ist – wie schon mehrfach erwähnt – ihre **Identitätsstörung**, charakterisiert durch ein ausgeprägtes und andauernd instabiles Selbstbild oder eine instabile Selbstwahrnehmung.

In diesem Selbstbild (wer oder was bin ich?) irritieren nun plötzlich dramatische Wechsel. Sie äußern sich in Veränderungen von Zielsetzungen und Wertvorstellungen oder konkret: meist Partner- und Berufswünschen. So drohen unvermutet und für alle nicht nachvollziehbar Meinungs- und Planungsänderungen hinsichtlich Berufsweg und Karriereplanung, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Hobbys, wenn nicht gar zu Religionszugehörigkeit, sexueller Orientierung bis hin zur verunsicherten Geschlechts-Identität, kurz: des gesamten Grundmusters ethischer, moralischer, sozialer und sogar biologischer Werte sowie Positionen.

Was die Wesensart, zumindest aber das persönliche Auftreten anbelangt, so ist ebenfalls mit plötzlichen, ggf. schockierenden Veränderungen zu rechnen. So wechseln die Betroffenen unvermittelt von der Rolle eines bedürftigen, hilfeschuchenden Bittstellers in die eines hochnäsigen Richters oder gnadenlosen Rächers. Manchmal aber auch verblasst dieses Selbstbild bis hin zu dem Gefühl, überhaupt nicht zu existieren.

– Das alles bleibt nicht ohne **psychosoziale Folgen**, insbesondere was den Leistungsbereich anbelangt. Borderline-Patienten sind von Begabung, geistigem und körperlichem Zuschnitt her nicht schlechter gestellt als andere Menschen, doch ihre Leistung lässt auf Dauer gesehen in der Regel zu wünschen

übrig. Dies vor allem unter unstrukturierten Arbeits- oder Lernbedingungen, wenn wundert's. Dazu tragen auch destabilisierende Befindlichkeitsstörungen und psychosomatisch interpretierbare Beschwerden bei (heute Somatisierungsstörungen oder gar somatoforme Störungen genannt), nicht zuletzt ausgeprägte **Ein- und Durchschlafstörungen** mit Alpträumen.

– Besonders problematisch ist die bereits erwähnte Impulsivität mit potentiell **selbstschädigenden Aktivitäten**. Das reicht von der krankhaften Nahrungsaufnahme (z. B. Fress-Brech-Anfälle) über unverantwortliche Geldausgaben (Glücksspiele, Genussmittel), risikoreiches hetero- und homosexuelles Verhalten bis zu rücksichtslosem Fahrstil, zu Nikotin-, Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschdrogen-Missbrauch oder gar -Abhängigkeit. Und den das gesamte Umfeld irritierenden leichteren bis z. T. folgenschweren Selbstverletzungen.

– Gerade diese mitunter drastischen **Selbstverletzungen** wie Aufkratzen, Beißen, Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen usw. sind bei etwa 85% der Borderline-Patienten zumindest während einiger Zeitabschnitte zu beobachten. Etwa die Hälfte berichtet dabei, dass dies bereits im Grundschulalter begonnen hätte.

Das wichtigste Motiv ist die Absicht, unerträgliche Spannungszustände, ja heftige negative Emotionen (Gefühlswallungen) mit offenem Selbsthass, ja einem regelrechten „Gefühlschaos“ abzubauen. Auch das abnorme Gefühl des „sich nicht mehr Spürens“ soll durch diese Selbstverletzungen wieder „reguliert“ werden. Die meisten Betroffenen sind übrigens während dieser Phasen weitgehend unempfindlich gegen Schmerzen. Etwa jeder Fünfte schneidet sich trotz oder wegen intensiver Schmerzempfindung. Manche behaupten, während dieser Zustände „neben sich zu stehen“ oder als „unbeteiligte Dritte diesem Gemetzel zuzuschauen“. Andere erfahren durch die Selbstverletzung sogar „Kicks“, also inhaltslose Glücksgefühle, ja eine Verbesserung der geistigen Aktivität und Leistungsfähigkeit. Dies alles führt dann dazu, dass Selbstverletzungen sogar vorbeugend eingesetzt werden, um drohend aufkommende Miss-Stimmungen oder Gefühls-Tiefs abzufangen.

– Da ist der Schritt zu erst diffusen, später immer konkreteren **Suizid-Absichten** nicht mehr weit. Tatsächlich leiden Borderline-Patienten unter Selbstmordgedanken und erschrecken mit Selbstmorddrohungen und -versuchen ihr hilfloses Umfeld – und zwar immer wieder. Dem gehen gewöhnlich Erlebnisse drohender Trennung oder Zurückweisung voraus; oder aber die Erwartung, mehr Eigenverantwortung übernehmen zu müssen. Auch im Rahmen dissoziativer Erfahrungen (siehe Depersonalisation oder Derealisation) ist vermehrt damit zu rechnen.

Für das ahnungslose bzw. nicht informierte Umfeld unfassbar haben aber sowohl Selbstbeschädigungen als auch Suizidversuche bei Borderline-Patienten

oft ein Gefühl von Entlastung zur Folge, ob sie sich nun durch diese Fähigkeit bestätigt fühlen oder für das Gefühl von Schlechtsein zu büßen meinen.

Tragischerweise gehen bei 5 bis 10% (Durchschnitt: 8%) aller Borderline-Patienten diese suizidalen Neigungen und schließlich Zwänge tödlich aus. Als Risikofaktoren gelten vor allem impulsive Wesensart bzw. Handlungsmuster, höheres Lebensalter, frühkindlicher Missbrauch und eine zusätzliche Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Auch Selbstverletzungen gelten als bahrend. Eine um ein mehrfaches erhöhte Suizidgefahr droht bei zusätzlichen Depressionen sowie noch bei ko-morbider Alkoholabhängigkeit. Weitere Gefahrenmomente siehe später.

DIE OPERATIONALE KLASSIFIKATION DURCH DSM UND ICD

Eine recht lebens-nahe Anleitung zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung bietet das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen in letzter Überarbeitung (DSM-IV-TR) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Einzelheiten siehe Kasten.

Diagnostische Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR der APA

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den 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:

- (1) Verzweifeltes 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 potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). *Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Behandlungen 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 einen Tag 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.

Während also die operationale Klassifikation des DSM der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine eigene Kategorie zuweist, wird sie in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Subtypus der „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ behandelt. Der nachfolgende Kasten gibt eine Übersicht.

Diagnostische Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 der WHO

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse auszuagieren ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und wechselnder, launenhafter Stimmung. Die Fähigkeit voranzuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.

Zwei Erkrankungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle:

- *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus* (auch reizbare (explosible) Persönlichkeit(sstörung) oder aggressive Persönlichkeit(sstörung) genannt): Die wesentliche Charakterzüge sind emotionale

Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

- *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus* (auch Borderline-Persönlichkeit(ssstörung) genannt): Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstbeschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Wenn sich in diesem Fall die WHO auch noch schwer tut, „Flagge zu zeigen“ (was in Zukunft wohl in Richtung DSM gehen dürfte), so hat sie sich doch schon jetzt durch die so genannten ICD-10-Forschungskriterien ziemlich festgelegt. Einzelheiten dazu der nachfolgende Kasten.

**Diagnostische Kriterien
für die Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus
nach ICD-10-Forschungskriterien der WHO**

Drei der folgenden Merkmale (darunter das zweite) müssen vorliegen:

- Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.
- Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden.
- Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.
- Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden.
- Unbeständige und unberechenbare Stimmung.

Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Merkmale vorliegen:

- Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller).

- Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen.
- Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden.
- Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung.
- Anhaltende Gefühle von Leere

WAS FÄLLT BEI BORDERLINE-PATIENTEN SONST NOCH AUF?

