

Mosaik bei
GOLDMANN

Buch

Immer mehr Menschen leiden an einer Borderline-Störung. Diese Persönlichkeitsstörung äußert sich in extremen Stimmungsschwankungen, destruktivem Verhalten, Angst vor Verlassenwerden, Suizidgefahr sowie einem stark schwankenden Selbstwertgefühl. Menschen mit einer Borderline-Störung hatten bis vor kurzem wenig Hoffnung auf echte Hilfe.

Dr. Jerold J. Kreisman und Hal Straus informieren über die Ursachen der Borderline-Störung, erläutern ausführlich die einzelnen Symptome und präsentieren die neuesten Erkenntnisse über Therapie- und Selbsthilfemaßnahmen. Die Autoren bieten mit der Vorstellung der erfolgversprechendsten Behandlungsmethoden fundiert Unterstützung für Betroffene, Angehörige, Ärzte und therapeutisches Fachpersonal.

Autoren

Dr. med. Jerold J. Kreisman ist Psychiater und einer der weltweit führenden Experten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sein erstes Buch »Ich hasse dich – verlass mich nicht« gilt als Klassiker sowohl unter Fachleuten wie auch unter Betroffenen.

Hal Straus, Journalist und Autor, ist auf medizinische, psychologische und gesundheitliche Themen spezialisiert.

Dr. Jerold J. Kreisman
Hal Straus

Zerrissen zwischen Extremen

Leben mit einer
Borderline-Störung

Hilfe für Betroffene
und Angehörige

Aus dem Amerikanischen
von Karin Petersen

Mosaik bei
GOLDMANN

Alle Ratschläge und Hinweise in diesem Buch wurden von den Autoren und vom Verlag sorgfältig erwogen und geprüft. Eine Garantie kann dennoch nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren beziehungsweise des Verlags für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist daher ausgeschlossen.



Verlagsgruppe Random House FSC® N001967
Das für dieses Buch verwendete FSC®-zertifizierte Papier
Classic 95 liefert Stora Enso, Finnland.

8. Auflage

Vollständige Taschenbuchausgabe Mai 2008

Wilhelm Goldmann Verlag, München,

in der Verlagsgruppe Random House GmbH

© 2005 für die deutsche Ausgabe by Kösel Verlag GmbH & Co.

Originaltitel: Sometimes I act crazy.

Living with Borderline Personality Disorder

Originalverlag: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, USA

Umschlaggestaltung: Design Team, München

Umschlagmotiv: Hanka Steidle (Illustration)

Satz: Buch-Werkstatt GmbH, Bad Aibling

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

LH · Herstellung: IH

Printed in Germany

ISBN 978-3-442-16976-4

www.goldmann-verlag.de

In Erinnerung an meinen Vater,
Erwin Kreisman,
und für meine Mutter, Frieda Kreisman,
die uns beibrachte,
dass – mit bedingungsloser Liebe –
alles möglich ist.
Dr. med. Jerold J. Kreisman

Für Lil und Lou
Hal Straus

Inhalt

Vorbemerkung.....	11
Vorwort.....	13
Kapitel 1 Die Grundlagen von Borderline	17
Fortschritte in Diagnostik und Behandlung	20
Epidemiologie und Demographie	22
Der Borderline-Lebenszyklus.....	24
Die Grenze überschreiten:	
Ein kurzer historischer Abriss	25
Schwierigkeiten der Diagnosestellung: Nebeneinander bestehende und verwandte Krankheiten	32
Diagnostische Vorlieben	35
Die Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung	39
Die Behandlung von Borderline-Kranken	44
Die Prognose	46
Kapitel 2 Angst vor dem Verlassenwerden	47
Die Wurzeln von Verlassenheitsängsten	65
Der Umgang mit den Verlassenheitsängsten des Borderline-Patienten	72

Kapitel 3	Instabile zwischenmenschliche Beziehungen ...	77
	Das Prokrustesbett	89
	Spaltung	91
	Spaltung und Gehirnphysiologie	95
	Sex und Jammer in the City	98
	Tee und Mitgefühl	101
	Die Borderline-Beziehung	102
Kapitel 4	Identitätsstörung	111
	Das Spektrum der Identität	125
	Identität und Spaltung	128
Kapitel 5	Destruktive Impulsivität	136
	Borderline-Impulsivität erkennen	152
	Komorbidität (begleitende Krankheiten) und Impulsivität	156
	Die Rolle des Gehirns	158
	Können wir Impulsivität erben?	160
	Soziale Einflüsse und Borderline-Persönlichkeits- störung	161
	Behandlungsmethoden	162
Kapitel 6	Suizidales Verhalten und Selbstverletzung	166
	Die selbstmordgefährdete oder sich selbst verletzende Borderline-Persönlichkeit	190
	Selbstmord und Borderline-Persönlichkeitsstörung	191
	Die Verlockung von Selbstverletzung	193
	Die Physiologie der Selbstverletzung: Die Konstruktion der Selbstdestruktion	200

Die Behandlung von Selbstverletzung und suizidalem Verhalten	203
Kapitel 7 Stimmungsschwankungen	214
Borderline-Persönlichkeitsstörung und Stimmungsschwankungen	224
Komorbidität oder Verwirrung	228
Die Schlange oder das kleine Mädchen	239
Kapitel 8 Innere Leere	241
Innere Leere definieren	263
Kapitel 9 Wut	272
Die Dynamik von Wut	284
Das Kobayashi-Paradigma	291
Kapitel 10 Realitätsverzerrungen: Paranoia und Dissoziation	297
Borderline-Persönlichkeitsstörung und Psychose	313
Kapitel 11 Behandlungsmethoden und Kommunikationstechniken	322
Psychotherapie	323
Pharmakotherapie (medikamentöse Therapie)	341
Andere physikalische Therapien	346
Kommunikationstechniken	347
SET/UP	351

Kapitel 12	Aussichten und Tendenzen	
zukünftiger Forschung	.....	359
Prognose: Borderliner haben Heilungschancen	.....	360
Ausschlaggebende Faktoren für die Prognose	.....	365
Zukünftige Forschungsgebiete	.....	368
Richtungen zukünftiger Psychotherapie	.....	372
Ökonomische, gesellschaftliche und politische		
Herausforderungen	.....	374
Dank	.....	380
Anhang	.....	382
Literatur	.....	382
Audio- und Videoangebote	.....	383
Organisationen	.....	384
Webseiten	.....	384
Anmerkungen	.....	387
Register	.....	409

Vorbemerkung

Die meisten Bücher über gesundheitliche Themen folgen bestimmten Richtlinien (richtungsweisend ist zum Beispiel in Amerika *The Publication Manual of the American Psychological Association*), die entwickelt wurden, um die Stigmatisierung durch Krankheit auf ein Minimum zu reduzieren und mit der Geschlechterfrage politisch korrekt zu verfahren. Vor allem wird davon abgeraten, sich über eine Krankheit auf Individuen zu beziehen; stattdessen verweist man auf Individuen, die *Symptome* einer bestimmten Krankheit zeigen. Außerdem vermeidet man geschlechtsspezifische Pronomen und bildet dafür Sätze in der Passivform oder benutzt Formulierungen wie »er/sie, ihm/ihr«.

