



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Thorsten Heedt

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Thorsten Heedt

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Kurzlehrbuch

 **Schattauer**

Dr. med. Thorsten Heedt, MHBA

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztlicher Gutachter

DRV Rheinland

40194 Düsseldorf

thorsten.heedt@drv-rheinland.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Enkaustik von © Nele Bäumer-Heedt – Explosive Leere

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

ISBN 978-3-608-40009-0

Auch als E-Book erhältlich

In Gedenken
an meine Mutter

Vorwort

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung, mitunter auch verkürzt als Borderline-Störung bezeichnet, hat mich schon seit Beginn meiner Laufbahn als ärztlicher Psychotherapeut und Psychiater in verschiedenerelei Hinsicht fasziniert: Ich verstand nicht, warum

- eine typische (wenn es denn so etwas gibt) Borderline-Patientin sich zunächst so freundlich bis passiv verhält, um mich dann im nächsten Ausblick aus einem Ärger heraus anzuschreien,
- diese Patientinnen oft eine gewaltige Unruhe auf der Station verbreiten, den Therapeuten – auch mich – zeitweise völlig innerlich destabilisieren können und Selbstzweifel induzieren können,
- sie oft Therapien scheinbar aus einer Laune heraus abbrechen,
- sie sich häufig so schwer verletzen,
- so oft Selbstmordversuche eine Rolle spielen,
- sie insgesamt so unglaublich schwer zu behandeln sind,
- sie von Therapeut zu Therapeut eilen, um doch keine Hilfe zu erfahren.

Und dergleichen mehr.

Ich begriff, dass es sich um die therapeutisch am schwierigsten zu behandelnde Gruppe handelt (neben den »Narzissen«, so meine ich jedenfalls) und dass man eine Menge Erfahrung und therapeutischer Kunstfertigkeit benötigt, um diesen Patientinnen wirklich helfen zu können. Daher begann ich, mich für das Thema zu interessieren, was im Übrigen Überlappungen zum Thema der Psychotraumatologie aufweist (vgl. Heedt 2017). Eine erste Erkenntnis war, dass das Selbstbild der Patientinnen brüchig ist, aber auch die Fremdwahrnehmung fundamental gestört ist und dass diese Patientinnen häufig schwer traumatisiert sind, wenngleich nicht alle. Dann merkte ich, dass mein Uraltbild therapeutischer Abstinenz

mit dem Therapeuten als »weiße Wand«, also jemandes, der sich als eigenständige Person wenig zu erkennen gibt, in diesem Fall zu nichts führt.

Anfangs las ich – noch als Assistenzarzt – in einem Buch, dass der Therapeut mehr reden müsse als üblich. Längere Sprechpausen bewirkten, dass die Patienten sich eher verlassen fühlten. Also fing ich an unter dem Einfluss dieses holzschnittartigen Ratschlags in den Therapien gleichsam wie ein Wasserfall auf die Patienten einzureden und ständig aktiv zu suggerieren, dass ich ihnen helfen möchte. Natürlich führte dies zu nichts als Ärger. Im Laufe der Jahre wuchs meine Behandlungskompetenz schrittweise, wenngleich ich immer noch regelmäßig ratlos nach der einen oder anderen Therapiestunde zurückbleibe. Man lernt niemals aus, so sagt ja das Sprichwort, und so ist auch das Erweitern der Behandlungskompetenz ein »ongoing process«. Möge Ihnen dieses Buch ein wenig helfen, auch Ihre eigene zu erweitern und Sie anspornen, mehr über das Störungsbild zu lesen und vielleicht noch eine spezifische DBT-, MBT-, Schematherapie oder TFP-Fortbildung (das sind die Haupt-Therapierichtungen) zu beginnen. Das käme sicherlich Ihren Patienten zugute, und das würde auch mir in jeder Hinsicht eine große Freude bereiten, da es die Situation der Borderline-Patienten in diesem Land langfristig verbessern könnte, die allzu oft erst gar nicht in (Psycho-)Therapie ankommen, obwohl sie derer dringend benötigen. Vielleicht trägt es auch dazu bei, dass Ärzte weniger (in den meisten Fällen) überflüssige Medikamente verordnen, sondern lieber ihre psychotherapeutischen Kenntnisse erweitern. Möge es Ihnen ein Wegweiser im Dickicht der Borderline-Therapien sein.

Ich danke allen, die mir in irgendeiner Weise Inspiration und – auch indirekt – Hilfe beim Schreiben dieses Buchs gegeben haben. Zu erwähnen ist insbesondere meine Frau Nele Bäumer-Heedt, die mich jederzeit – auch durch die Erstellung eines wunderbaren Titelbildes – unterstützt hat.

Besonderer Dank gebührt zudem den nachstehend angeführten Forschern, die mir via Researchgate bereitwillig, ohne mich je persönlich getroffen zu haben, zahlreiche wertvolle Fachartikel, mich somit an ihrem reichen klinischen Erfahrungsschatz teilhaben lassend, zukommen ließen (der Platzersparnis halber ohne Titelnennung): Andreas Heinz, Peter Fonagy, Martin Bohus und Christian Schmahl.

Einzelne Artikel, die mir überaus nützlich waren, schickten mir zudem die folgenden Forscher: Egon Bachler, Darryl Bassett, Michael Berk, Edda Bilek, Andrea Bulbena-Cabré, Susan Brown, Chloe Campbell, Gabriele Ende, Eva Fassbinder, Christian G. Huber, Joost Hutsebaut, Jack R. Keefe, Hannah Little, Lars Mehlum, Inga Niedtfeld, David L. Streiner, Svenja Taubner, Katherine Thompson und viele mehr, die mir leider persönlich noch alle völlig unbekannt sind.