Was denn Experten geläufig ist und den Betroffenen im Umfeld von Borderline-Patienten langsam klar wird, sind noch folgende Charakteristika (wie sie beispielsweise kurz und prägnant im DSM-IV-TR, aber auch in anderen Untersuchungen aufgeführt werden):

- Borderline-Patienten neigen in genau jenem Zeitpunkt dazu, sich aus dem normalen Ablauf herauszunehmen (treffend mit dem Begriff umschrieben: ihren normalen Lebenslauf zu untergraben), wenn ein Ziel gerade verwirklicht werden könnte. Beispiele: Schulabgang kurz vor Abschluss; Abbruch einer Beziehung, wenn sich abzeichnet, dass sie von Dauer sein könnte; schwere Regression (Rückschritt) in der Behandlung, wenn sich gerade gute Therapiefortschritte herausstellen u. a.
- Einige Patienten entwickeln in Zeiten starker Belastung fast schon psychose-ähnliche Symptome, z. B. (Pseudo-)Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), Verzerrung des Körperbildes, Beziehungsideen, hypnagogische Phänomene (z. B. Halbschlafbilder wie Versinken oder Eintreten in eine dunkle Umgebung) usw.
- Nicht wenige fühlen sich u. U. sicherer im Kontakt mit so genannten Übergangs-Objekten, d. h. mit einem Haustier oder leblosem Eigentum, als in zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Ein großes Problem mit erhöhter Suizidgefahr sind – wie erwähnt – Borderline-Störungen plus affektive Leiden wie Depressionen, Angststörungen oder sogar manische Hochstimmungen bzw. süchtige Entgleisungen (Alkohol, Medikamente, Rauschdrogen). Körperliche Behinderungen hingegen sind eher die Folgen selbstschädigender Verhaltensweisen (z. B. Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen – s. o.) oder gescheiterter Selbstmordversuche.
- Häufig sind – wie ebenfalls schon erwähnt – ständige Ausbildungs-Unterbrechungen, wiederholter Stellenverlust, gescheiterte Partnerschaften oder Ehen usw.

– Borderline-Persönlichkeitsstörungen können, aber müssen nicht alleine auftreten. Nicht selten sind sie – ebenfalls wie bereits erwähnt und natürlich mit folgenreicheren Konsequenzen – verknüpft mit weiteren seelischen Störungen (Fachbegriff: Ko-Morbidität). Beispiele: Depressionen, Suchterkrankungen, Ess-Störungen (besonders Bulimie), Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Persönlichkeitsstörungen. Ein nicht gerade neues, aber in letzter Zeit zunehmendes Problem ist die Kombination aus Borderline- sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Dieses schon vor 150 Jahren beschriebene Phänomen („Zappelphilipp, Hans-guck-in-die-Luft, Suppenkasper, Der böse Friederich“), ein biologisches (und meist vererbtes) Leiden, spielt natürlich nicht nur in jungen Jahren, sondern auch im Erwachsenenalter eine zunehmend verhängnisvolle Rolle, vor allem eben in obiger Kombination.

Ein besonderes Problem ist die Ko-Morbidität von Borderline-Syndrom und Antisozialer Persönlichkeitsstörung. Hier ist insbesondere das männliche Geschlecht risikoreich bis gefährlich. Denn dessen fremd-aggressive Impulshandlungen richten sich vor allem auf nahe Bezugspersonen, insbesondere den Intimpartner. Die daraus resultierenden Gewalttaten mit Körperverletzung wurden in diesem krankhaften Zusammenspiel schon als „charakteristisches Borderline-Phänomen“ interpretiert.

WAS LIEGT EINER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ZUGRUNDE?

Wer diesen Ausführungen bisher gefolgt ist, kann sich bei einem so komplexen Beschwerdebild nur eine mehrschichtige Entstehungsweise vorstellen. Das ist auch der Eindruck, den die meisten Wissenschaftler heute gewonnen haben, nämlich ein „ätiologisches Modell, das Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Variablen sowie dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern annimmt“ (M. Bohus, C. Schmahl).

Die Ursachen sind also mehrschichtig. Sie setzen sich zusammen aus Erbanlage (einschließlich der sich inzwischen abzeichnenden Veränderungen von Gehirnstruktur und -funktion), partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen u. a. Einflüssen sowie den Konsequenzen des belastenden Verhaltensmusters bzw. die sich daraus ergebenden zwischenmenschlichen Probleme als folgenreiche Wechselwirkung. Und dies zu Lasten des Umfelds, am meisten aber des Betroffenen selber. Im Einzelnen:

An biographisch bedeutsamen psychosozialen Belastungsfaktoren ergeben sich aus den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen vor allem

- eine sexuelle Gewalterfahrung (fast zwei Drittel aller Borderline-Patienten, vor allem weiblichen Geschlechts)
- körperliche Gewalt (rund ebenfalls so viele)
- schwere Vernachlässigung (etwa 4 von 10 Betroffenen) sowie
- eine feindselige Atmosphäre zu Hause und
- der frühe Verlust oder die Trennung von den Eltern.

Bei der *sexuellen Gewalt* handelt es sich zum Teil um sehr frühe, langwierige Traumatisierungen (seelischen Verwundungen), und zwar am ehesten in der eigenen Familie.

Unter diesem Aspekt wird gerne – wie in der historischen Einleitung erwähnt – die Diagnose einer „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ gestellt. Das muss nicht falsch sein, doch ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht identisch mit einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung, warnen die Experten. Beides kann zwar zusammen vorkommen, ist aber nicht ein und dasselbe, wie in letzter Zeit zunehmend zur Diskussion gestellt wird.

Nachfolgend im Kasten für fachspezifisch Interessierte eine kurz gefasste Übersicht, wie die Psychiater und Psychologen und hier vor allem die psychotherapeutisch Tätigen die so genannte Ätiopathogenese (Ätiologie und Pathogenese = Krankheits-Ursache und -Entstehung) der Borderline-Persönlichkeitsstörung in den letzten Jahren interpretiert haben. Grundlage siehe die Literatur-Übersicht am Ende, insbesondere aber das empfehlenswerte Buch: W. Tress u. Mitarb.: Persönlichkeitsstörungen – Leitlinie und Quellentext.

Die Vielzahl der Fachbegriffe ist natürlich für den Laien mühsam. Bei einigen, immer wiederkehrenden Begriffen wird eine allgemein verständliche Erklärung versucht. Andere findet man u. a. in dem Kapitel über „Neurosen einst und heute“.

Zur Ätiopathogenese und Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- Nach *O.F. Kernberg* (1975, 1992) wurzelt die Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem Übermaß von Aggressionen. Diese gehen auf konstitutionelle (die Gesamtheit körperlicher und seelischer Eigenschaften eines Menschen betreffend, ererbt oder erworben) Faktoren und/oder traumatische (seelisch verwundende) Erfahrungen der (sehr) frühen Kindheit zu-

rück. Beteiligt ist auch eine übermäßige orale Fixierung (Einzelheiten siehe psychoanalytische Fachliteratur). Konsequenz: Das Kind erlebt die Eltern und auch das eigene Selbst als gefährlich, versagend und hasserfüllt, abwechselnd aber auch als gut, liebevoll und versorgend-fürsorglich.

Unter Selbst verstanden schon früher die Psychoanalytiker die Gesamtheit des Psychischen in einem Menschen, die Zusammenfassung der bewussten und unbewussten Anteile der Seele, auch als Gegenüberstellung der eigenen Person zu den so genannten Objekten der äußeren Welt (s. u.). Bei O.F. Kernberg ist das Selbst die intrapsychische (innerseelische) Struktur, die einen Teil des Ich darstellt. In einer normalen Entwicklung entsteht ein wohl gefügtes Selbst, in dem die verschiedenen Selbst-Aspekte dynamisch zu einer harmonischen Ganzheit organisiert sind. Bei krankhaften Entwicklungen kommt es zu Spaltungen (siehe das Kapitel über „Neurosen einst und heute“).