Auch wenn das in gewisser Hinsicht lobenswert ist, wird die Weitergabe von Informationen durch diese Empfehlungen komplizierter. Selbst wenn wir die Missachtung und Entmenschlichung, die mit der Bezugnahme auf Menschen über medizinische Befunde verbunden sind, ebenfalls verabscheuen (»Untersuchen Sie mal die Gallenblase nebenan!«), haben wir trotzdem beschlossen, uns aus Gründen der Klarheit und Effektivität auf Individuen immer wieder über deren Diagnose zu beziehen. So benutzen wir zum Beispiel den Begriff »Borderliner« als Abkürzung für die präzisere Bezeichnung »menschli-

che Wesen, die Symptome zeigen, welche mit der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung übereinstimmen«, wie sie in der 4. Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual, text revision* (DSM-IV-TR) der American Psychiatric Association definiert wird. Aus dem gleichen Grund wechseln wir immer wieder die Pronomen, statt die Leserinnen mit »er/sie«-Formulierungen zu strapazieren. Wir sind sicher, unsere Leserinnen und Leser gewähren uns diese Freiheit, den Text damit lesbarer zu gestalten.

Die Informationen in diesem Buch sind nach unserem besten Wissen und Gewissen wahr und richtig. Dieses Buch möchte lediglich generelle Anleitung für eine Persönlichkeitsstörung geben und ist nicht als Ersatz für gründlichen ärztlichen Rat gedacht. Die Geschichten zu Beginn vieler Kapitel und weiteres Material aus Fallgeschichten beruhen auf den Erfahrungen mehrerer Menschen und schildern keine tatsächlich existierenden Personen, seien sie tot oder lebendig. Jede Ähnlichkeit mit tatsächlich lebenden Menschen wäre unbeabsichtigt und rein zufällig. Für die Empfehlungen in diesem Buch übernehmen die Autoren und der Verlag keine Garantie. Autoren und Verlag lehnen jede Haftung für direkte oder indirekte Folgen ab, die mit der Nutzung dieser Informationen verbunden sein könnten.

Vorwort

Als unser Buch *Ich hasse dich – verlaß' mich nicht. Die schwarz-weiße Welt der Borderline-Persönlichkeit* 1989 in der Originalausgabe erschien, war die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Öffentlichkeit noch relativ unbekannt und wurde von vielen Therapeuten und Medizinern, die psychisch Kranke versorgten, missverstanden. Nur die Menschen, die an dieser Krankheit litten, ihre engsten Familienangehörigen und Freunde sowie die Therapeutinnen und Therapeuten, die Borderlinekranke behandelten, verstanden, wie komplex dieses Leiden tatsächlich war und wie viel Schmerz es den Betroffenen bringt.

Seit der Zeit haben immer größere Fachkreise die Borderline-Persönlichkeitsstörung erkannt und auch die Allgemeinbevölkerung versteht sie heute besser. Ein Zeichen für dieses gewachsene Verständnis in unserer Gesellschaft ist es, dass in populären Büchern, Filmen und Fernsehsendungen häufiger auf diese Krankheit verwiesen wird. Im Internet gibt es viele entsprechende Webseiten und Informationen sowie Chat-Rooms, in denen Menschen sich über die Borderline-Persönlichkeitsstörung austauschen.

Im Laufe der Jahre, die seit dem Erscheinen von *Ich hasse dich – verlaß' mich nicht* vergangen sind, habe ich hunderte von Anrufen und Briefen von Leserinnen und Lesern erhal-

ten. Manche stammen von Studenten, die mich um aktuelle Informationen bitten. Viele sind von Therapeutinnen und Therapeuten, die Rat für spezielle Fälle suchen. Aber die meisten Fragen stellen Patientinnen und Patienten und ihre Familien, die Erfahrungen mitteilen möchten oder um Hilfe bitten. Diese Mitteilungen sind oft verzweifelt, manchmal schockierend, immer emotional und lassen die persönliche Qual der Menschen, die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leben, deutlich werden.

Das umfassende und wachsende Interesse an der Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Reaktionen auf unser erstes Buch haben mich in meinen Zielen als dessen Verfasser bestätigt, die darin bestanden, die Aufmerksamkeit und das Verständnis für diese Krankheit sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen zu fördern. Zu diesem Zweck haben wir versucht, Nichtfachleuten komplexe wissenschaftliche Inhalte und Daten verständlich zu machen und gleichzeitig Mediziner und Therapeuten, die psychisch Kranke versorgen, aktuelle, fundierte Informationen zu vermitteln. Zu meiner Freude habe ich erfahren, dass das erste Buch von Studenten der Sozialwissenschaften in vielen Seminaren benutzt wurde. Darüber hinaus war ich tief berührt von den Briefen der Menschen, die mit dieser Krankheit zu kämpfen haben und die ihre Geschichten erzählen und mehr über die Borderline-Persönlichkeitsstörung erfahren möchten. Diese Leute haben sich vor allem mit den Fallgeschichten im Buch identifiziert und wollten mehr darüber lesen. Wir haben erfahren, dass Menschen keine Borderline-Persönlichkeitsstörung *haben*. Diese Krankheit hat *sie*!

Das wachsende Interesse an der Borderline-Persönlich-

keitsstörung im letzten Jahrzehnt hat zu bedeutsamen neuen Forschungen auf diesem Gebiet geführt. Eine differenziertere Diagnose hat unsere begriffliche Vorstellung von der Borderline-Persönlichkeitsstörung verbessert. Fortschritte in der biochemischen, neurologischen und genetischen Forschung haben unser Verständnis der Störung vertieft. Neue Behandlungsmethoden haben die Prognose verbessert. Das Interesse unserer Leserinnen und Leser und die tief greifenden wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahre haben meinen Mitautor und mich dazu bewogen, dieses zweite Buch vorzulegen. Während die Zusammenfassungen von Falldarstellungen in unserem ersten Buch dazu dienten, die theoretischen Ausführungen zu illustrieren, haben die Fallgeschichten in diesem Buch die Form von persönlichen Erfahrungsberichten. Jedes Kapitel über die verschiedenen Symptome gibt einen kurzen Einblick in die geistige Verfassung eines borderlinekranken Menschen in einer bestimmten Phase seines Lebens, so dass die Leserinnen und Leser nicht nur Einsicht in die grundlegenden Aspekte der Störung gewinnen, sondern auch *fühlen*, was es wirklich bedeutet, mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung – oder in deren Umfeld – zu leben.