Nicht zuletzt danke ich Frau Nadja Urbani von Klett-Cotta/Schattauer für ihre fortwährende Unterstützung sowie Volker Drüke für die gewissenhafte Durchsicht des Manuskripts.

Thorsten Heedt, im Herbst 2018

Literatur

Heedt, T (2017). Psychotraumatologie. Stuttgart: Schattauer.

Inhalt

1	Allgemeines zur Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
1.1	Symptomatik	5
	Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung	5
	Kernsymptome	7
	Probleme der Emotionsregulation	9
	Negatives Selbstbild	10
	Interpersonelle Schwierigkeiten	10
	Sexualität	14
	Invalidierende Entwicklungsumgebung	15
	Epidemiologie	15
	Komorbiditäten	17
	Diagnostik	19
	Resilienzstörung	23
1.2	Die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	24
	Die Trauma-Hypothese	24
	Linehans biosoziale Theorie	25
	Biosoziales Entwicklungsmodell (BDM)	25
	Selbys Emotionale-Kaskaden-Modell	26
	Die Sicht der MBT	26
	Hughes' Sicht	27
	Zukünftiges	29
1.3	Kritik des Persönlichkeitsstörungskonzepts	30
1.4	Neurobiologie	32
	Neurofunktionelle Korrelate abnormer Emotionsregulation	33
	Emotion und Kognition	34
	Empathiestörung	35
	Unterscheidung seelischer Zustände	36
	Impulsivität	36
	Neurobiologie selbstverletzenden Verhaltens	38

	Interpersonelle Stile im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen	39
	Soziale Kognition	40
	Auswirkungen von Psychotherapie	41
1.5	Psychopharmakologische Behandlung	42
	Antipsychotika	42
	Antidepressiva	43
	Stimmungsstabilisierer	43
	Oxytocin	44
	Weitere Substanzen	46
	Verschreibungspraxis	47
1.6	Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	48
1.7	Psychotherapie	50
	Wer Therapie erhält	51
	Wie man BPS-Patientinnen in Therapie bringt	51
	Komplizierte Organisation einer Behandlung	52
	Evidenzlage der großen Therapien	53
	Ökonomischer Nutzen von Psychotherapie	54
	Patientinnen, die sich nicht bessern	55
	Smartphones und Internet	56
	Prognose stationärer Behandlung	56
	Integrierte Behandlung	57
	Collaborative Care Programs (CCP)	57
	Intermittent-continuous eclectic therapy	58
2	DBT	72
2.1	Der Glaube an die Patientin	72
2.2	Validieren als Behandlungsprinzip	74
	Validierung von Emotionen	75
	Verhaltensvalidierung	77
	Kognitionsvalidierungen	78
2.3	Emotionsphobie	79

2.4	Dialektische Behandlungsstrategien	80
	Dialektik in der therapeutischen Beziehung	80
	Dialektische Strategien im Einzelnen	80
	Anspornen und »Cheerleading«	84
	Problemlösetechniken	86
2.5	Information der Patientin	102
2.6	Verpflichtungsstrategien	102
	Ebenen der Verpflichtung	103
	Wiederholte Verpflichtung	103
	Motivationstechniken	104
2.7	Struktur der DBT	106
	Erste Phase	106
	Zweite Phase	106
	Dritte Phase	106
	Strukturierung der Therapiestunden	107
	Verhaltensanalyse	107
2.8	Therapievertrag	108
2.9	Telefonberatung	109
2.10	Dynamische Hierarchisierung der Therapieziele	110
2.11	Wochenprotokoll	111
2.12	Skills	111
	Suchtdruck	112
	Umgang mit unangenehmen Gefühlen	113
	Skills für den Umgang mit Traumatisierungen	113
	Notfallkoffer	114
	Anspannungskurven bzw. Spannungsprotokolle	114
	Fertigkeitentraining in der Gruppe	114
2.13	Umgang mit Suizidalität in der DBT	115
2.14	Reduktion von therapiegefährdendem Verhalten	116
	Therapiegefährdende Verhaltensweisen	117
	Therapiegefährdendes Verhalten seitens des Therapeuten	117
2.15	Aggressive Impulsdurchbrüche	118

2.16	Stationäre Krisenintervention	119
2.17	Supervision und Fallbesprechungen	120
2.18	Therapieabbruch durch den Therapeuten	121
2.19	Körpertherapie	121
2.20	Varianten der DBT	123
	DBT-ACES	123
	DBToP-gB	124
	DBT-F	124
	DBT-RO	125
	DBT-S	126
	DBT-PTSD	127
2.21	Neurobiologische Auswirkungen der DBT	129
3	MBT	140
3.1	Struktur der MBT	140
3.2	Mentalisieren	141
3.3	Wie Mentalisieren funktioniert	142
3.4	Die BPS aus MBT-Sicht	142
3.5	Prämentalistische Modi	143
	Äquivalenzmodus	143
	Als-ob-Modus	143
	Teleologischer Modus	144
	Mentalisierungsprobleme in der Adoleszenz	144
	Verringerung der Top-Down-Kontrolle	146
3.6	Therapeutische Grundhaltung	146
3.7	Grundinterventionen	147
3.8	»Stop and rewind«	147
3.9	Diagnostik in der MBT	148
3.10	Therapieansatz der MBT	149
3.11	Mentalisierungsgerüst (»Mentalizing scaffold«)	149
3.12	Fremdes Selbst (»Alien self«)	149

