

Diplomarbeit

**Die Bedeutung von Trauma in der Ätiologie der
Borderline-Persönlichkeitsstörung**

eingereicht von

Verena Halb

Mat.Nr.: 0310687

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Verena Halb

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass soweit in dieser Arbeit Personen- und Funktionsbezeichnungen nicht ausdrücklich in der weiblichen und männlichen Form genannt werden, die sprachlichen Bezeichnungen in der männlichen Form sinngemäß auch in der weiblichen Form zu verstehen sind.

Danksagungen

Allen voran möchte ich meinen Eltern danke sagen!

Nicht nur dafür, dass ihr mir dieses Studium überhaupt ermöglicht habt und mir jederzeit in finanziellen und logistischen Angelegenheiten zur Seite gestanden seid, sondern vor allem dafür, dass so oft viel mehr an mich geglaubt habt, als ich es selbst getan habe.

Ein riesengroßes DANKE gilt all meinen Freunden, danke dass ihr mich die Uni und den damit verbundenen Stress unzählige Tage und Nächte hindurch vergessen ließ und mein Leben so bunt und abwechslungsreich macht!

An dieser Stelle ist es mir ein besonderes Anliegen Astrid zu erwähnen, die mich vom ersten bis zum letzten Tag begleitet hat. Unsere Freundschaft ist das mit Abstand wertvollste, das ich aus diesem Studium mitnehmen darf!

Auch dir Alex, möchte ich hier danke sagen, dass du mir vor allem im ersten Jahr eine so unsagbar große Stütze warst und mir bis zum heutigen Tag jederzeit mit deiner Hilfe und Freundschaft zu Seite stehst.

Mein besonderer Dank gilt natürlich auch Herrn Univ.-Prof. DDr. Kapfhammer, für die Übernahme und Betreuung meiner Diplomarbeit.

Ich möchte diese Arbeit zwei ganz besonderen Menschen widmen.

Zum einen meiner lieben Oma, die leider im Laufe meines Studiums die Grenzen der Medizin erfahren musste und zum anderen dir, liebe Marita, weil du das wertvollste Geschenk bist das mir Mama und Papa je gemacht haben.

Zusammenfassung

Da bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auffallend oft ein traumatisches Ereignis in der Anamnese zu erheben ist, werden in der Fachliteratur auch immer wieder Parallelen zwischen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderlinestörung beschrieben.

In der folgenden Arbeit wird dieser Zusammenhang, anhand von acht klinischen Studien und zahlreichen Reviews genauer dargestellt und im Anschluss diskutiert. Zusammenfassend kann ich die Aussage treffen, dass ein Trauma zwar prädisponierend für eine Borderlinestörung sein dürfte, aber nicht als einzige Ursache herangezogen werden kann. Weiters ist es unumgänglich die genaue Art und Dauer der Traumatisierungen zu erheben.

In der Frage nach der Gleichsetzung von posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) und Borderline kam ich zu dem Ergebnis, dass es sich bei Borderlinepatienten mit Traumaanamnese eher um eine Untergruppe innerhalb der Borderlinepatienten handeln dürfte, die womöglich begleitend eine PTSD aufweisen, welche differenziert betrachtet und therapiert werden sollte, diese beiden Krankheitsbilder aber nicht generell als gleich angesehen werden dürfen.

Abstract

Because of the high number of traumatic life-events in patients with borderline personality disorder, there is a lot of literature which describes parallels between disorder of extreme stress and borderline personality disorder.

In the following paper, the coherency between DESNOS and borderline is shown by eight studies, a lot of reviews and finally is being discussed.

As a summary, trauma may be a predisposing factor but not the only one to develop a complex psychopathological and psychosocial syndrome that is diagnosed as borderline personality disorder. In respect of traumatic events it's important to analyze very exactly the kind of trauma exposure, the duration and the context of development and other risk or predictive factors.

The clinical picture of borderline personality disorder shows some symptomatic overlap with complex posttraumatic stress disorder or DESNOS. Patients with borderline personality disorder and a history of trauma exposure may be considered as a subcategory.

The complex trauma related symptoms and problems must be appreciated and be differentially treated.

So far the scientific literature has not been able to suggest separate diagnostic groups (of borderline personality disorder and DESNOS) or to consider them within an overall diagnostically concept.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNGEN.....	II
ZUSAMMENFASSUNG.....	III
ABSTRACT	IV
INHALTSVERZEICHNIS	V
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VII
TABELLENVERZEICHNIS	VIII
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 DER BEGRIFF DER „BORDERLINESTÖRUNG“	2
1.2 DIAGNOSEKRITERIEN DER BORDERLINESTÖRUNG NACH DSM-IV	4
1.3 DIE KLINISCHE SYMPTOMATIK DER BORDERLINESTÖRUNG	5
1.4 DIE EPIDEMIOLOGIE DER BORDERLINESTÖRUNG	7
1.5 DIE ÄTIOPATHOGENESE DER BORDERLINESTÖRUNG.....	8
2 DIE FRAGESTELLUNG.....	12
2.1 TRAUMA UND PTSD	14
2.2 DIAGNOSEKRITERIEN DER PTSD NACH ICD-10.....	15
2.3 DIAGNOSEKRITERIEN DER PTSD NACH DSM-IV (1996)	16
2.4 DIE KOMPLEXE PTSD	17
3 HAUPTTEIL.....	20
3.1 STUDIE I.....	22
3.2 STUDIE II.....	23
3.3 STUDIE III	24
3.4 STUDIE IV	26
3.5 STUDIE V	27
3.6 STUDIE VI.....	28
3.7 STUDIE VII.....	29
3.8 STUDIE VIII	30
4 DISKUSSION.....	31
5 CONCLUSIO	42
LITERATURVERZEICHNIS	43
LEBENS LAUF	48