Wie schon unser erstes Buch richtet sich auch dieses sowohl an die Allgemeinheit als auch an die Fachwelt. Ich habe versucht, komplexe Aspekte und manchmal unvereinbar und sogar widersprüchlich erscheinende Inhalte in eine Form zu bringen, die auch für eine nicht medizinisch gebildete Leserschaft verständlich ist. Die Quellenangaben für jedes Kapitel und eine Literaturliste bieten jedoch auch genauere Daten für die Leserinnen und Leser, die detailliertere Informationen suchen. Wer

unser erstes Buch gelesen hat, wird in diesem zweiten neue Informationen und ausführlichere Fallgeschichten finden. Wer das vorliegende Buch liest, könnte Interesse bekommen, unser erstes zu lesen, in dem wir das Borderline-Syndrom eher historisch beleuchten. Jedes Buch steht für sich allein.

Obwohl ich für das Interesse an *Ich hasse dich – verlaß' mich nicht* zutiefst dankbar war, hat es mich enttäuscht, dass manche den Schluss gezogen haben, das darin vorliegende Material stelle eine pessimistische Sicht der Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Auch wenn es meine Absicht war, eine positivere Sicht der Krankheit zu fördern, indem ich das Syndrom erläuterte und effektive Behandlungsmethoden beschrieb, hatten einige Leser den Eindruck, die Aussichten für Borderline-Kranke seien relativ hoffnungslos. Ich wünsche mir, dass das neue Buch Befürchtungen in dieser Richtung ein für alle Mal zerstreut. Ich denke, die wichtigste Botschaft dieses Werkes lautet, dass Borderline-Kranke gute Heilungschancen haben, auch wenn sie enorm kämpfen müssen. Dieses Buch möchte das Verständnis für dieses Leiden fördern, Trost spenden und vor allem Hoffnung machen.

Dr. med. Jerold J. Kreisman

Die Grundlagen von Borderline

In jedem von uns, selbst in denen,
die äußerst gemäßigt scheinen,
existiert ein Begehren,
das schrecklich, wild und gesetzlos ist.

Platon: Der Staat

Mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu leben, der im klinischen Umfeld am häufigsten zu beobachtenden Persönlichkeitsstörung, ist äußerst schmerzhaft – sowohl für die Betroffenen als auch für die Menschen, die ihnen am nächsten stehen. Doch trotz ihrer großen Verbreitung gehört diese Störung wahrscheinlich zu den psychischen Erkrankungen, die am häufigsten missverstanden und unterdiagnostiziert werden. In diesem Kapitel erläutern wir die Störung umfassend – von ihren biologischen, genetischen und durch das persönliche Umfeld bedingten Ursachen bis zu den aktuellsten diagnostischen Kriterien des *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Anm. d. Ü.)* und den zahlreichen verschiedenen Formen der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung. Wir untersuchen hier auch die Hindernisse für eine korrekte Diagnose, wie zum Beispiel die Stigmatisierung dieser Störung in Fachkreisen, sowie die Schwierigkeiten bei der Erstattung der

Behandlungskosten durch die Krankenversicherungen in den USA. Eine »Checkliste für die Borderline-Persönlichkeitsstörung« ermöglicht den Leserinnen und Lesern, frühe Warnzeichen bei sich und anderen zu erkennen.

Diana

Diana war in vieler Hinsicht ein typisches Mädchen. Sie spielte gern mit ihren Puppen und träumte wie ihre Freundinnen davon, eines Tages ihren Prinzen zu heiraten, der sie auf sein Schloss entführen würde, wo sie von nun an bis ans Ende ihrer Tage glücklich zusammenleben würden. Aber irgendwo auf dem Weg schwenkte Diana in eine andere Richtung um. Sie überquerte die Grenze vom »Gewöhnlichen« zum *Borderline*.

Dieser Richtungswechsel ging möglicherweise auf ihre Mutter zurück, die Diana sehr nahestand und die Familie von einem Tag auf den anderen verließ, als ihre Tochter sechs Jahre alt war. Der Vater musste die Kinder von nun an allein großziehen. Doch er war emotional und körperlich oft abwesend und ließ Diana und ihre Geschwister in der Obhut eines Kindermädchens zurück. Diana reagierte auf sein Weggehen immer völlig verstört und ängstlich und fragte ständig, wann er zurückkommen würde.

Nach den regelmäßigen Besuchen bei ihrer Mutter mussten beide immer weinen. In dieser Zeit nahmen Dianas Stimmungsschwankungen zu, und sie wurde noch unsicherer. Sie hatte Angst vor der Dunkelheit und dem Alleinsein. Sie war sehr empfindlich und brach leicht in Tränen aus. Sie klammerte sich an ihre Ansammlung von Stofftieren, die sie »meine Familie«

nannte. Diana versuchte verzweifelt, es beiden Eltern recht zu machen, während sie sich insgeheim die Schuld an deren Scheidung gab. Sie hatte das Gefühl, sie sei nicht gut genug, um die beiden zusammenzuhalten, und ihre Angst, dass jeder Mensch, den sie liebte, sie über kurz oder lang verlassen werde, wurde immer stärker.

Als sie 15 wurde, beschäftigte sich Diana mehr mit ihrem äußeren Aussehen und begann wie ihre ältere Schwester nach dem Essen Erbrechen einzuleiten. Sie wechselte zwischen Anorexie und Bulimie und litt mit Unterbrechungen ihr ganzes restliches Leben daran. Die Zerrissenheit ihrer Persönlichkeit trat in der späteren Jugend noch deutlicher zutage. Sie konnte Freunden gegenüber charmant, gütig und mitfühlend sein, doch wenn dieselben Freunde sie enttäuschten, zeigte sie eine unberechenbare und grausame Wut. Manchmal wirkte sie in Zeiten starker Belastung ruhig und stoisch, dann wieder wurde sie irrational emotional und wechselte zwischen untröstlichem Kummer und heftigem Zorn. Mit 20 heiratete Diana ihren Prinzen – Prinz Charles von England. Doch lebte Diana nicht von nun an bis ans Lebensende glücklich und in Frieden. Mit ihrer Märchenehe zerbrach auch die künstliche Fassade ihres Gleichmuts. Ihre impulsive und selbstzerstörerische Art zeigte sich nach außen hin deutlicher. Sie stürzte sich auf ihre wohltätigen Aufgaben, vielleicht in der Hoffnung, auf diesem Wege selbst die Zuwendung zu bekommen, die sie anderen gab. Diana litt bis zu ihrem Tod 1997 an Borderline-Persönlichkeitsstörung.¹

Fortschritte in Diagnostik und Behandlung

Unser voriges Buch, *Ich hasse dich – verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit*,² das zuerst 1989 in Amerika erschien, war einer der ersten Versuche, Menschen zu helfen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, diese Störung zu verstehen und damit umzugehen. Zu der Zeit steckte das Verständnis für diese Krankheit noch in den Kinderschuhen. Forschungsstudien gab es nur wenige, und den wenigen, die sich mit diesem Thema beschäftigten, mangelte es an Beobachtungen von Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg. Erklärungsansätze über die grundlegenden Ursachen der Krankheit waren eher Spekulationen als wissenschaftlich fundiert. Die technologischen Mittel, die Beziehung zwischen Gehirnphysiologie, Verhalten und psychischer Krankheit aufzuzeigen, befanden sich noch in den Anfängen.