3.13	Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	150
3.14	Medikation	152
3.15	MBT bei anderen Störungsbildern	152
3.16	Ähnlichkeiten zwischen MBT und EMDR	153
	Was passiert bei der MBT?	154
4	Schematherapie	161
4.1	Grundlagen der Schematherapie	161
4.2	Ursachen der BPS aus schematherapeutischer Sicht	162
4.3	Schemata	163
4.4	Schema-Modi	164
4.5	Schemata von BPS-Patientinnen	166
4.6	Grundprinzipien der Schematherapie-Behandlung	167
4.7	Einzelheiten der Behandlung	169
	Diagnostik	170
	Rahmenbedingungen	170
	Mitschneiden der Behandlung	171
	Behandlungstechniken	171
	Die Therapiephasen	171
	Telefonkontakte	172
	Nachbeeltern und Fürsorge	172
	Aufmerksamkeit richten auf Zusammenhänge zwischen Verhalten und Schema-Modi	173
	Umgang mit Suizidalität	173
	Umgang mit selbstschädigendem Verhalten	173
	Einbeziehung des Partners	173
	Grenzen setzen und Konfrontation der Patientin	174
	Funktionsanalyse	178
	Erlebnisorientierte Techniken	179
	Rollenspiele	182
	Kognitive Techniken	184
	Verhaltensbezogene Techniken	188

	Pharmakologische Therapie	191
	Umgang mit Krisen	192
	Umgang mit Traumata	192
5	TFP	202
5.1	Ansatz der Objektbeziehungstheorie	203
5.2	Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation	204
	Die paranoid-schizoide Position	204
5.3	Therapieansatz der TFP	206
	Prinzip der technischen Neutralität und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit	206
5.4	Containing, Klärung, Konfrontation, Deutung	207
5.5	Der stabile Behandlungsrahmen	209
5.6	Diagnostik der TFP	209
5.7	Therapeutische Strategien	211
	Behandlungsrahmen	213
	Kombination von TFP mit anderen Verfahren	219
	Behandlungstechnik im Einzelnen	219
	Behandlungs- und Deutungsprozess	220
	Gefahren der therapeutischen Arbeit	222
	Arbeit mit der Gegenübertragung	222
	Gelungene Deutungen	224
	Deutung von der Oberfläche zur Tiefe	224
	Aktive Rolle des Therapeuten	226
	»Verbotene« Techniken	227
	Zusammenfassung	227
5.8	Einzelne Behandlungstaktiken	228
	Behandlungshierarchie	230
	Umgang mit häufigen Behandlungskomplikationen	233
	Patientinnen mit BPS und sexuellem Missbrauch in der Anamnese ...	236
	Zusammenfassung	237
5.9	Frühe Behandlungsphase	238
	Das therapeutische Bündnis	238

Verlauf einer Sitzung in der frühen Behandlungsphase	241
Zusammenfassung	242
5.10 Mittlere Behandlungsphase	242
Vertieftes Verständnis wichtiger Übertragungsmuster	243
Die Sexualität der BPS-Patientin	245
Vertieftes Verständnis der Spaltung und Integrationsbestrebungen	246
Wechselnde Projektionen, Integration und verbesserte Realitätsprüfung	246
Erweiterung des Fokus in der mittleren Behandlungsphase	246
Ausgewogene Betrachtung der Übertragung und des äußeren Lebens der Patientin in der Therapie	247
Innere Repräsentationen, Identifizierung und Projektionen	247
Fortschritte in der Therapie und Reaktion der Patientin	247
Zusammenfassung	247
5.11 Fortgeschrittene Behandlungsphase	248
Agieren außerhalb der Sitzungen	248
Anzeichen für strukturelle Veränderungen	249
Technisches Vorgehen in der fortgeschrittenen Behandlungsphase	249
Beendigung der Therapie	250
5.12 Veränderungsprozesse in der TFP	252
Untergruppen der BPS aus TFP-Sicht	252
Bindung	253
5.13 Zeichen der Besserung nach TFP	254
6 STEPPS	258
7 Exkurs: die PTBS	262
7.1 Neurobiologie der PTBS	262
7.2 Genetik	263
7.3 Epigenetik	263
7.4 Psychotherapie	264

8	Vergleich der Borderline-Therapien	266
8.1	Theoretische Fundierung	268
8.2	Erlernbarkeit	269
8.3	Erklärbarkeit	270
8.4	Erlernbarkeit durch andere Berufe	271
8.5	Adressierung aller Symptome des Störungsbildes	271
8.6	Diagnostik	273
8.7	Psychopharmaka	274
8.8	Komorbiditäten	275
8.9	Kindheitstraumata	276
8.10	Behandlungsindikation	277
8.11	Therapieabbruchstendenzen	277
8.12	Einzel- versus Gruppentherapie	278
8.13	Supervision und Selbsterfahrung	279
8.14	Grenzverletzungen	280
8.15	Spezifische Techniken	281
8.16	Evaluationskonzepte	282
8.17	Ideologie- und Religionsfreiheit	283
8.18	Zusammenfassung	283
9	Die Borderline-Therapie der Zukunft	286
9.1	Die ideale Borderline-Therapie	287
9.2	Was fehlt?	289
9.3	Die Zukunft	290
	Nachwort	292
	Sachverzeichnis	293