Unter *Objekt* versteht man in der Psychoanalyse nicht nur einen Gegenstand, sondern auch eine Person, wirklich oder nur in der Phantasie vorhanden. Der psychoanalytische Begriff *Objekt* weicht somit erheblich von der Umgangssprache ab und hat im Laufe der Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Das Objekt kann ständig wechseln und muss nicht unbedingt außerhalb des eigenen Körpers liegen, sondern kann auch mit Körperteilen oder dem ganzen eigenen Körper identisch sein, aber auch einen anderen Menschen betreffen (so genanntes Partialobjekt).

Zurück zur Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Die unvermeidlichen Schwankungen zwischen diesen unverträglich erscheinenden Erfahrungen und unvereinbaren Selbst- und Objekt-Repräsentanzen (Repräsentation = Akt des sich Vergegenwärtigens von Vorstellungen und Erinnerungen) sind Quelle heftiger Ängste. Dadurch entwickeln sich bestimmte Abwehrmechanismen, beispielsweise die Spaltung. D. h. zwei oder mehr verselbständigte, miteinander in Konflikt stehende Ich-Zustände, die scheinbar nichts mit einander zu tun haben, beherrschen abwechselnd die Szene. Dadurch soll das gute, sichere und versorgend-fürsorgliche Selbst (und das entsprechende Objekt) vor den gefährlichen, versagenden und hass-erfüllten Aspekten bewahrt werden. Das führt aber dazu, dass das Selbst und andere Personen nur noch in extremer Weise wahrgenommen werden können, sprich Idealisierung und/oder Entwertung.

Diese komplizierte und vor allem belastende psychodynamische Situation führt zu den entsprechenden Persönlichkeitsmerkmalen wie:

- - Unfähigkeit, in realitäts-angemessener Weise Ambivalenzen (d. h. das gleichzeitige Bestehen miteinander unvereinbarer Gefühle, Vorstellungen, Wünschen oder Absichten) und Ambiguitäten (einander widersprechende Denkvorgänge und Gefühle) zu tolerieren

- - Ausbildung einer wenig integrierten Identität
- - Mangelhafte Angst- und Affekt-Toleranz
- - Beeinträchtigung der Objekt-Konstanz (s. o.)
- - Mangelhafte Impulskontrolle

O.F. Kernberg ordnet der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein „mittleres psychisches Funktions-Niveau“ zwischen neurotischer und psychotischer Störung zu. Kennzeichnend sind spezifische Ausformungen von Abwehr, von Ausprägungen der Ich-Identität, der so genannten Objekt-Beziehungsmodalitäten, der Realitätsprüfung sowie charakteristische Übertragungsreaktionen und Reaktionen auf Interpretationen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Ein Grundgedanke dieser Auffassung aber ist, dass es aufgrund des Fortbestehens aufgespalteter „nur guter“ und „nur böser“ Introjekte (s. u.) zu einer Identitäts-Diffusion komme, die den Patienten daran hindert, eine konsistente (festgefügte, dauerhafte) Beziehung zu sich selbst und zu den Objekten aufrechtzuerhalten.

Die so genannte Introjektion ist ein psychischer Vorgang, bei dem das Bild eines anderen (geliebten oder gehassten) Menschen in das eigene Ich übernommen wird, gleichsam eine Art Assimilations-, also Angleichungs- oder Anpassungs-Vorgang. Eine Identitäts-Diffusion oder -Vermischung ist also eine besondere Form der Identitätsstörung, der Unsicherheit über das eigene Selbst. Einzelheiten siehe Fachliteratur.

Es ist nach O.F. Kernberg vor allem die erwähnte Spaltung, die zunächst aus einem Unvermögen erwächst, auseinanderstrebende Selbst- und Objekt-Imagines zu integrieren (Imago = das innere, unbewusst gebildete und auch bleibende, mit entsprechenden Eigenschaften ausgestattete „Bild“ einer bestimmten Person). Im weiteren Verlauf aber etabliert sich die Spaltung als charakteristischer Abwehrmechanismus, weil er das Ich vor diffusen Ängsten und dem zunehmenden Eindringen aggressiver Affekte (Gemütsregungen) schützen soll. Daneben können aber auch noch weitere für Borderline-Persönlichkeitsstörungen typische Abwehrmechanismen aufkommen; dazu gehören primitive Idealisierung, Entwertung oder Verleugnung u. a.

- Nach *J.F. Masterson* und *E.B. Rinsley* (1975) ist es vor allem der Entzug mütterlicher Zuwendung, insbesondere in der Entwicklungsphase, der zu einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen kann. Denn während einer solchen bedeutungsvollen Zeit geht es für das Kind darum, Autonomie zu entwickeln. Nach Masterson (1987) stehen solche Mütter ihren Kindern emotional nur dann zur Verfügung, wenn das Kind sich anklammert und regressiv verhält, während sie auf seine Bemühungen, sich zu trennen und eine eigene Individualität zu entwickeln, mit mütterlichem Rückzug reagieren (Regression = Rückschritt, das Zurückschreiten von einer höheren Entwicklungsstufe auf eine frühere, ältere, niedrigere; in der Psycho-

analyse das Wiederauftreten von entwicklungsmäßig früheren (infantilen = kindlichen) Verhaltensweisen).

Das Resultat solcher frühkindlicher Erfahrungen ist eine Verlassenheitsdepression. Deren psychologische Abwehr führt zu einem Entwicklungsstillstand, ja zur Herausbildung primitiver Abwehrmechanismen, z. B. der Spaltung (s. o.). Diese soll dazu dienen, die Wahrnehmung der mütterlichen Nicht-Verfügbarkeit zu verleugnen. Das führt aber dazu, dass es dem Kind nicht (mehr) gelingt, seine Ich-Funktionen, die die Mutter zunächst für das Kind ausgeführt hatte (Impulskontrolle, Realitäts-Wahrnehmung, Frustrations-Toleranz) zu internalisieren (also der unbewusste Vorgang sich etwas zu eigen zu machen). Auch hier: Einzelheiten siehe Fachliteratur.

- Andere Autoren (z. B. *B. Dulz*, 1999; *B. Dulz* und *A. Schneider*, 1995; *S.O. Hoffmann*, 1998, 2000) meinen hingegen, dass es eher die (frei flotierende) Angst sei, der zentrale Affekt bei Borderline-Störungen, dessen Folge jene Symptome sind, die das Umfeld oft so fassungslos registriert, einschließlich Aggression, Wut und Hass. Und natürlich die damit verknüpften Abwehrmechanismen (s. o.). Diese Angst habe ihre Wurzeln im Säuglingsalter, z. B. als psychotische Vernichtungs-Angst, die dann durch Traumatisierungen (seelische Verwundungen) wiederbelebt oder zumindest akzentuiert wird und später schließlich in die für Borderline-Störungen typische diffuse Angst münde.
- Aus der Sicht von *D.A. Adler und Mitarbeiter* (z. B. 1979, 1988, 1989) ist es das Versagen der Mutter, dem Kind in ausreichender Weise Halt und Beruhigung zu vermitteln, was schließlich die Entwicklung positiver Introjekte verhindere und damit ein Gefühl der inneren Leere und ein Angewiesensein auf Übergangsobjekte nach sich ziehe (man erinnere sich: Introjektion ist jener psychische Vorgang, bei dem das Bild (Imago) eines anderen (geliebten oder gehassten) Menschen in das eigene Ich übernommen wird, aus anderer wissenschaftlicher Sicht auch als sekundäre Identifikation bezeichnet).
- *M. Linehan* (1987, 1989) geht in seinem „affektiven Vulnerabilitäts-Konzept“ von einer primären, möglicherweise hereditär (erblich) bedingten Dysfunktion der Affekt-Regulierung aus (Vulnerabilität = (seelische) Verwundbarkeit). Für ihn ist ein wesentlicher krankmachender Faktor für eine spätere Borderline-Persönlichkeitsstörung die so genannten „invalidisierende Umgebung“. Gemeint ist damit eine Umgangsweise, bei der gemütsmäßige und insbesondere negative Erfahrungen missachtet und Schwierigkeiten heruntergespielt werden. Das erschwert es dem Kind zu erlernen, wie es emotionale Erregungen richtig benennen, regulieren und gemütsmäßige Belastungen aushalten kann. Und wann es sich auf seine emotionalen Reaktionen als Ausdruck gültiger Ereignis-Interpretationen verlassen

kann. Dieses Erklärungsmodell hat nebenbei viel Beachtung gefunden, insbesondere innerhalb der kognitiv-behavioralen Therapie (siehe später).