Die Borderline-Persönlichkeit wurde noch nicht hinreichend verstanden und akzeptiert – und das galt selbst für die Fachleute, die sie aufgrund ihrer Ausbildung hätten erkennen und behandeln können müssen. Viele Kliniker zögerten, das neu entwickelte Konzept zu akzeptieren, und gaben ihm den Status einer »Papierkorbdignose« – ein Begriff, den Ärzte verwendeten, wenn sie ihre Patienten einfach nicht verstanden oder deren Symptome sich einer anderen, akzeptableren Störung nicht »fügten«. In vielen therapeutischen Einrichtungen wurde der Begriff zu einer Diagnose der Frustration: Schwierige PatientInnen, die nicht kooperierten, die forderten, klammerten, wütend waren, den Psychiater verwirrten oder, am wichtigsten, auf des-

sen »Dienste« nicht ansprechen, bekamen oft das Etikett »Borderline« verpasst.

Strukturierte Behandlungsmethoden existierten nur in allerersten Ansätzen. Psychotherapeutische Techniken und medikamentöse Therapien, mit denen man verwandte Störungen behandelte, brachten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung keine eindeutigen Ergebnisse. Und Folgeuntersuchungen nach therapeutischen Behandlungen gab es nur sehr wenige.

Es ist also kein Wunder, dass viele Leserinnen und Leser von *Ich hasse dich – verlaß' mich nicht* nach der Lektüre des Buches das Gefühl hatten, dass die Prognosen für Borderline-Kranke schlecht waren. Auch wenn sie verstehen konnten, was sie – oder ihre Freunde oder Familienangehörigen – erlebten, kamen einige Leserinnen und Leser zu dem Schluss, dass nur wenig Hoffnung auf Heilung bestand. Eine Leserin schrieb, dass sie, obwohl sie das Buch überwiegend »informativ und hilfreich fand, am Ende doch weinend dasaß, weil die Aussichten so trübe zu sein schienen«.

Was also hat sich im Lauf der letzten 15 Jahre verändert? Durchbrüche auf vielen Gebieten haben zu bedeutenden Fortschritten in unserem Verständnis und der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung geführt. Genforscher, die den Wirkmechanismus individueller Chromosomen untersuchten, haben spezielle Borderline-Verhaltensweisen mit bestimmten Genomen in Zusammenhang gebracht. Wissenschaftler haben biochemische und anatomische Veränderungen im Gehirn entdeckt, die mit Borderline-Verhaltensweisen korrelieren. Man hat psychotherapeutische Techniken speziell für die Behand-

lung von Borderline-Patienten und neue Medikamente entwickelt, mit denen wir die Symptome wirksamer unter Kontrolle bekommen. Die Kombination von Therapie und medikamentöser Behandlung hat nicht nur Menschen mit Schizophrenie, bipolarer Störung, Angststörungen und Depressionen geholfen, sondern auch Patientinnen und Patienten, die an Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. All diese Fortschritte haben die Prognose für Borderline-Patienten positiv beeinflusst. Kurz gesagt: Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben gute und reale Heilungschancen!

Epidemiologie und Demographie

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die im klinischen Umfeld am häufigsten anzutreffende Persönlichkeitsstörung, sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in anderen Kulturen der Welt. Je nach Untersuchungsstudie betrifft die Borderline-Persönlichkeitsstörung zwischen 30 und 60 Prozent aller Patientinnen und Patienten, bei denen eine der zehn definierten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurde. Man schätzt die Verbreitung dieser Störung, wie sie in der vierten und erst kürzlich neu überarbeiteten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manuals* der American Psychiatric Association (DSM-IV-TR) streng definiert wird, in der Allgemeinbevölkerung vorsichtig auf zwischen zwei und vier Prozent. Viele Kliniker gehen davon aus, dass der wirkliche Prozentsatz höher liegt. Die meisten anderen Länder beziehen sich bei der Definition psychiatrischer Krankheiten ebenfalls auf das DSM und

gelangen zu ähnlichen Ergebnissen. Damit bestätigen sie, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht auf westliche Kulturen beschränkt ist.³

Schätzungsweise zehn Prozent aller Patientinnen und Patienten, die man in ambulanten psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen gezählt hat, und mehr als 20 Prozent aller stationären Patienten, die in psychiatrischen Kliniken behandelt werden, erfüllen die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Anzahl der Frauen, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, ist dreimal höher als bei Männern – ein Verhältnis, das im Verlauf der letzten 20 Jahre konstant geblieben ist. Bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt die Wahrscheinlichkeit, dass sie sämtliche Formen von psychosozialer Therapie und alle möglichen psychotropen Medikamente verschrieben bekommen, höher als bei Patienten mit Depressionen oder anderen Persönlichkeitsstörungen.⁴

Die Intensität der Borderline-Symptome kann auf bestimmte Lebenssituationen zurückgehen. Eine große Untersuchung weist darauf hin, dass schwere Fälle eher unter Studenten oder Arbeitslosen, getrennt lebenden (aber nicht geschiedenen) Personen, Atheisten, Menschen mit kriminellm Hintergrund und Menschen, die einen Elternteil durch Tod oder Scheidung verloren haben, zu finden sind. Diese Zusammenhänge gelten sowohl für Schwarze als auch für Weiße. Das Bildungsniveau ist nicht ausschlaggebend.⁵

Der Borderline-Lebenszyklus

Im typischen Fall tritt das Borderline-Verhalten zum ersten Mal in der Zeit zwischen Ende der Teenagerzeit und Anfang 30 auf, auch wenn tief greifende Trennungsschwierigkeiten oder Wutausbrüche bei jüngeren Kindern schon Vorboten der Diagnose sein können. Der Borderline-Zustand kann auf eine Beziehung zu den Eltern zurückgehen, die entweder von extremer Abhängigkeit oder von extremer Ablehnung geprägt ist. Wie in unserem früheren Buch detailliert beschrieben, kann eine Unterbrechung des normalen kindlichen Wachstums vor allem in der entscheidenden Annäherungsphase (zwischen dem 16. und dem 25. Lebensmonat) die Entwicklung einer gefestigten, eigenständigen Identität verhindern, deren Fehlen eines der ausgeprägtesten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt.

Die meisten Heranwachsenden haben mit Themen wie Identität, Stimmungsschwankungen, Impulsivität und Unsicherheit in Beziehungen zu kämpfen, die den Kern der Borderline-Persönlichkeitsstörung bilden. (Tatsächlich könnten manche argumentieren, der Begriff »Borderline-Jugendlicher« sei redundant!) Normale, lebhaft Heranwachsende unternehmen jedoch keinen Selbstmordversuch, haben keine rasenden Wutausbrüche oder konsumieren exzessiv Drogen, wie wir es bei Borderline-Teenagern beobachten.