Einleitung

Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, sind besonders und anders. Viele von ihnen haben schwere Traumatisierungen durchlitten, aber beileibe nicht alle; die Therapie gestaltet sich unglaublich schwer, weil hier Probleme auf ganz unterschiedlichen Ebenen lauern. Auf einer psychotherapeutischen Lehr-CD, die ich mir anlässlich der jedes Jahr stattfindenden und traditionell von mir besuchten Lindauer Psychotherapiewochen einmal kaufte, wurde einmal folgender, anschaulicher Vergleich (sinngemäß) dargelegt: Man besucht eine Vorstellung von »Romeo und Julia«, aber irgendwie ist es seltsam. Der eigentliche Held der Vorstellung kauert hilflos in der Ecke und ist blind, an einer Stelle brennt es plötzlich, und an einigen Stellen der Bühne sind die Planken lose, sodass die Schauspieler drohen hineinzustürzen. Mit anderen Worten: Man kann sich überhaupt nicht auf die Geschichte konzentrieren, weil die Rahmenbedingungen nicht stimmen und man von einer Katastrophe in die andere stürzt. Und genauso verhält es sich tatsächlich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung: In der Behandlung dieses Störungsbildes kämpft man unaufhörlich mit der Einhaltung der Rahmenbedingungen durch die Patientinnen.

Auch ist es schwer, als Psychotherapeut die Contenance zu bewahren. Die Patientin zwingt den Therapeut ständig in eine Art der therapeutischen Beziehung, die genauso instabil wie die Innenwelt der Patientin selbst ist.

Fallbeispiel

Einmal stritt ich mich mit meiner früheren Oberärztin, da wir in einer therapeutischen Gruppe eine Borderline-Patientin hatten, die die ganze Gruppe in Aufruhr brachte. Beziehungsweise: Es war gar nicht klar, ob

die Patientin eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hatte, aber meine damalige Oberärztin hatte in der Gegenübertragung den Eindruck, ihr würde »der Boden unter den Füßen weggezogen«. Das war für sie das Diagnostikum, zu entscheiden, dass die Patientin wohl eine Borderlinerin sei. Ich hielt eine solche Einschätzung – ich glaube zurecht – für gefährlich. Natürlich kann dies ein Hinweis sein, ist aber nicht beweisend, da die momentane Verfassung des Therapeuten, seine eigene Vorgeschichte, aber auch temporäre Verfassungen des Patienten diesen Eindruck erwecken können. Auch die Gruppendynamik mag dazu beigetragen haben, auch mag es noch zahlreiche weitere Einflussfaktoren geben.

Ich halte scheinbare absolute Gewissheit über die Einschätzung der Patientin grundsätzlich für zweifelhaft. Aber der wahre Kern an dieser Anekdote ist, dass Borderline- und generell strukturell schwer gestörte Patienten auch den Therapeuten selbst in Irritation und Aufruhr bringen können und dass dies eine der Hauptschwierigkeiten in der Behandlung ist. Es ist oft kompliziert, den therapeutischen Fokus aufrechtzuerhalten, man bedarf immer der Rückmeldung durch das Behandlungsteam und benötigt einen guten Supervisor im Hintergrund, sonst überfordert einen die Aufgabe.

Eine weitere Geschichte mag das übliche Problem illustrieren, welches sich oft zeigt:

Fallbeispiel

Ich untersuchte in der Notaufnahme eine Patientin mit Borderline-Störung, die sich kürzlich erneut schwer selbst verletzt hatte. Ich bemühte mich, besonders auf die Patientin einzugehen und ihr mit besonderer Empathie zu begegnen. Schon nach wenigen Minuten hatte ich den Eindruck, dass sich die Patientin bei mir sehr gut aufgehoben fühlte. Ich saß letztlich länger als üblich bei Neuaufnahmen bei der Patientin und hatte geglaubt, es bestünde bereits ein erstes zartes Pflänzlein eines guten therapeutischen Arbeitsbündnisses. Zudem hatte ich mit ihr einen

gemeinsamen Therapieplan entworfen und ihr schon Einiges zum Störungsbild erklärt. Ich ging daher hochzufrieden aus dem Gespräch und fühlte mich prima. Eine Stunde später erfuhr ich, dass sich die Patientin überhaupt nicht von mir verstanden gefühlt, auf mich geschimpft und bereits die Klinik verlassen hatte.

Abgesehen davon, dass all dies auch Folge meines schlechten Ausbildungsstandes oder eigener therapeutischer Schwächen sein könnte, passiert so etwas aber nicht nur mir, sondern vielen Therapeuten in ähnlicher Weise bei Borderline-Patienten. Es kommt generell zu therapeutischen Missverständnissen. Woher das kommt und wie man das Behandlungsergebnis verbessern kann, davon handelt dieses Buch. Ich wünsche viel Freude bei der Auseinandersetzung mit der Materie. Gendertechisch sei noch erwähnt, dass meist in diesem Buch für Borderline-Patienten die weibliche Form verwendet wurde, weil die überwiegende Mehrzahl der Borderline-Patienten, die mir im klinischen Kontext begegnet sind, weiblich sind.

Merke

Fortwährende Missverständnisse in der Behandlung sind neben dem Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der mehrfach täglich plötzlich einschießenden aversiv erlebten inneren Anspannung, m. E. das Hauptcharakteristikum der Behandlung von Borderline-Patientinnen und prinzipiell unvermeidbar (so etwa wie man, aus der Physik bzw. der Heisenberg'schen Unschärferelation bekannt, aus prinzipiellen Gründen nicht gleichzeitig Ort und Impuls eines Teilchens bestimmen kann).