- *L.S. Benjamin* (1987, 1993) sieht als wesentlichen Krankheits-Faktor für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Kindheitserfahrung, in der sich „Kindes-Misshandlung und Kindes-Missbrauch, heftige familiäre Auseinandersetzungen und Erfahrungen traumatischen Verlassenwerdens in einer chaotischen (Seifenoper-artigen) Weise verbinden“. Dadurch macht der spätere Borderline-Patient die Erfahrung, nur dann Aufmerksamkeit und Fürsorge zu erhalten, wenn er sich in einem schlechten, hilfsbedürftigen Zustand befindet. Zur gleichen Zeit aber wird er immer wieder attackiert, sobald er den Versuch unternimmt, unabhängig zu sein, Autonomie zu verwirklichen oder ausgeglichen oder fröhlich zu werden.

Der Selbsthass und die Selbstschädigungs-Tendenzen von Borderline-Patienten sind nach L.S. Benjamin einerseits Versuche, ein Gleichgewicht innerhalb von vertrauter familiärer Strukturen wieder herzustellen, andererseits gleichzeitig Ausdruck der verinnerlichten Erfahrung von Hass, Ablehnung und Verlassenwerden. Vor allem Letzteres, denn die intensive Wut dieser Menschen wird hier als ein Versuch verstanden, angesichts drohenden Verlassenwerdens die Kontrolle über die Beziehung zurückzugewinnen. Wenn aber dieser Versuch scheitert, ist das selbstschädigende Verhalten ein Versuch, die ersehnte Beziehung durch eine Art „Selbst-Aufopferung“ wieder herzustellen.

Kritische Einwände

Natürlich ist aber nicht einfach zu übergehen, was die Kritiker dieser ätiopathogenetischen Modelle anführen: Keine der hier vorgestellten Überlegungen kann für sich in Anspruch nehmen, durch empirische Befunde belegt zu sein (auf Deutsch: durch statistische Untersuchungen erhärtet). Andererseits gibt es eine Reihe von Studien, die tatsächlich eine größere Zahl pathogenetisch (krankmachender) bedeutsamer Kindheits-Erfahrungen identifizieren konnten, welche sich (vor allem) mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in Verbindung bringen lassen. Einzelheiten siehe die Fachliteratur. Die Wichtigsten seien aber trotzdem noch einmal wiederholt:

- bedrängendes Verhalten der Mutter
- elterliche Vernachlässigung
- Trennung oder Verlust der Eltern
- elterliche Konflikte
- sexueller oder anderer körperlicher Kindes-Missbrauch

Diese Befunde – so die Experten – machen wahrscheinlich, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer Vielzahl von Fällen mit irgendeiner Form traumatischer Kindheits-Erfahrung und/oder mit einem familiären Konflikt assoziiert ist. So die zwar vorsichtig, ja zurückhaltend formulierte, letztlich aber eindeutige Erkenntnis der Psychiater und Psychologen mit psychotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt. Dabei werden nicht einzelne Entwicklungsphasen hervorgehoben (wie das früher bisweilen etwas einseitig der Fall war), sondern die Bedeutung kumulativer pathogener Episoden oder Beziehungserfahrungen, oder etwas flott ausgedrückt: was zu viel ist, ist zu viel.

Es soll aber auch ein anderes Problem nicht verschwiegen werden, das nicht zuletzt selbst- bzw. methoden-kritische Fachleute die erwähnte Zurückhaltung auferlegt: Gemeint ist die Tatsache, dass die entsprechende Forschung fast ausschließlich auf retrospektive (rückblickende) Beurteilungen der eigenen Lebensgeschichte durch die betroffenen Patienten angewiesen ist.

Damit verbindet sich die Gefahr, ungültige Befunde zu erheben, da ja Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in zumindest vielen Fällen nur über eine verzerrte Realitäts-Wahrnehmung verfügen, in der Fachsprache auch als dysfunktionaler kognitiver Funktionsmodus bezeichnet (z. B. Alles-oder-Nichts-Denken, Über-Generalisierung und ständige Ausweitung negativer Wahrnehmungen, Neigung zu Vereinfachung und Verabsolutierung, Ausschaltung von Zwischenstufen, Ungewissheit und Unbestimmtheit u. a.).

Das aber beeinträchtigt notwendigerweise die Gültigkeit der von ihnen wiedergegebenen Lebenserfahrungen. Dazu kommen ihre Identitätsstörungen, vor allem mit den Schwerpunkten Absorbiert-Sein durch die Rolle, schmerzlich erlebte Inkohärenz, Inkonsistenz von Denken, Fühlen und Verhalten sowie mangelndes Verpflichtungsgefühl. Und natürlich die vorherrschende Dysphorie (Dauer-Miss-Stimmung), emotionale Dysregulation, mitunter etwas hysterisch getönte Wesenszüge und die psychosozialen Konsequenzen wechselnder Beziehungen. Kurz: Es gibt nachweisbare, zumindest nachvollziehbare Fakten, aber auch subjektive Interpretationen der Betroffenen mit entsprechend anklagendem Schwerpunkt bzw. einseitiger Sichtweise.

Einen breiten Raum in der ätiopathogenetischen Diskussion nimmt die Frage nach so genannten Real-Traumatisierungen ein, insbesondere durch sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung. Darüber gibt es eine wachsende Zahl von Untersuchungen, die einen positiven Zusammenhang zwischen berichteten traumatischen Kindheits-Erfahrungen und der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung fanden. Besonders ausgeprägte Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien) für eine später stärker ausgeprägte borderline-typische Symptomatik sind im Rahmen

des kindlichen Sexual-Missbrauchs vor allem intrafamiliärer Missbrauch (also in der eigenen Familie oder im nahen Umfeld), längere Dauer des sexuellen Missbrauchs sowie vor allem die Penetration (also die Einführung des Penis in die (kindliche) Scheide).

Obgleich die Ergebnisse in der Mehrzahl der Fälle eine eindeutige Sprache sprechen, wurde aber auch immer wieder aus Expertenkreisen eine (vor allem methoden-)kritische Beurteilung angemahnt. Dies bezieht sich einerseits auf das Geschlecht (Frauen mehr sexuelle, Männer mehr sonstige Gewalt-Erfahrungen?), andererseits auf die direkte Schlussfolgerung: sexueller oder körperlicher Missbrauch → Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Es sei – so nicht wenige Experten – eine unzulässige Vereinfachung, von einer simplen, quasi „linearen“ Abhängigkeit zwischen Erfahrungen kindlichen Missbrauchs und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auszugehen. Es müssten auch die speziellen Bedingungen beachtet werden, unter denen ein sexueller Missbrauch oder eine körperliche Misshandlung stattfanden. Auch besitze das familiäre Umfeld in diesem Zusammenhang eine eigenständige pathogenetische Relevanz (krankmachende Bedeutung). Das müsste man mit einrechnen. Unkritische Anklagen werden auch dadurch nicht diagnostisch und therapeutisch nutzbarer, dass man sie ständig wiederholt und vor allem nicht gezielt hinterfragt. Das heißt nicht, dass man den Angaben der Patienten misstraut, aber auch nicht einfach bequem voraussetzt, es stimme alles so unverbrüchlich, wie es anklagend und oft voller Zorn vorgetragen wird.