In ihrem dritten und vierten Lebensjahrzehnt gewinnen viele Borderliner eine gewisse Stabilität. Das Borderline-Verhalten kann zurückgehen oder behindert die täglichen Aktivitäten nicht mehr einschneidend. Also können viele frühere Borderliner mit oder ohne Behandlung in der Lebensmitte aus dem Chaos ih-

res Lebens zu einer relativ stabilen Verfassung gelangen, so dass sie die entscheidenden Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht mehr erfüllen. Die Krankheit besteht zwar bei älteren Menschen fort, ist bei ihnen aber deutlich schwächer ausgeprägt.

Die Grenze überschreiten: Ein kurzer historischer Abriss

Der Begriff »Borderline« wurden zum ersten Mal vor über 60 Jahren benutzt, um Patientinnen und Patienten zu beschreiben, die sich an der Grenze zwischen psychotischen und neurotischen Symptomen bewegten und weder die Kriterien für die eine noch für die andere Störung eindeutig erfüllten. Anders als psychotische Patienten, die von der Realität chronisch abgespalten waren, und Neurotiker, die einheitlicher auf enge Beziehungen und Psychotherapie ansprachen, bewegten sich Borderline-Patienten irgendwo dazwischen. Borderliner betreten, wie Ärzte beobachteten, manchmal das wirre Terrain der Psychose, meistens aber nur für kurze Zeit. Andererseits zeigten Borderliner mehrere dem äußeren Anschein nach neurotische Charakterzüge, doch diese vergleichsweise gesünderen Abwehrmechanismen brachen bei Belastung zusammen.

Im Lauf der Jahre benutzte man Begriffe wie »pseudoneurotische Schizophrenie« und »Als-ob«-Persönlichkeit, um den Zustand zu beschreiben. Wenn sie sich einige von Freuds frühen Fallstudien über Neurose wie »Wolfsmann« und »Anna O.« vergegenwärtigten, zogen viele Theoretiker den Schluss,

das seien frühe Beispiele für die Symptomatik der Borderline-Störung. Jahrzehntelang erkannten Psychiater die Existenz dieser »Grenz«-Krankheit zwar, konnten aber nicht zu einer einheitlichen Definition gelangen. 1980 schließlich definierte die American Psychiatric Association in der dritten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-III) die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung und benutzte dafür zum ersten Mal ganz spezielle, beschreibende Symptome.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung definieren

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist unter den zehn Persönlichkeitsstörungen, die im *DSM-IV-TR* beschrieben werden, die am meisten vorherrschende. Eine »Persönlichkeitsstörung« wird definiert als Ansammlung lange existierender, tief verwurzelter Wesenszüge im Verhalten und Gebaren eines Individuums. Im typischen Fall werden diese zu Beginn des Erwachsenenalters, im Jugendalter oder bereits früher entdeckt, sind relativ unflexibel und führen zu schlecht angepassten, destruktiven Mustern im Verhalten, in der Wahrnehmung und in der Beziehung zu anderen Menschen. Man behandelt die Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen gesondert von denen der meisten anderen psychiatrischen Krankheiten, indem man sie auf einer eigenständigen Ebene der Klassifikation ansiedelt (Achse II). Andere psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, Drogenmissbrauch und Essstörungen werden auf Achse I definiert. Während man die Persönlichkeitsstörungen der Achse II als langfristige, chronische Fehlanpassungen des Verhaltens betrachtet, gelten die psychischen Erkrankungen der Achse I im Allgemei-

nen als zeitlich begrenzt, überwiegend biologisch begründet und besser ansprechbar auf Medikamente. Die Symptome der Achse I klingen meistens wieder ab, so dass die betroffene Person zwischen den Phasen der Verschlimmerung der Krankheit ihr »normales« Alltagsleben wieder aufnehmen kann. Menschen hingegen, bei denen man eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hat, zeigen bestimmte Wesenszüge der Störung meistens kontinuierlich, selbst wenn die akute Schwierigkeit gelöst ist. Die Behandlung erfordert in der Regel mehr Zeit, weil es um die tiefgreifende Veränderung bereits lange existierender Verhaltensmuster geht. Man hat nachgewiesen, dass Persönlichkeitsstörungen und vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung die tägliche Lebensführung stärker beeinträchtigen als einige Störungen der Achse I, schwere Depressionen eingeschlossen.⁶

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist bestimmte Gemeinsamkeiten mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf, besonders mit histrionischen, narzisstischen, antisozialen, schizotypischen und suchtabhängigen Persönlichkeitsstörungen. Die Kombination von selbstzerstörerischem Verhalten, chronischen Gefühlen von innerer Leere und verzweifelten Ängsten vor dem Verlassenwerden unterscheidet die Borderline-Persönlichkeitsstörung jedoch von den anderen Charakterstörungen.

Die primären Züge der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind Impulsivität und Instabilität in Beziehungen, im Selbstbild und in den Stimmungen. Diese das ganze Leben des Betroffenen beherrschenden Verhaltensmuster setzen meistens im Jugendalter ein und bleiben über lange Zeiträume bestehen. Die Diagnose beruht laut *DSM-IV-TR* (und meistens weltweit akzeptiert) auf den folgenden neun Kriterien. Ein Mensch

Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

1. Verzweifelt Bemühen, reales oder eingebildetes Verlassenwerden zu verhindern
2. Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen, für die ein Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung typisch ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägt und beharrlich instabiles Selbstbild oder Selbstgefühl
4. Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die potenziell selbstzerstörerisch sind (zum Beispiel Kaufsucht, Sex, Drogenmissbrauch, risikoreiches Autofahren, Fressanfälle)
5. Wiederkehrendes suizidales Verhalten mit entsprechenden Gesten oder Drohungen oder selbstverletzendes Verhalten
6. Affektive Stimmungsschwankungen und ausgeprägte Anfälligkeit für äußere Situationen (zum Beispiel intensive, periodisch auftretende Depressionen, Gereiztheit oder Angst, deren Phasen meistens einige Stunden und selten länger als ein paar Tage anhalten)
7. Chronische Gefühle von innerer Leere
8. Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, diese Wut unter Kontrolle zu bringen (das heißt häufige Wutausbrüche, ständige Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, auf Stress beruhende Paranoia oder schwere Symptome von Dissoziation (Gefühle von Unwichtigkeit)

muss fünf dieser neun Symptome zeigen, um als borderlinekrank diagnostiziert zu werden.

Wenn wir diese Kriterien in späteren Kapiteln genauer erforschen, werden wir noch sehen, dass das jüngste *DSM-IV-TR* nur minimale Änderungen bei der Definition der Symptome vornimmt. Die wichtigste Veränderung besteht in der Hinzufügung des neunten Kriteriums: gelegentliche, vorübergehende psychotische Schübe.