1 Allgemeines zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.1 Symptomatik

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Störung gehört zu den Persönlichkeitsstörungen, heißt daher auch, genauer, »Borderline-Persönlichkeitsstörung«. Was ist überhaupt eine Persönlichkeitsstörung? Sind wir nicht alle oder wenigstens viele ein bisschen »persönlichkeitsgestört«? Nein, in der Psychiatrie ist mit einer Persönlichkeitsstörung ein spezifisches Störungsbild gemeint, welches seinen Ursprung in Kindheit und Jugend nimmt und insbesondere zu fortwährenden Schwierigkeiten in den sozialen Beziehungen der betroffenen Personen führt. Es gibt eine ganze Reihe an Persönlichkeitsstörungen innerhalb der internationalen Krankheitsklassifikation ICD-10, und die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nur eine davon. Die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung sind in der Übersicht zu sehen.

Merke

Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10:

F60 Schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens)

- G1. Dauerhafte Abweichung von Normen in Bezug auf Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung, Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen
- G2. Allgemein unflexibles, unangepasstes, unzweckmäßiges Verhalten

- G3. Hoher Leidensdruck und nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt, bedingt durch G2
- G4. Stabile Abweichung von langer Dauer mit Beginn im späten Kindesalter oder Adoleszenz
- G5. Nicht erklärbar durch andere psychische Störung. Aber Überlagerung durch andere Störungsbilder möglich
- G6. Nicht bedingt durch organische Erkrankung, Verletzung oder anderweitige Funktionsstörung

Im Folgenden wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regel als »BPS« abgekürzt. Die BPS (Internationale Krankheitsklassifikation ICD-10: F60.31) ist eine Unterform der sogenannten **emotional instabilen Persönlichkeitsstörung** (ICD-10: F60.3), von der es auch einen impulsiven Typus (ICD-10: F60.30) gibt. Die Unterschiede kann man den folgenden Übersichten entnehmen. Der impulsive Typus ist vor allem charakterisiert durch emotionale Instabilität und reduzierte Impulskontrolle. Hier kommt es gehäuft zu Ausbrüchen von gewalttätigem Verhalten, insbesondere falls die Patientin kritisiert wird. Die BPS hingegen zeigt noch eine Reihe weiterer Symptome, die in der Folge eingehend dargelegt werden.

Merke

F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Impulsiver Typus

Drei der folgenden Verhaltensweisen, darunter Punkt 2.:

1. Unerwartetes Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen
2. Streitereien und Konflikte mit anderen, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Wut-/Gewalt-Ausbrüche mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten bei Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Unbeständig-unberechenbare Stimmung

Merke**F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline Typus**

Mindestens drei von fünf Kriterien des impulsiven Typus, dazu zwei der folgenden:

- Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und »inneren Präferenzen«
- Neigung, sich auf intensive/instabile Beziehungen einzulassen
- Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
- Häufig Drohungen/Handlungen mit Selbstbeschädigung
- Anhaltende Leeregefühle

Kernsymptome

Bei der BPS findet man die Kernsymptome

- affektiver Instabilität (die Gefühlslage schwankt den ganzen Tag über, vor allem zeigen sich immer wieder heftige unerträgliche Anspannungszustände),
- emotionaler Dysregulation (die Gefühlslage läuft sozusagen aus dem Ruder, die Patientin bekommt es nicht hin, halbwegs in ausgeglichener Stimmung über den Tag zu kommen) sowie
- eines schlechten interpersonellen Funktionsniveaus (mit anderen Worten, die Beziehungen zu anderen gestalten sich meist überaus problematisch und anstrengend) (Lieb et al. 2004).

Besonders problematisch ist, dass die Suizidraten erhöht sind (6–8%), und bis zu 90% der Patienten selbstverletzendes Verhalten zeigen, welches nicht primär suizidal ausgerichtet ist, sondern anderen Funktionen dient (z. B. Abbau von Spannung, Selbstbestrafung, das Bedürfnis, sich zu spüren, usw.) (Zanarini et al. 2008). Typisch ist auch das Auftreten von Hochrisikoverhalten und impulsiver Aggression. Man findet eine dysfunktionale Emotionsverarbeitung und soziale Interaktion als psychologische Hauptmechanismen (Witt et al. 2017). Das typische Symptomenbild offenbart ► Abb. 1-1.

	»Du darfst Dich nicht trennen! Dann bring ich mich halt um!«
	»Du bist der beste Mann für mich. Nie war ich so glücklich!« Zwei Stunden später: »Du Miststück! Ich hasse Dich! Du willst mich zerstören!«
	»Ich bin auf einem guten Weg! Bald werde ich alles überwunden haben!« Zwei Stunden später: »Ich bin nichts wert! Ich muss mich umbringen!«
	Therapeut: »Wie war ihr Tag?« – Pat.: »Ich bin mit 200 über die Autobahn gerast, weil ich so angespannt war. Dann habe ich in der Stadt, weil ich so gut drauf war, 10 CDs gekauft. Am Abend hab ich jemand kennengelernt. Wir sind rasch miteinander im Bett gelandet.«
	Therapeut: »Haben Sie sich schon mal selbst verletzt?« – »Ja, schon 10 x in diesem Jahr. Zuletzt gestern, als ich mich über meinen Freund geärgert habe.«
	Therapeut: »Wechselt Ihre Stimmung oft?« – »Ja, den ganzen Tag. Ein Wechselbad der Gefühle. Erst bin ich angespannt, könnte alles zusammenschlagen. Dann habe ich furchtbare Angst. Später gehts wieder, abends könnte ich mich schneiden.«
	Therapeut: »Fühlen Sie sich manchmal leer?« – »Eigentlich fühle ich mich immer leer, als sei da gar nichts an Gefühl.«
	»Ich war so wütend über den Pfleger, da habe ich ihm einfach in die Fresse geschlagen. Ich hab da nicht lange nachgedacht.«
	»Dann hatte ich Stress mit meinem Freund und dachte, aus der Wand heraus würden mich zwei Augen anstarren.«