Grundlage dieser Ausführungen ist u. a. das empfehlenswerte Buch:

W. Tress u. Mitarb.: **Persönlichkeitsstörungen – Leitlinie und Quellentext.**
Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002 (mit ausführlichen Literaturhinweisen)

ORGANISCHE URSACHEN BEI BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN?

Ein wichtiger, in letzter Zeit immer ergiebiger werdender Aspekt sind organische Ursachen, also vor allem Störungen von Gehirn-Struktur bzw. -Funktion. Was weiß man bisher darüber?

Grundlage solcher Überlegungen und wissenschaftlichen Bemühungen sind die bisher bekannten *genetischen Hinweise* (siehe Einleitung). So liegen seit Mitte der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts Befunde aus Zwilling-Studien vor, die den Nachweis eines starken erblichen Einflusses nahe legen, wobei

man durchaus die unterschiedlichen Ebenen auseinander zuhalten versuchte (in Fachbegriffen: genetisch – umweltbezogen – individuum-spezifisch).

Schließlich hat man in den letzten Jahren damit begonnen, die so genannte funktionelle und topographische Anatomie von *Hirn-Arealen* bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu untersuchen. Dabei geht es insbesondere um die Regulation bzw. Fehl-Regulation von Affekten, also Gemütsbewegungen bis hin zu impulsiven Reaktionen. Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch seien zumindest die in dieser Hinsicht interessantesten Gehirn-Regionen genannt, nämlich die limbischen, paralimbischen und neokortikalen frontalen Bereiche. Einzelheiten siehe die Fachliteratur.

Dabei zeigen neuere Forschungsergebnisse, dass es nicht nur bei Schädigung entsprechender Gehirn-Areale zu ernsthaften Persönlichkeitsveränderungen kommt (z.B. Kriegs-Verwundungen oder Unfall-Verletzungen), sondern auch durch chronischen Stress, erhebliche Verwahrlosungs-Erlebnisse in der Kindheit und nachhaltige Beeinträchtigungen in den so genannten neurobiologischen Reifungsprozessen. Das kann dann ebenfalls zu entsprechenden kognitiven (geistigen) und emotionalen (gemütsmäßigen) Störungen führen.

Dabei sind vor allem endokrinologische Untersuchungen (Hormonproduktion oder -regulation im weitesten Sinne) ergiebig, weil sie besonders gut auf zentrale Stressregulations-Veränderungen reagieren und damit sauber nachgewiesen werden können (Fachbegriffe: Überaktivitäten der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse – HHN-Achse).

Ohne auf weitere Einzelheiten eingehen zu können, scheint doch eines sicher: Es gibt auch Hinweise auf morphologischer (Gehirnsubstanz) und funktioneller Ebene (Gehirnfunktion), die Störungen der Affekt-Regulation mit neuroanatomischen Veränderungen in Zusammenhang bringen. Oder allgemein verständlich: Auch und vor allem seelische Störungen können – wer hätte es je bezweifelt – auf nachweisbare Gehirn-Veränderungen zurückgeführt werden, selbst wenn sie so rein „seelisch“ oder „menschen-typisch“ oder „schicksalhaft biographisch“ oder wie auch immer anmuten. Verkürzt ausgedrückt: Ob angeboren, frühkindlich oder später entwickelt, das Gehirn zeigt substanzuelle und funktionelle Auffälligkeiten, die mit den seelischen und psychosozialen Auffälligkeiten offenbar irgendwie in Beziehung gebracht werden können. Hier herrscht zwar noch Forschungsbedarf aber auch die Hoffnung, dass diese Erkenntnisse in Zukunft nicht nur diagnostisch, sondern vielleicht sogar therapeutisch genutzt werden könnten.

WIE DIAGNOSTIZIEREN DIE EXPERTEN EINE BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Um zu den einheitlichen diagnostischen Kriterien zu kommen, muss auch einheitlich vorgegangen werden. Dem dienen vor allem die Diagnose-Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen – DSM-IV-TR (siehe Kasten). Für die wissenschaftliche und auch klinische Diagnostik hat es sich allerdings als sinnvoll erwiesen, auch den Schweregrad des jeweiligen Beschwerdebildes zu bestimmen. Für das eine empfiehlt sich das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen“ (SKID II) oder das International Personality Disorder Examination (IPDE). Für beide Instrumente liegen auch deutschsprachige Versionen vor.

Für die Schweregrad-Bestimmung wurden drei Instrumente entwickelt, von denen im deutschsprachigen Raum derzeit lediglich die „Borderline-Symptomliste - BSL“ als Fragebogen vorliegt.

DIFFERENTIALDIAGNOSE: WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN?

Je weniger Wissen, desto selbstsicherer, so möchten man manchmal meinen. An Beispielen mangelt es nicht. Doch die Wirklichkeit ist komplexer und es schadet dem Ansehen eines Fachmanns nicht, wenn er erst einmal alle Alternativen durchspielt, bis er sich schließlich seiner Diagnose sicher zu sein meint. Auf dem Weg zur Diagnose führt also kein Weg an der Differentialdiagnose mit der Frage vorbei: was könnte es sonst noch sein? So auch und vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Dabei muss man nicht nur das „was könnte es anderes sein?“ berücksichtigen, sondern auch „was könnte sowohl-als-auch vorliegen?“ Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht nach DSM-IV-TR zu diesem komplizierten Thema:

- Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hat „affektive Probleme“, jedenfalls kam dieser Begriff öfter vor. Oder konkret: Stimmungstiefs, Niedergeschlagenheit, Schwermut u. a. Tatsächlich kann eine solche Krankheit wie die Episode einer affektiven Störung aussehen, früher als depressive Phase oder Episode im Rahmen einer endogenen *Depression* bezeichnet. Hier gilt es vor allem die einzelnen Symptome zu erarbeiten (d. h. konkret abzufragen) und bei der Persönlichkeitsstörung (z. B. Borderline) den frühen Beginn und den lang dauernden Verlauf festzustellen, während eine Phase oder Episode eine zeitlich begrenzte Erkrankung ist, die dazwischen wieder völlig unauffällige, gesunde Zeiten kennt.
- Etwas schwieriger wird es bei der depressiven Dauer-Verstimmung, der Dysthymie. Zum einen kann sie im Rahmen der Ko-Morbidität – wie die Depression auch – zusammen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorkommen. Zum anderen kann es aber auch eine reine Dysthymie sein,

die eben nicht nur episodisch, sondern langwierig belastet und damit auch differentialdiagnostische Schwierigkeiten bietet. Hier hilft aber bei der reinen Form dieser Erkrankung (siehe auch das entsprechende Kapitel in dieser Serie) die Erkenntnis weiter, dass die Borderline-Störung weitaus mehr und vor allem „unfassbare“ Symptome aufweist, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich.