Diese Konstellation von neun Symptomen können wir in vier Hauptbereiche unterteilen, denen die Behandlung sich zuwendet:

1. Stimmungsschwankungen (Kriterium 1, 6, 7 und 8)
2. Impulsivität und unkontrolliertes Verhalten (Kriterium 4 und 5)
3. Zwischenmenschliche Psychopathologie (Kriterium 2 und 3)
4. Denk- und Wahrnehmungsstörungen (Kriterium 9)

Stimmungsschwankungen und Impulsivität sind die wichtigsten Faktoren bei Selbstmordgefahr.

In einer gemeinsamen Längsschnittstudie unterteilten Forscher aus den gesamten Vereinigten Staaten diese Definitionskriterien aus Klassifizierungsgründen in drei Kategorien.⁷ Nachdem sie hunderte von Borderline-Patientinnen und -Patienten interviewt und die Kriterien getestet und kategorisiert hatten, begründeten diese Wissenschaftler die Gültigkeit der *DSM*-Faktoren, welche die Borderline-Persönlichkeitsstörung definieren, noch einmal neu. Die drei Gruppen von Faktoren, die sie festlegten, sind: gestörte Beziehungen, unkontrolliertes Verhalten und Stimmungsschwankungen (siehe Tabelle).

Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung kategorisieren			
Kriterium	Gestörte Beziehungen	Unkontrolliertes Verhalten	Stimmungsschwankungen
1			Verlassenheitsängste
2	Instabile Beziehungen		
3	Identitätsstörung		
4		Destruktive Impulsivität	
5		Selbstverletzung	
6			Stimmungsschwankungen
7	Innere Leere		
8			Wut
9	Abspaltung von der Realität		

Gestörte Beziehungen heißt sowohl problematische Beziehungen zu anderen als auch zur eigenen Person. Identitätsstörungen (siehe Kapitel 4) führen zwangsläufig zu Beziehungsschwierigkeiten (siehe Kapitel 3). Bleibt die Identitätsunsicherheit bestehen, zieht sie oft Gefühle von innerer Leere und Sinnlosigkeit nach sich (siehe Kapitel 8). Verschwindet das Selbstgefühl völlig, kommt es zu einer Abspaltung von der Realität (siehe Kapitel 10).

Unkontrolliertes Verhalten schließt sowohl destruktive Impulsivität (siehe Kapitel 5) als auch selbstzerstörerisches Verhalten (siehe Kapitel 10) ein.

Die Kategorie *Stimmungsschwankungen* enthält die restli-

chen Kriterien. Instabile Stimmungen (siehe Kapitel 7) ziehen oft Frustration und den Ausdruck von unangemessener Wut (siehe Kapitel 9) nach sich. Diese heftigen Emotionen führen dazu, dass andere sich abwenden und das Individuum allein und verloren zurückbleibt (siehe Kapitel 2).

Diese *DSM*-Kriterien legen ein *kategorisches* Paradigma für die Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung fest. Das heißt, entweder eine Person hat die Krankheit (und erfüllt zumindest fünf der Kriterien) oder nicht (bei vier oder weniger Symptomen). Dieses Konzept macht die Anwendung objektiver, messbarer Bestimmungsfaktoren möglich. Es geht jedoch davon aus, dass alle neun Kriterien gleichermaßen zu der Krankheit beitragen, und lässt damit auch das offensichtliche Paradox zu, dass ein Individuum, bei dem man aufgrund der Diagnose von einer dauerhaften Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgeht, plötzlich von der Krankheit »geheilt« sein kann, wenn es auch nur eines der definierenden Kriterien überwindet.

Im Gegensatz dazu sprechen sich einige Autoren dafür aus, Persönlichkeitsstörungen, die dauerhafte Charakterzüge sind, auf dem Hintergrund eines *dimensionalen* Modells zu definieren. Sie gehen von *Abstufungen* der Persönlichkeitsfunktionen aus, ähnlich wie es Abstufungen von Sucht gibt. Statt die Schlussfolgerung zu ziehen, dass ein Individuum borderlinekrank ist oder nicht, wollen diese Autoren die Krankheit durch die proportionale Bestimmung der *Intensität* der gezeigten Symptome und die Abwägung bestimmter Kriterien und Hintergrundinformationen auf der Grundlage eines Spektrums definieren.⁸ Geht man zum Beispiel davon aus, dass die Bestimmung von männlich oder weiblich eine kategorische ist, wird sie

durch mehrere Kriterien objektiv festgelegt. Auf dem Hintergrund eines dimensional Modells hingegen hängt die Bestimmung von weiblich oder männlich von persönlichen, kulturellen oder anderen weniger objektiven Kriterien ab. Vorschläge für die nächste, fünfte Ausgabe des *DSM* beinhalten auch Überlegungen, Persönlichkeitsstörungen (Achse II) auf der Grundlage von dimensional Modellen neu zu definieren.

Schwierigkeiten der Diagnosestellung: Nebeneinander bestehende und verwandte Krankheiten

Untersuchungen im letzten Jahrzehnt haben bestätigt, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr viel häufiger mit anderen psychiatrischen Krankheiten verbunden ist, als man bisher annahm. Anders als der Käse in »The Farmer in the Dell« (Kinderlied in Reimen, in dem der Käse am Ende allein übrig bleibt, Anm. d. Ü.) steht die Borderline-Persönlichkeitsstörung selten allein da. Einige der sie definierenden Symptome sind identisch mit Kriterien für andere Krankheiten. So beobachten wir zum Beispiel bei vielen Individuen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) genauso wie bei Borderlinern Ungeduld, Impulsivität, schnelle Bereitschaft zur Wut, zerrüttete Beziehungen, mangelnde Selbstachtung und häufig auch Drogenmissbrauch. Der häufigste »Begleiter« der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind Depressionen. Mehr als 95 Prozent der Borderline-Patienten erfüllen auch die Kriterien für diese Krankheit. Fast 90 Prozent der Borderline-Kranken entsprechen

auch den Kriterien für Angsterkrankungen, vor allem der posttraumatischen Belastungsstörung, Panikstörungen und sozialen Angststörungen. Auch wenn Depressionen und Ängste bei beiden Geschlechtern auftreten, kommen Drogenmissbrauch und Soziopathie eindeutig häufiger bei männlichen Borderline-Patienten vor, während Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen häufiger bei Borderline-Patientinnen zu finden sind. All diese Krankheiten treffen wir bei Borderline-Kranken sehr viel häufiger an als bei Menschen mit anderen Persönlichkeitsstörungen.⁹

Da Borderliner meistens mehrere Erkrankungen zeigen, muss sich der Kliniker zuerst den Symptomen zuwenden, die den Betroffenen am meisten beeinträchtigen, und abwägen, wie sich die Behandlung auf begleitende Probleme auswirken kann. So zeigen viele Borderliner zum Beispiel auch Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Wenn die Therapeutin mit der Behandlung der mangelnden Konzentration und der Zerstreuung aufgrund des Aufmerksamkeitsdefizits anfängt und stimulierende Medikamente (wie Ritalin) verschreibt, verstärken sich dann Borderline-Symptome wie Wut und Stimmungsschwankungen? Wenn sie umgekehrt mit dem Patienten eine intensive Psychotherapie beginnt, ist dieser dann in der Lage, mit seiner Aufmerksamkeit so zu folgen, dass die Behandlung für ihn von Nutzen ist? Um eine gründliche und ausgewogene Behandlung sicherzustellen, ist eine präzise Diagnose sämtlicher vorliegenden Störungen erforderlich.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann auch mit anderen Krankheiten verwechselt werden. Stimmungsschwankungen können als bipolare Störung fehldiagnostiziert werden. Eine

vorübergehende Psychose kann für Schizophrenie gehalten werden. Wenn eine begleitende Störung wie Depressionen oder Alkoholismus im Vordergrund steht, kann diese die signifikantere, zugrunde liegende Borderline-Persönlichkeitsstörung verschleiern.