Abb. 1-1 Kernsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10

Probleme der Emotionsregulation

Stiglmayr et al. (2017) vergleichen die Emotionalität des BPS-Patienten mit einem Ferrari: Dieser reagiere sensibler auf Berührungen des Gaspedals. Da die BPS-Patientin den »emotionalen Ferrari« aber als nicht regelbar erlebt, vermeidet sie phobisch ihre Emotionen in Bezug auf sämtliche abgrenzbaren Emotionen wie Scham, Schuld usw. oder verwendet z. B. selbstverletzendes Verhalten oder Substanzkonsum zur Regulation.

BPS-Patientinnen können zwar Emotionen differenzieren und modulieren, mit zunehmender Anspannung geht diese Fähigkeit aber verloren (Ebner-Priemer et al. 2007; Stiglmayr et al. 2017). Stiglmayr benennt die Anspannung des BPS-Patienten als eine Art »Hintergrundrauschen«, welches die Entschlüsselung emotionaler Signale erschwere (Stiglmayr et al. 2008). Bei der BPS kommt es zu Schwierigkeiten bei der Verarbeitung emotionaler Stimuli (Yeomans et al. 2017). Die Patienten können negative Stimuli nicht angemessen verarbeiten oder durch Neubewertung dämpfen (Koenigsberg et al. 2009). Intensive Affekte werden häufig durch interpersonelle Probleme ausgelöst, durch z. B. Trennungen oder Erleben von Zurückweisung.

Besonderheiten der Gesichtserkennung

Interessant ist in dem Zusammenhang, dass BPS-Patientinnen Schwierigkeiten haben, den Ausdruck von Gesichtern richtig zu interpretieren. Als Beleg sei folgende Studie erwähnt: Matzke et al. (2014) untersuchten, ob sich BPS-Patienten signifikant in Bezug auf die eigene emotionale Reaktion auf Gesichter unterscheiden. Zu diesem Zweck erhielten 28 weibliche BPS-Patienten im Vergleich zu 28 gesunden Personen eine Gesichtserkennungsaufgabe mit dynamischen Gesichtsbildern, wobei die Aktivität verschiedener Gesichtsmuskeln erfasst wurde. Außerdem bewerteten die Teilneh-

mer die emotionale Intensität der gezeigten Gesichter und die Intensität ihrer subjektiven Gefühle. Im Vergleich zu den Kontrollen zeigten BPS-Patienten eine verstärkte Antwort des *M. corrugator supercilii* (»Augenbraunenrunzler-Muskel«) in Bezug auf ärgerliche, traurige oder Ekelausdrücke und abgeschwächte Antworten des *Levator labii superioris* (»Oberlippenheber«) in Bezug auf glückliche und überraschte Gesichtsausdrücke. Diese Untersuchung belegt, dass die Gesichtserkennung bei BPS-Patienten nicht generell schlechter ist und dass Borderline-Patienten in Bezug auf die emotionale Verfassung anderer auch nicht generell überreagieren. Stattdessen zeigten sie eine reduzierte Gesichtsreaktion auf positive soziale Signale und eine gesteigerte Gesichtsreaktion auf negative soziale Signale. Dieses Muster könnte zu den Schwierigkeiten beitragen, die BPS-Patienten in ihren sozialen Interaktionen zeigen.

Negatives Selbstbild

Laut Winter et al. (2017) sind negative Selbstbewertungen bei Patientinnen mit BPS sehr häufig, aber erstaunlich wenig untersucht. Auch Santangelo et al. (2017) betonen, welche große Rolle die Instabilität des Selbstbildes bei der BPS spielt und wie eng dies mit der affektiven Instabilität bei BPS-Patientinnen zusammenhängt.

Interpersonelle Schwierigkeiten

Während Gesunde es schaffen, vertrauensvolle Beziehungen, auf die sie sich verlassen können, aufzubauen, gelingt dies BPS-Patientinnen extrem schlecht (Krueger et al. 2007). Sie können vor dem Hintergrund individueller Faktoren, häufig in Verbindung mit Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Vorgesichte, soziale Interaktionen schlecht emotional regulieren. Sie fühlen sich oft vom Gegenüber abgelehnt, unabhängig davon, ob

dies auch real zutrifft (Renneberg et al. 2012; Staebler et al. 2011). Die Patientinnen reagieren feindselig auf drohende Zurückweisung (Berenson et al. 2011) und reagieren eher reflexhaft statt reflektiert. BPS-Patientinnen sind zudem im Sinne der Bowlby'schen Bindungstheorie überzufällig häufig »unsicher gebunden« (Barone 2003).