- Schwierig ist es mitunter auch, die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen auseinander zu halten (wenn sie nicht sauber abgegrenzt nebeneinander vorkommen). Dazu gehören beispielsweise (in Stichworten):
 - – Die *Histrionische (früher hysterisch genannte) Persönlichkeitsstörung*: Auch sie ist nämlich durch das heftige Streben nach Aufmerksamkeit, durch manipulatives Verhalten und plötzliche Stimmungswechsel gekennzeichnet, kennt aber *nicht* die für Borderline-Patienten charakteristischen Merkmale: Selbstbeschädigung, wütende Beziehungs-Abbrüche, chronische Gefühle von Leere und Einsamkeit u. a.
 - – *Schizotypische Persönlichkeitsstörungen* belasten sich und andere durch paranoide (wahnhaft) Ideen oder illusionäre Verkennungen (Trugwahrnehmungen, die sich allerdings an einer objektivierbaren Person, Situation oder einem entsprechenden Gegenstand festmachen). Borderline-Patienten kennen dies ggf. ebenfalls, aber nur vorübergehend und reaktiv, an zwischenmenschliche Belastungen gebunden. Danach verschwinden diese pathologischen (krankhaften) Phänomene wieder und beeinträchtigen vor allem nicht mittel- bis langfristig den eigenen Lebenslauf.
 - – Die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer *schizophrenen Psychose* scheint zwar auf den ersten Blick schwierig, macht aber offenbar nur selten echte und vor allem langwierige Probleme. Zwar ist dies eine Aufgabe, die nun ausschließlich dem Psychiater zufällt, doch der dürfte angesichts vieler kennzeichnender Merkmale was die Schizophrenien anbelangt hier wenig Mühe haben. Allerdings kommt auch er nicht um eine sorgfältige psychopathologische Differenzierung herum und wird dann allein von der Symptom-Häufigkeit her in der Regel finden, dass bei Borderline-Störungen bestimmte krankhafte Phänomene deutlich häufiger (und ausgeprägter?) sind, z. B. formale Denkstörungen (nicht was, sondern wie etwas krankhaft gedacht wird), Depersonalisationsgefühle („ich bin nicht mehr ich“) und Derealisationserleben („alles so eigenartig und sonderbar um mich herum“) und Beziehungsideen. Von der Komorbidität von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie hört man übrigens wenig.
 - – *Paranoide (wahnhaft) und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen* können zwar ebenfalls durch wütende Reaktionen auf geringfügige Reize

hin irritieren. Dort fehlen aber die bei Borderline-Patienten typischen Faktoren: Instabilität des Selbstbildes, Selbst-Beschädigung, Impulsivität und die (chronische) Befürchtung, verlassen zu werden.

- – Die *Antisoziale Persönlichkeitsstörung* hat mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung das manipulative Verhalten gemeinsam. Antisoziale Persönlichkeitsgestörte manipulieren aber um Profit, Macht und andere materielle Gewinne, Borderline-Patienten mehr um Zuwendung von Seiten ihrer Bezugsperson(en) zu erhalten bzw. zu sichern.
- – Sowohl die *Dependenten (Abhängigen) Persönlichkeitsstörungen* als auch die Borderline-Patienten sind durch ihre Angst vor dem Verlassenwerden charakterisiert. Bei Letzteren aber kommt es dann im Erlebnisfall zu Gefühlen emotionaler (gefühlsmäßiger) Leere oder Wut mit entsprechenden Forderungen oder gar Drohungen. Patienten mit einer Dependenten Persönlichkeitsstörung hingegen neigen eher zur Beschwichtigung oder gar Unterwerfung und versuchen zuletzt wenigstens eine Ersatz-Beziehung zu finden, die ihnen stattdessen die so wichtige Versorgung und Unterstützung bieten kann.
- Schließlich muss die Borderline-Persönlichkeitsstörung auch noch von einer *Persönlichkeitsänderung aufgrund sonstiger seelischer oder körperlicher Krankheitsfaktoren* unterschieden werden. Man denke nur an Alkoholismus, Rauschdrogen (z. B. Kokain), Medikamente, aber auch bestimmte körperliche Leiden mit seelischen Folgen.
- Zuletzt gilt es Heranwachsende bzw. junge Erwachsene mit den in diesem Alter durchaus nicht seltenen *Identitätsproblemen* abzugrenzen. Auch dort sind vorübergehende Verhaltensweisen möglich, die irrtümlich den Eindruck einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nahe legen könnten (vor allem wenn noch zusätzlich Alkohol oder Rauschdrogen missbraucht werden). Denn auch dort sind dann Faktoren wie „emotionale Instabilität“, „Sinnkrisen“, Unsicherheit, ängstliche Entscheidungskonflikte, Schwierigkeiten in der sexuellen oder beruflichen Orientierung zu finden. Das wäre aber vorübergehend und entwicklungsgeschichtlich nachvollziehbar.

Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen hingegen bleibt es, verdichtet sich und wird schließlich zum biographischen Kern-Problem des ganzen Lebens.

WAS KANN MAN TUN?

Trotz der wachsenden Zahl von Betroffenen, trotz der hohen Kosten, besonders bei der hier nicht seltenen Co-Morbidität (wenn eine Störung zur anderen kommt), trotz des hohen Leidensdrucks der Patienten, trotz der langen Krank-

heitsdauer über Jahre, manchmal Jahrzehnte hinweg, und schließlich: trotz einer Vielzahl von Fach-Artikeln und Fach-Büchern – die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mehr als ausbaufähig, wie die verhaltene Kritik der Experten andeutet.

Das ist allerdings auch nicht verwunderlich. Ähnlich wie bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie) ist auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht einfach, was Diagnose, Krisen-Intervention (man denke nur an die hochgradige Suizid-Gefahr, und das immer wieder) und die notwendige Psychotherapie anbelangt. Was ist zu beachten? Im Einzelnen:

Zuerst gilt es an die richtige (*Verdachts-*)*Diagnose* zu denken, wenn man mit einem solchen Schicksal konfrontiert wird. Dieser Wunsch richtet sich vor allem an Allgemeinärzte und niedergelassene Kinderärzte (Pädiater), heute als Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin bezeichnet. Je früher man auf eine solche Borderline-Entwicklung aufmerksam wird, desto besser, sofern sich daran eine konsequente Psychotherapie anschließt.

Was auf jeden Fall alarmieren sollte, sind auffällige Schnittnarben und Brandwunden, die bereits im Jugendalter irritieren können. Auf einer gleichsam höheren Ebene natürlich auch das, was die Experten eine Störung der Affekt-Regulation nennen, konkret: ständige intensive Anspannung, Stimmungsschwankungen, schwere Selbstzweifel u. a. In einer solchen Situation sollte man auch grundsätzlich gezielt nach Suizidgedanken fragen.

Nun wissen die wenigsten Betroffenen, schon gar nicht zu Beginn ihres Leidens, was sie quält. Bei begründetem Verdacht sollte man deshalb die Möglichkeit einer vorliegenden Borderline-Störung ansprechen. Das ist aber in wenigen Sätzen nicht getan, weshalb man inzwischen eine Reihe von brauchbaren Patienten-Aufklärungen sowie Betroffenen-Berichte nutzen kann; die ermöglichen laut Experten-Meinung eine fundierte Auseinandersetzung mit diesem Thema (siehe Literaturverzeichnis).

Sollte sich die Diagnose bestätigen, muss man auf eine fach-psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung drängen. Und dies möglichst bei einem Arzt oder Psychologen mit störungsspezifischer Zusatzausbildung, wie dies in Fachkreisen genannt wird. Borderline-Patienten sind keine leichten Klienten, das dürfte sich zwanglos aus diesen Ausführungen ergeben.

Dabei ist es übrigens auch wichtig, den Hausarzt, also Allgemeinmediziner oder Internisten bzw. bei entsprechendem Alter den Pädiater mit einzubeziehen. Borderline-Patienten haben mitunter die Tendenz, körperliche Erkrankungen zu verschleppen bzw. nicht entsprechend behandeln zu lassen. Das muss man verhindern, das Krankheitsbild ist ohnehin schon schwierig genug.