Auch wenn die Borderline-Persönlichkeitsstörung andere Krankheiten begleiten kann, ist es wichtig, sie von anderen Störungen zu unterscheiden. Borderline-Depressionen und Stimmungsschwankungen gehen meistens auf Situationen im Umfeld des Kranken zurück und können sich folglich innerhalb von Stunden verändern. Schwere depressive und bipolare Störungen halten meistens Tage oder noch länger an und hängen möglicherweise nicht mit Stimuli aus dem Lebensumfeld des Betroffenen zusammen. Außerdem kommt eine Person mit einer affektiven Störung zwischen den Krankheitsphasen meistens gut zurecht, während Borderline-Kranke sich weiterhin destruktiv verhalten können.

Vorübergehende, auf Belastungen beruhende Psychosen können bei Borderline-Patienten ganz ähnlich aussehen wie eine paranoide Schizophrenie. Beim Borderline-Kranken tritt die Psychose jedoch nur kurzfristig auf und kann wieder verschwinden, manchmal innerhalb weniger Stunden; die schizophrene Psychose hingegen ist meistens chronisch und weniger durch äußere Stressfaktoren bedingt.

Auch wenn Borderliner häufig Traumata erleben, ist die posttraumatische Belastungsstörung definiert durch typische Reaktionen auf bestimmte schwere Krisen. Diese Reaktionen bestehen aus wiederkehrenden quälenden Gedanken an das Ereignis, Vermeidung der damit verbundenen Orte oder Verhal-

tensweisen sowie starker Unruhe mit übertriebenen Schreckreaktionen, die meistens nicht typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind. Physiologische Unterschiede legen nahe, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung heftiger auf Verlassenheitsthemen reagieren, während Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung extremer auf Vorstellungen und Darstellungen ansprechen, die das Trauma verstärken.¹⁰

Diagnostische Vorlieben

Trotz ihres häufigen Vorkommens wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung oft fehl- oder unterdiagnostiziert. Allgemeinärzte, die wegen psychiatrischer Probleme aufgesucht werden, können die Borderline-Persönlichkeitsstörung nur in weniger als der Hälfte aller Fälle richtig erkennen und behandeln.¹¹

Verwandte Krankheiten können in mehrfacher Hinsicht zu einer Unterdiagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung beitragen. Wenn eine andere Störung primär ist, ignorieren viele Kliniker die Diagnosen der Achse II und konzentrieren sich auf die Behandlung der Krankheit der Achse I (die meistens leichter zu therapieren ist, da das Schwergewicht auf der medikamentösen Behandlung liegt und nicht auf einer komplizierten, langwierigen Psychotherapie). Außerdem rät die verwaltete Gesundheitsversorgung in den USA¹² bei Persönlichkeitsstörungen manchmal von einer Fortsetzung der Therapie ab, da solche Patienten im typischen Fall eine intensivere – und teurere – Langzeitbehandlung brauchen. Manche Krankenversicherungen in

Amerika lehnen die Erstattung der Behandlungskosten für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ganz ab und betonen, dass die erforderliche teure Therapie mit ihren Grundsätzen nicht vereinbar sei. Paradoxerweise verweigern manche Sachbearbeiter die Bewilligung einer Behandlung mit der falschen Begründung, Borderline-Patienten könnten niemals genesen, Therapie helfe hier nicht und deswegen seien Behandlungsversuche Geldverschwendung. Also vermeiden viele Ärzte die Bezeichnung »Borderline«, um Kämpfen mit den Krankenversicherungen aus dem Weg zu gehen.¹³

Und schließlich zögern viele Kliniker, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, weil diese Krankheit innerhalb ihrer Berufsgruppe ein Stigma trägt. Bei den vielen Fachleuten auf diesem Gebiet sind Borderline-Patienten am meisten gefürchtet. Sie stehen im Ruf, zu große Forderungen zu stellen, ständig anzurufen und Unruhe zu stiften, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Sie sind unter den psychiatrischen Patienten die streitsüchtigste Gruppe. Sind sie enttäuscht, ist ihre Wut schwer zu ertragen. Ständige Selbstmorddrohungen können eine weitere Schwierigkeit sein. Die Behandlung verlangt viel Geduld und noch mehr Zeit, was heutzutage oft nicht richtig erkannt oder nicht bezahlt wird. Deswegen können viele Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung keine fähigen Ärzte oder Therapeuten, die bereit sind, sie zu behandeln, für sich gewinnen.

Aktive Schritte:

Eine schnelle Checkliste für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Leiden Sie an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung? Oder glauben Sie, einen Menschen zu kennen, auf den das zutrifft? Ohne professionelle Hilfe können Sie natürlich nicht mit Sicherheit wissen, ob eine Person borderlinekrank ist; doch ebenso wie für körperliche gibt es auch für psychische Krankheiten Hinweise und frühe Warnzeichen. Die folgenden Lebensumstände und Verhaltensweisen können auf das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinweisen.

Achtung: So, wie Sie keine Diagnose über den Gesundheitszustand Ihres eigenen Herzens stellen sollten, so sollten Sie auch nicht versuchen, Ihre eigene psychische Störung zu diagnostizieren. Wenn mehr als nur wenige der folgenden Punkte auf Sie zutreffen und Sie in Ihrem normalen Alltagsleben behindern, sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen.