Hyperaktivierungsstrategien

Um ihre Innenwelt und die Interaktionen mit anderen zu regulieren, benutzen BPS-Patientinnen häufig sogenannte Hyperaktivierungsstrategien. So baut die BPS-Patientin unangemessen enge Bindungen zu anderen auf, was auch neuronale Kreisläufe beeinträchtigt, die der Überprüfung der Vertrauenswürdigkeit anderer dienen. Diese Patientinnen idealisieren ihre Therapie und den Therapeuten und neigen dazu, natürliche Grenzen der Beziehung zu überschreiten. Wenn die eigenen Bedürfnisse dann nicht wie erwünscht erfüllt werden, kippt die Stimmung rasant, und sie werden entwertend und feindlich gesinnt. Gerade in stationären Einrichtungen, die ja schnell die Aufnahme einer vertrauensvollen Bindungsatmosphäre stimulieren, kann es schnell dazu kommen, dass das Bindungssystem der Patientin rapide hyperaktiviert wird. Therapien, die die Aufnahme einer zu frühen intensiven Bindung stimulieren sind daher nicht ohne Risiko. Daher intensiviert beispielsweise die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), eine der etablierten Verfahren zur Behandlung der BPS, die Therapeutenbeziehung erst in späteren Therapiephasen, wenn die Patientin gelernt hat, besser unter Stress zu mentalisieren, d.h. sich in die eigene seelische Innenwelt und die eines anderen einzufühlen, was diesen Patientinnen üblicherweise unter Stress nicht so gut gelingt (Bateman und Fonagy 2013).

Deaktivierungsstrategien

Andere BPS-Patientinnen nutzen eher Deaktivierungsstrategien, d. h., sie neigen dazu, im Fall von emotionalem Stress sich innerlich emotional zu distanzieren. Je höher der Stress allerdings wird, desto schwieriger wird es, diese Maske aufrechtzuerhalten – Gefühle von Unsicherheit und negative Selbstrepräsentationen nehmen zu. Sie haben physiologische Auffälligkeiten, etwa erhöhte Blutdruckwerte, erscheinen aber äußerlich relativ ruhig und geben auch an, nicht gestresst zu sein. Dies kann bei nichttolerablem Stress dann in plötzliches Schwitzen und Schwindelgefühle umschlagen. Einen plötzlichen Anstieg des Stresslevels attribuieren sie selbst dann eher äußeren Umständen als dem Thema (z. B. mit der Behauptung, zu schlecht geschlafen zu haben). Ihre Mentalisierungsfähigkeit ist limitiert. Sie neigen dazu, intellektualisierende und rationalisierende Erklärungen abzugeben, was man als »Als-ob-Modus« (»Pre-tend-mode«) bezeichnet, ein zentraler Begriff, auf den ich noch zu sprechen kommen werde (Bateman und Fonagy 2013).

Mischstrategien

Andere Patientinnen, und zwar solche mit eher desorganisiertem Bindungsverhalten, zeigen sowohl Schwierigkeiten beim Mentalisieren als auch eine Tendenz zum Hypermentalisieren, benutzen aber deaktivierende Strategien, wenn die hyperaktivierenden scheitern. Die hyperaktivierenden Strategien führen oft letztlich zu einem Verlust der Mentalisierungsfähigkeit, während die deaktivierenden Strategien dazu führen, dass die wesentlichen emotionalen Inhalte vermieden werden. Diese Patientinnen verlieben sich z. B. rasch, fühlen sich dann genauso schnell vernachlässigt oder betrogen, können aber auch ihren Eigenanteil an dieser Entwicklung nicht reflektieren – aufgrund ihres Mangels an Mentalisierungsfähigkeit.

Merke

Patientinnen, die eher deaktivierende Strategien verwenden, ziehen sich häufig aus den Beziehungen zurück und beschäftigen sich allein; wenn man versucht, ihre Innenwelt zu explorieren, langweilen sie einen mit sachlichen Schilderungen ohne Gefühlsinhalt. Man sollte dann in der Therapie genau herausarbeiten, welche Situationen jeweils das hyperaktivierende und welche das deaktivierende Verhaltensmuster triggern, sodass man besser herausfinden kann, was sensible Felder sind, die in der Therapie zu Problemen führen könnten (Bateman und Fonagy 2013).

Die bereits erwähnte MBT, die noch eingehend im Verlaufe dieses Buchs dargestellt wird, fokussiert daher auf die Stabilisierung des Selbsterlebens. So soll die kontinuierliche Fähigkeit zur Mentalisierung während interpersoneller Kontexte sichergestellt und der Patientin geholfen werden, ein optimales »Arousal« (Erregungsniveau) während ihrer Interaktionen aufrechtzuerhalten.

Die Patientinnen sind ständig in ihren Interaktionen vom Verlust ihrer Mentalisierungsfähigkeit bedroht. Währenddessen sind die eigenen Erfahrungen entweder überreal oder aber erscheinen bedeutungslos. Diese verzerrten subjektiven Zustände sind jeweils von reißendem psychischem Schmerz begleitet, den andere oft nicht nachvollziehen können. Daher ist ein wichtiges Therapieziel, Affekte bei sich und anderen richtig zu identifizieren und eigene auszudrücken. Dies ist so wichtig, weil sonst oft die therapeutische Beziehung wegen permanenter Missverständnisse in der Therapie nachhaltig gefährdet ist.

Alexithymie

New et al. (2012) untersuchten die Rolle der Alexithymie (Unfähigkeit, Gefühle zu lesen) bei BPS (da man annahm, dass Borderline-rinnen diese häufiger zeigen). Die Untersuchung hatte 79 BPS-Pa-

tientinnen, 76 gesunden Kontrollen und 39 Patienten mit vermei-
dender Persönlichkeitsstörung zur Grundlage, wobei es darum
ging, den Einfluss der Alexithymie und ihren Einfluss auf das in-
terpersonelle Funktionieren zu beurteilen. Dazu wurden u. a. die
Reaktionen auf emotional gefärbte Bilder mittels einer Computer-
aufgabe gemessen, wo sich die Probanden entweder auf die Erfah-
rung des im Bild gezeigten Individuums oder auf die eigene vor-
gestellte Erfahrung fokussieren sollten. Patienten mit BPS hatten
große Schwierigkeiten, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und
zeigten zugleich ein hohes Stresslevel. Sie offenbarten ein intaktes
»empathisches Besorgtsein«. Die klarsten Unterschiede zu Kont-
rollen bei der Computeraufgabe zeigten sich während selbstbe-
zogener Antworten auf negatives Bildmaterial. Die BPS-Patientin-
nen reagierten stark auf die Gefühle anderer, waren aber darin
beeinträchtigt, die Gefühle und die Perspektive anderer zu be-
schreiben.