Diese Verschleppungs-Neigung geht einerseits auf den oft ausgeprägten Hass auf den eigenen Körper zurück, zum anderen aber auch nach traumatischen sexuellen Erfahrungen auf die Furcht vor körperlicher Nähe, wie sie sogar eine ärztliche Untersuchung erfordert. Das betrifft nebenbei auch das oftmals bereits riskante Körpergewicht mit den Extremen: entweder magersüchtig oder schwer übergewichtig – mit allen Folgen für die damit bedrohten übrigen Organ-Systeme (Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel u. a.).

Bisweilen besteht bei Borderline-Patienten auch die Neigung, mehrere Therapeuten, ob medizinisch oder psychologisch-psychiatrisch aufzusuchen, zumeist zeitgleich, parallel. Das ist nur eine jener ärgerlichen, kostenaufwendigen und den Therapeuten frustrierenden Eigenheiten, die bei diesen Patienten zu ertragen, emotionslos zu registrieren und möglichst sinnvoll zu koordinieren sind, mahnen die Fachleute aus meist eigener Erfahrung. Und ein Fachmann, also am besten die auf solche Krankheitsbilder spezialisierten psychotherapeutisch tätigen Psychologen und Psychiater, ein solcher Fachmann sollte die Koordination in die Hand nehmen – sofern man ihn findet. Notfalls muss man ein spezialisiertes stationäres Zentrum kontaktieren, meist also die Spezial-Station einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik; davon gibt es zwar immer mehr, aber natürlich bei weitem nicht ausreichend.

Die wichtigsten, primär drängenden Aufgaben sind dann als Erstes die Kontrolle über das so genannte automatisierte krisenfördernde Verhalten. Dabei stehen Suizidgefahr, schwere Selbstverletzungen, das Hoch-Risikoverhalten auf anderen Ebenen (Sexualität, Finanzen, Kriminalität usw.) sowie die Drogeneinnahme an erster Stelle. Danach kommen die emotionalen (gemütsmäßigen) Defizite, wie sie oben dargelegt wurden (z. B. die Folgen von sexuellen Traumata).

Zur Psychotherapie des Borderline-Patienten

Die *Psychotherapie* des Borderline-Patienten wird auch in Experten-Kreisen als mitunter „schwere Bürde“ veranschlagt. Inzwischen gibt es aber dafür eine Reihe so genannter „störungsspezifischer psychotherapeutischer Behandlungskonzepte“. Dazu gehören beispielsweise (in meist englischen Fachbegriffen – einige Einzelheiten siehe später):

- die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)
- die transference focussed therapy (TFT)
- die mentalization based treatment (MBT)
- die schema focussed therapy for BPD

Gemeinsam sind diesen Behandlungsformen insbesondere folgende Therapie-Abläufe, wie sie immer wieder in der entsprechenden Fachliteratur aufgezählt und vor allem angemahnt werden (nach M. Bohus u. C. Schmahl):

1. Als Erstes eine Diagnostik, die auf definierten Kriterien beruht.
2. Ein klar begrenzter zeitlicher Rahmen von bis zu drei Jahren.
3. Klare Regeln und Vereinbarungen bezüglich des Umgangs mit Suizidalität, Kriseninterventionen und Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen (Therapieverträge).
4. Konkrete Schwerpunkt-Abläufe der Behandlungsziele, d.h. vorrangig Suizidversuche oder drängende Suizidideen; dazu therapie-gefährdende Verhaltensmuster oder solche, die Patient, Mitpatient oder auch Therapeuten stark belasten. Nicht zu vergessen die Berücksichtigung körperlicher Folgen, die die emotionalen Lernprozesse verhindern würden (schwere Magersucht, Medikamenten-, Drogen- und Alkoholabhängigkeit).
5. In der Regel Kombination verschiedener therapeutischer Ansätze wie Einzel-, Gruppen- und Pharmakotherapie sowie insbesondere Telefonberatung zur Krisenintervention.
6. Und schließlich die Supervision des behandelnden Therapeuten, also die Fach-Kontrolle durch einen anderen Therapeuten im gesonderten Gespräch der Experten.

Bisher wurden für drei Psychotherapieformen entsprechende Wirksamkeits-Nachweise erbracht, und zwar – wie bereits kurz aufgeführt – für die Dialektische Behaviorale Therapie (DBT)im ambulanten und stationären (Klinik-) Bereich sowie für die MBT als teil-stationäre Langzeittherapie und für die BPD als 3-jährige ambulante Therapie (s. o.).

Soweit einige fachliche Informationen, die aber auch dem Laien, insbesondere dem Patienten und seinen Angehörigen klarmachen sollen, wie schwierig es ist, ein solch im wahrsten Sinne des Wortes kompliziertes Leidenbild zu behandeln.

Grundsätzlich gilt aber: Die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung kann sich hinziehen, und zwar nicht nur Monate, sondern auch Jahre. Trotz der mitunter erfreulichen Ergebnisse scheint aber nur etwa die Hälfte der behandelten Patienten auf die angebotenen Verfahren anzusprechen, räumen die Experten ein.

Dabei pflegen sich zusätzliche Krankheitsbilder wie Angststörungen, hier vor allem soziale Phobien (krankhafte Furcht vor den anderen) und Generalisierte Angsterkrankungen (die frühere Angstneurose, also eine ständige krankhafte Angstbereitschaft) sowie Posttraumatische Belastungsstörungen besonders negativ auszuwirken, von den Antisozialen Persönlichkeitsstörungen ganz zu schweigen.

Können Medikamente eine zusätzliche Hilfe sein?

Hier stellt sich nun die Frage, ob nicht auch Medikamente weiterhelfen, in diesem Fall die Psychopharmaka, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben. Immerhin spielen sie bei Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen u. a. inzwischen eine große, erfolgreiche und anerkannte Rolle.

Für Borderline-Persönlichkeitsstörung aber gibt es erst wenige Hinweise, die – wie es die Experten nennen – auf randomisiert kontrollierten Pharma-Studien basieren. So steht derzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung dieses Leidens zur Verfügung. Wenn überhaupt, dann muss man die verschiedenen Beschwerde-Komponenten (leider oft wechselnd) oder einzelne Symptome mit den jeweils dafür zuständigen Arzneimitteln gezielt angehen.

Dazu zählen beispielsweise die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die mit am häufigsten eingesetzten antidepressiven Arzneimittel. Ähnliches gilt für das Antiepileptikum Valproinsäure, das sich bei Depressionen und manischer Hochstimmung als Rückfall-Prophylaxe bewährt hat.

Eine Reihe von Untersuchungen beschäftigt sich mit dem Einfluss der antipsychotisch wirksamen Neuroleptika. Beispiele (Substanz-Namen, die Eigennamen der Handelspräparate siehe Fachliteratur oder Apotheker): Olanzapin, Risperidon, Clozapin, Quetiapin, Aripiprazol u. a.

Der Einsatz von Benzodiazepin-Tranquilizern wäre manchmal zwar sinnvoll (z. B. bei Impulsivität, Angst und Suizidgefahr), birgt aber gerade bei Borderline-Patienten ein erhebliches Suchtrisiko und sollte deshalb auf wenige und dann auch gut begründete und vor allem zeitlich begrenzte Einzelfälle beschränkt werden.

SCHLUSSFOLGERUNG

So bleibt die medikamentöse Behandlung des Borderline-Patienten, letztlich aber auch die psychotherapeutische zum derzeitigen Zeitpunkt, eher unbefriedigend. Man kann es nicht anders bezeichnen. Dies betrifft nicht zuletzt die gegenwärtige Versorgungs-Situation in Deutschland, insbesondere im ambulanten Bereich, beklagen die Experten. Denn der Großteil der dann doch hohen stationären (Klinik-)Kosten könnte durch den Aufbau einer solch „Integrierten Versorgung“ drastisch reduziert werden.