- Traumatische Kindheitserfahrungen (vor allem körperlicher oder sexueller Missbrauch)
- Selbstsabotage (zum Beispiel ein Bewerbungsgespräch sabotieren, eine gute Beziehung zerstören)
- wiederholte enttäuschende Partnerschaften, Berufserfahrungen oder andere Beziehungsverhältnisse
- häufige Wechsel von Beruf, Ausbildungsstätten (und Studienfächern) sowie Beziehungen (mehrfache Scheidungen, Trennungen und Heiraten)

- wiederholte schädliche Beziehungen (zum Beispiel mehrere Ehen mit Alkoholikern, die ihre/n Partner/in missbrauchen) oder Beziehungen mit kontrollierenden, narzisstischen Partnern, die zu Konflikten führen
- Benutzung von Übergangsobjekten (angewiesen sein auf Trost durch zahlreiche Puppen und Teddybären)
- sexuelle Verwirrung (zum Beispiel Bisexualität)
- gefährliches Verhalten, das der Betroffene aufregend finden kann (wie Drogenmissbrauch, Promiskuität, Ladendiebstahl, Bulimie, Anorexie)
- häufige Konflikte (vor allem mit wichtigen Menschen wie Vorgesetzten, Kollegen, Freunden und Familienangehörigen)
- wiederholte Erlebnisse mit Gewalt, als Täter, Opfer oder beides
- einschneidende Änderungen der eigenen Einstellung (zum Beispiel eine Freundin idealisieren und sie später abwerten; vorgeben, ein Buch zu lieben und es später langweilig finden)
- Neigung zu extremen Organisationen (wie religiöser oder politischer Art)
- besseres Zurechtkommen in durchorganisierten Systemen (zum Beispiel sich an der Universität nicht zurechtfinden und in der Armee glänzen)

Die Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die theoretischen Anzeichen der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben wir in unserem vorigen Buch dargestellt.¹⁴ Die Ursachen und Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind mit Hilfe verschiedener Methoden untersucht worden. Familienstudien haben bestätigt, dass die meisten Borderline-Kranken einschneidende Störungen in ihrer Entwicklung erfahren haben, die durch ihr Lebensumfeld begründet sind.

Jüngere genetische und neurologische Untersuchungen haben die Theorie aufgestellt, dass es erbliche, biologische Grundlagen für diese Krankheit geben könnte. Eine erhebliche Untergruppe von Borderline-Kranken weist einen Hintergrund an perinatalen oder erworbenen Gehirnschäden auf.¹⁵

Eine neue Forschungsrichtung postuliert, dass die Prädisposition aufgrund von genetischen/biologischen Anfälligkeiten in Verbindung mit Traumata, die auf das Umfeld zurückgehen, zur Entwicklung von Borderline-Bewältigungsmechanismen führen. Ein Modell geht davon aus, dass sich ererbte Tendenzen (Temperament genannt) und entwicklungsbedingte Werte (Charakter) kreuzen und so die Persönlichkeit hervorbringen. Also gilt: Temperament + Charakter = Persönlichkeit. Außerdem können wir bestimmte Temperamente unterscheiden und mit bestimmten biologischen Unausgewogenheiten und Anfälligkeiten in Zusammenhang bringen.¹⁶ Die Muster des Temperaments bilden sich schon früh im Leben heraus und wir nehmen sie als instinktiv oder als Gewohnheiten wahr. Cha-

rakterstile entwickeln sich allmählich und sind im Erwachsenenalter ausgereift.

Biologische und anatomische Wechselbeziehungen

Manche der aufregendsten jüngsten Entdeckungen in der Forschung über Borderline erfolgten mit Hilfe moderner medizinischer Instrumente, mit denen man die Abläufe im Gehirn untersucht, indem man zum Beispiel chemische und anatomische Veränderungen am Monitor verfolgt. Einige Forscher haben gezeigt, dass Abnormitäten im Vorkommen des Neurotransmitters Serotonin (ein chemischer Stoff, der an der Übertragung von Impulsen durch das Nervensystem im ganzen Körper und speziell im Gehirn beteiligt ist) zu der gesteigerten Impulsivität und Aggressivität führen können, die typisch sind für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Interessanterweise beobachten wir diese Anfälligkeit häufiger bei Frauen, die 75 Prozent der Borderline-Kranken ausmachen.¹⁷ Eine Studie benutzte die Positronen-Emissions-Tomographie (PET), um die verringerte Serotonin-Aktivität im Gehirn sichtbar zu machen, die mit der gesteigerten Impulsivität von Männern und Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung korreliert.¹⁸ An der Regulation impulsiver Aggression sind wahrscheinlich noch weitere Neurotransmitter wie Dopamin und Gamma-Aminobuttersäure (GABA) beteiligt.¹⁹ Die Neurotransmitter Acetylcholin und Norepinephrin werden mit der Steuerung der Stimmung in Verbindung gebracht.²⁰ Es ist erwiesen, dass Medikamente, die diese Unausgewogenheit der Neurotransmitter regulieren, Borderline-Symptome lindern.

Einige Forscher haben den Zusammenhang von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Autoimmunstörungen untersucht, bei denen der Körper alle möglichen allergischen Reaktionen zeigt und Antikörper produziert, welche die eigenen Organe angreifen.²¹ Bei Menschen mit rheumatischer Arthritis zum Beispiel beobachten wir ein ungewöhnlich hohes Vorkommen an Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine Studie begleitete eine Frau mit wechselnden Borderline-Symptomen über einen Zeitraum von neun Monaten und maß dabei regelmäßig die Antikörper der Schilddrüse. Dabei entdeckten die Forscher, dass die Antikörper in Phasen, in denen die Depressionen und die Psychose dieser Patientin abklingen, eindeutig abnahmen und wieder hochschnellten, sobald ihre Symptome stärker wurden. Diese Ergebnisse legen nahe, dass auf Autoimmunschwäche beruhende Entzündungen Borderline-Symptome verstärken – und umgekehrt.

Wissenschaftler haben sich bei der Erforschung der Neurologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf einen Teil des Gehirns konzentriert, der als limbisches System bezeichnet wird. Dieser Bereich des Gehirns beeinflusst das Gedächtnis, das Lernen, emotionale Zustände (wie Angst) und das Verhalten (vor allem das aggressive und sexuelle). EEG-Analysen von Borderline-Kranken haben Störungen in diesem Teil des Gehirns aufgezeigt. Eine Studie hat versucht, mit Hilfe der Kernspintomographie bei Frauen, die ein Trauma erlitten hatten, Veränderungen im Umfang des limbischen Systems zu messen. Diese Autoren zeigen auf, dass der Hippocampus (Ammonshorn) und der Mandelkern in diesem Gehirnbereich beträchtlich weniger Volumen aufweisen.²² Dieser Zusammenhang zwischen einem körperli-



Jerold J. Kreisman, Hal Straus

Zerrissen zwischen Extremen

Leben mit einer Borderline-Störung
Hilfe für Betroffene und Angehörige

Taschenbuch, Broschur, 416 Seiten, 12,5 x 18,3 cm
ISBN: 978-3-442-16976-4

Goldmann

Erscheinungstermin: April 2008

Bis vor kurzem galt die Borderline-Störung als kaum therapierbar. Mit neuen Erkenntnissen aus langjähriger Praxis bringen die Autoren neue Hoffnung. Sie machen die Krankheit besser begreifbar, bieten hilfreiche Strategien für das Leben mit Borderline und beschreiben die erfolgversprechendsten Behandlungsmethoden. Wertvolle Unterstützung für Betroffene, Angehörige und medizinisches Fachpersonal.

- Vom führenden Experten Dr. Jerold J. Kreisman.