Sexualität

Es gibt einige Belege dafür, dass sexuelle Kindheitstraumata ein
nichtspezifischer Risikofaktor für die Entwicklung einer BPS sind
(Frías et al. 2016). Außerdem zeigen BPS-Patientinnen höhere se-
xuelle Identitätsstörungsraten und homosexuelle Beziehungen als
Nicht-BPS-Patientinnen. Auch zeigen sie höhere sexuelle Impul-
sivität. Gesteigertes sexuelles Risikoverhalten bei BPS-Patientin-
nen führt zu höheren Raten sexuell übertragener Krankheiten, un-
erwünschten Schwangerschaften, Raten an Vergewaltigungen.

Die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), auf die wir noch
zu sprechen kommen, ist eine mögliche Psychotherapieform der
BPS und hat sich als effektiv bei der Verminderung von PTBS-
Symptomen in Bezug auf Kindheitstraumata bei BPS herausgestellt
(PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; ein Syndrom, das
einige Patientinnen nach Traumatisierungen entwickeln und mit

Übererregung, Vermeidungsverhalten und Flashbacks/Intrusionen einhergeht).

Invalidierende Entwicklungsumgebung

Sozial ist die typische BPS-Patientin oft in einem nichtvalidierenden (also bestätigend-unterstützenden) Umfeld aufgewachsen. Es handelt sich meist um eine soziale Umgebung, in der eigene Gefühle eher in Abrede gestellt werden und das Kind nicht lernt, eigene Gefühle zu benennen und zu regulieren. In diesen Familien kommt es häufig zu Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, sodass viele BPS-Patientinnen daher an einer PTBS-Komorbidität leiden, und zwar bis zu 60 % (Zanarini et al. 1998).

Epidemiologie

Die BPS ist insgesamt, wie das bisher Gesagte schon nahelegt, ein sehr komplexes neuropsychiatrisches Störungsbild, dessen Lebenszeitprävalenz bei ungefähr 3 % liegt. Die BPS gehört damit zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen. Unbehandelt zeigt sie oft einen chronischen, die Patientin schwer beeinträchtigenden Verlauf, und man findet sie bei ca. 20 % der stationären psychiatrischen Patienten (Witt et al. 2017). Das Störungsbild führt zu einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten (erhöhte Nutzung des Gesundheitssystems) und führt gesundheitsökonomisch zu einer erheblichen sozioökonomischen Last (Bohus und Schmahel 2007; Lieb et al. 2004).

Untergruppen der BPS

Es wurden schon zahlreiche Versuche unternommen, Subtypen der BPS herauszufinden, um besser differenzialtherapeutische Überlegungen anstellen zu können, d. h. zu entscheiden, welche Therapien welchen Patientinnen wohl helfen mögen. Dass es Subtypen

geben muss, wurde mir im stationären Kontext rasch klar. Es gibt »schwerste« BPS-Fälle – Patientinnen, die höchst instabil sind, ständig in Konflikte geraten mit Mitpatienten und sich fortwährend »schneiden« (also z. B. sich an den Armen »ritzen«, häufig zum Spannungsabbau) –, während andere sich eher zurückziehen, passiv verhalten, dennoch aber alle Diagnosekriterien erfüllen. Der jüngste Klassifizierungsversuch in dieser Richtung stammt von der Arbeitsgruppe um Smits (Smits et al. 2017), die drei Cluster identifizieren konnten:

- Der größte Cluster (n = 145) bestand aus Patientinnen mit zentralen BPS-Eigenschaften, ohne besondere Auffälligkeiten in anderen Persönlichkeitsstörungsdimensionen.
- Ein zweiter Cluster (»extravertiert/externalisierend«) (n = 27) zeichnete sich durch histrionische, narzisstische und antisoziale Eigenschaften aus.
- Der »schizotype/paranoide« Cluster (n = 15) hingegen bestand aus Patientinnen mit besonders schizotypen und paranoiden Zügen.

Diese Cluster unterschieden sich deutlich in Bezug auf demographische und klinische Faktoren. Es ist wichtig, solche Subtypen zu identifizieren, um die Therapieergebnisse verschiedener insbesondere Psychotherapien besser vergleichen zu können, weil das, was im psychiatrischen Zentrum, wo sich eine Auswahl an sich häufig selbstverletzenden Patientinnen befindet, nicht unbedingt auch für eine andere Stichprobe gilt, z. B. für jene, die im ambulanten Setting behandelt werden.

In der genannten Veröffentlichung von Smits et al. zeichnete sich die größte Gruppe mit der »Kern-BPS« dadurch aus, dass sich in dieser 92 % Frauen befanden, die Gruppe die niedrigste Lebensqualität und das höchste Ausmaß an Symptomschwere zeigte. Hier offenbarten sich besonders affektive Instabilität und Identitätsprobleme sowie interpersonelle Probleme wie Selbstunsicherheit und soziale Gehemmtheit.