Dies vor allem für die Hoch-Risikogruppe von Borderline-Patienten mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, mit Neigung zur Langzeit- oder lebenslangen Erkrankung und entsprechender Suizidgefahr. Denn dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen keine „pflegeleichten Patienten“ und schon gar nicht „problemlose Mitmenschen“ sind, wird wohl jeder bestätigen können, der – aktiv oder passiv – in eine solche zwischenmenschlich belastende Situation geraten ist.

Gleichwohl: Es bleiben Menschen mit hohem Leidens-Potential, die oft genug um Hilfe nachsuchen (wenngleich ambivalent und oftmals nur schwer erkennbar), auf jeden Fall verzweifelt, zuletzt am Ende ihrer Kräfte und damit lebensmüde.

Ihnen beizustehen und zumindest ihr Schicksal (und das ihres Umfelds) tragbarer zu machen, ist eine der drängendsten Aufgaben unserer Gesellschaft mit Hilfe der dafür ausgebildeten Therapeuten und unterstützt durch entsprechend informierte Angehörige, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen. Denn es gibt nur wenige seelische Störungen, die ihre Opfer, d. h. nicht nur die Betroffenen selber, sondern auch ihr Umfeld, so zu belasten vermögen wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

LITERATUR

Grundlage vorliegender Ausführungen sind die deutschsprachigen Bücher, Buch-Kapitel und Fach-Publikationen:

Abend, S.M. u. Mitarb.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen-Zürich 1994

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

APA: Leitlinien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Verlag Hans Huber, Bern 2005

Bohus, M., C. Schmahl: Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Deutsches Ärzteblatt 49 (2006) 2912

Bohus, M.: Borderline-Störung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002

Brezovsky, P.: Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Enke-Verlag, Stuttgart 1985

Clarkin, I.F. u. Mitarb.: **Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie.** Schattauer-Verlag, Berlin-New York 2001

Damman, G., P.L. Janssen (Hrsg.): **Psychotherapie der Borderline-Störungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2000

Dulz, B., A. Schneider: **Borderline-Störungen - Theorie und Therapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1999

Dulz, B., A. Schneider: **Borderline-Störungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Eckhardt, A.: **Im Krieg mit dem Körper – Autoaggression als Krankheit.** Rowohlt-Verlag, Reinbek 1994

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörungen.** Beltz-Verlag, Weinheim 1995

Fiedler, P., C. Mundt: **Dissoziative Störungen, vorgetäuschte Störungen und Störungen der Impulskontrolle.** In: K. Halweg, A. Ehlers (Hrsg.): *Psychische Störungen und ihre Behandlungen.* Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1996

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörungen.** PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 2001

Freud, A.: **Die Diagnose von Borderline-Fällen.** In: *Die Schriften der Anna Freud.* Bd. VII, Kindler-Verlag, München 1980

Gross, G. u. Mitarb. (Hrsg.): **Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörung – Psychose.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Gunderson, G.: **Borderline. Diagnostik, Therapie und Forschung.** Verlag Hans Huber, Bern 2004

Hoffmann, S.O., G. Hochapfel: **Neurosenlehre. Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1995

Janssen, P.L.: **Zur psychoanalytischen Behandlung der Borderline-Störungen.** In: M. Streeck u. Mitarb. (Hrsg.): *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen.* Pfeiffer-Verlag, München 1994

Kernberg, O.F.: **Schwere Persönlichkeitsstörungen.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1986

Kernberg, O.F. (Hrsg.): **Narzisstische Persönlichkeitsstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Kernberg, O.F.: **Suizidalität bei Borderline-Patienten: Diagnose und psychotherapeutische Überlegungen.** In: G. Fiedler, R. Lindner (Hrsg.): So habe ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999

Kernberg, O.F., B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.): **Handbuch der Borderline-Störungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2000

Kernberg, O.F.: **Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus.** Suhrkamp Verlag, Frankfurt 2000

Kernberg, O.F., H.-P. Hartmann (Hrsg.): **Narzissmus.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2006

Kind, J.: **Zur Funktion des Suizidalität im Borderline-Bereich.** In: M. Wolfersdorf, W. Felber (Hrsg.): Psychose und Suizidalität. Verlag S. Roderer, Regensburg 1995

Kind, J.: **Psychodynamische Aspekte von Suizidalität bei narzisstischen und bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen.** In: T. Giernalczyk (Hrsg.): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. dgvt-Verlag, Tübingen 1997

Leichsenring, F.: **Borderline-Stile: Denken, Fühlen, Abwehrbeziehungen von Borderline-Patienten.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1996

Leichsenring, F.: **Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI).** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1997

Leichsenring, F.: **Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen – eine ganzheitliche Sichtweise.** Verlag Hans Huber, Bern 2003

Linehan, M.M.: **Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.** CIP-Medien, München 1996

Lohmer, M.: **Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1988

Lohmer, M.: **Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2005

McGlashan, Th., R. K. Heinssen: **Langzeitverlauf bei narzisstischen, antisozialen und nicht-komorbidis Subgruppen der Borderline-Störungen.** In: O.F. Kernberg (Hrsg.): Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Mertz, J.E.: **Borderline – weder tot noch lebendig.** Enke-Verlag, Stuttgart 2000

Nienhaus, K.: **Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung.** Dissertation 2003

Peters, U.H.: **Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und Medizinischen Psychologie.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien 2007

Pütterich, H.: **Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom von J.G. Gunderson.** Manual. Beltz-Verlag, Weinheim 1985

Rohde-Dachser, C.: **Das Borderline-Syndrom.** Verlag Hans Huber, Bern 2004

Sachsse, U.: **Selbstverletzendes Verhalten.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1995

Saß, H., S. Herpertz (Hrsg.): **Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Tress, W. u. Mitarb. (Hrsg.): **Persönlichkeitsstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Weshavel, K.-H.: **Schizotypische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Soziale Phobie.** Books on Demand, 2003

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern 2005

Im Weiteren ein fast nicht mehr überschaubares Angebot an Fach-Artikeln und Fach-Büchern, vor allem in englischer Sprache, aber auch mit deutschen Übersetzungen oder von deutschen Autoren.

Von den Experten empfohlene populär-medizinische Fachbücher für Betroffene und Angehörige, einschließlich Belletristik:

Brackmann, A.: **Jenseits der Norm – hochbegabt und hoch sensibel?** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2005

Gneist, J.: **Wenn Hass und Liebe sich umarmen.** Piper-Verlag, München 1995

Knuf, A., Ch. Tilly: **Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006

Kreisman, J.J., H. Straus: Ich hasse dich, verlass' mich nicht. Die schwarz-weiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. Kösel-Verlag, München 2005

Kreisman, J.J., H. Strauss: Zerrissen zwischen Extremen. Kösel-Verlag 2005

Mason, P.T., R. Kreger: Schluss mit dem Eiertanz. Ein Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Borderline. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003

Noel, V.E.: Sarah – Vom Ende meines langsamen Abschieds. Wiesenburg-Verlag, Schweinfurt 2005

Rahn, E.: Borderline. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2005

Röhr, H.-P.: Weg aus dem Chaos. Walter-Verlag, Olten 2003 (→ Patmos Verlagshaus, Düsseldorf)

Sender, I.: Ratgeber für Borderline-Syndrom – Wissenswertes für Betroffene und Angehörige. CIP-Medien, München 2004

Szomoru, S., V. Valentin: borderline brach herz. Hilfe zur Trennungsverarbeitung für Borderline-Partner. Starks-Sture Verlag, München 2005