Glossar und Abkürzungen

- ASD: Acute Stress Disorder
- BPI: Borderline-Persönlichkeits-Inventar
- CRF: Corticotropin-Releasing-Faktor
- CTQ: Childhood Trauma Questionnaire
- DESNOS: Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
- DIB-R: Diagnostisches Interview für Borderline, revidierte Fassung
- DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revidierte Fassung
- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
- MRT: Magnetresonanztomographie
- NYSCR: New York State Central Registry for Child Abuse and Neglect
- PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire, revidierte Fassung
- PTSD: Post Traumatic Stress Disorder
- ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
- SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV
- SHI: Self-Harm Inventory
- TCI: Temperament- und Charakter-Inventar

Abbildungsverzeichnis

Bild 1:

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ (2003) The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *Am J Psychiatry*; 160: 2018-2024

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:

Dulz B, Jensen M (2000) Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart; 167-193

Tabelle 2:

Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silvia A, Barea RC, Wulff H, Ratzka S (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung?. Nervenarzt; 73: 820-829

1 Einleitung

Um eine „gesunde“, „regelrechte“ Entwicklung im Leben eines Menschen bis ins hohe Erwachsenenalter zu erreichen vertrauen wir heute auf modernste Errungenschaften in der Medizin aus ganz unterschiedlichen Bereichen der Forschung. So sind wir beispielsweise in der Lage feinste mikroskopische Untersuchungen und Operationen durchzuführen um bösartige Erkrankungen zu erkennen und erfolgreich zu behandeln. Punktgenaue Laborparameter ermöglichen uns den körperlichen Gesundheitszustand eines Menschen zu erfassen, zu analysieren und therapeutische Konsequenzen daraus zu ziehen.

Doch neben all diesen physikalisch messbaren Größen, die uns Aufschluss über unsere Gesundheit geben, darf eine ganz wichtige Komponente in der Entstehung bzw. Abwesenheit von Krankheit nicht außer Acht gelassen werden: die Seele eines jeden Menschen.

Dass diese Seele, oder auch Psyche genauso verletzlich wie andere bereiche unseres Körpers ist, zeigt sich in den verschiedensten psychiatrischen Krankheitsbildern.

So konnte Arnow (2004) beispielsweise in einer Arbeit aufzeigen, dass die Schwere der frühen Traumatisierung bei Frauen mit früher, chronischer Depression und hoher Suizidalität, sowie mit multiplen Schmerzsyndromen, ausgeprägtem, oft pathologischem medizinischen Inanspruchnahmeverhalten, sowie schlechtem psychobiologischem und psychosozialem Status im Erwachsenenalter korreliert.

Wesentliche Folgeerscheinungen schwerer, früher Traumatisierungen und damit Beeinflussungen des psychischen und somatischen Status als Erwachsener sind:

- Konversions-, Somatisierungssyndrome
- spezielle Schmerzsyndrome
- hypochondrische Einstellungen
- artifizielle Störungen
- Depression, Angst, Substanzmittelmissbrauch
- Somatischer Gesundheitsstatus, somatische Morbidität

Eine psychiatrische Erkrankung, und zwar die Borderline-Persönlichkeitsstörung, soll nun im Folgenden näher beleuchtet werden.

Neben unzähligen Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen dürfen besonders wichtige Grundbedürfnisse eines jeden Menschen, wie beispielsweise das Verlangen nach existentieller Sicherheit im Leben nicht vernachlässigt werden. Dass die Abwesenheit dieser Sicherheit, durch das Erleben traumatischer Ereignisse, unseren Gesundheitszustand nachhaltig beeinflussen kann, lässt uns beispielsweise auch die immer wiederkehrende Diskussion über die Frage nach der Bedeutung der Traumatisierung in der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung vermuten.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen nun, anhand verschiedener in der Literatur beschriebener, wissenschaftlicher Untersuchungen, Zusammenhänge zwischen traumatisierenden Erlebnissen und der Entwicklung einer Borderlinestörung dargestellt werden, um anschließend in einer Diskussion weiter hinterfragt und durchdacht zu werden.

1.1 Der Begriff der „Borderlinestörung“

In allgemeiner Form sprach Hughes bereits 1884 von einem „Borderland“ und auch Rosse (1890) und Clark (1919) verwendeten sehr früh den Begriff „Borderline“ oder auch „Borderland“ um neurotische und psychotische Randformen zu beschreiben.

Nosologisch wurde die Bezeichnung „Borderline“ allerdings erstmals 1938 vom Psychoanalytiker Stern herangezogen um Patienten, welche sowohl psychotische als auch neurotische Merkmale aufwiesen zu beschreiben.

In der Psychoanalyse wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung nun als eigenes Störbild zwischen Neurose und Psychose beschrieben, bei dem ein durchgehend gestörtes Muster im affektiven Bereich, schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen und eine Störung der Impulskontrolle bezeichnend sind.

In der Psychiatrie wurde die Bezeichnung „Borderline“ (Grenzbereich) ursprünglich dafür verwendet um Störungen, die im Grenzbereich zu den schizophrenen Störungen liegen, zu bezeichnen. Jedoch werden diese Störungen in den neuen

Diagnosesystemen als Schizotypie oder schizotype Persönlichkeitsstörungen bezeichnet.

Rohde-Dachser sprach daher schon von der „doppelten Elternschaft der Psychiatrie und Psychoanalyse“ im Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung, womit er die unterschiedliche Bedeutungsherkunft des Begriffs „Borderline“ aufzeigen wollte. (Paulitsch K, Karwautz A 2008)

Die multidimensionale Entwicklung des Begriffes „Borderline“ lässt schon erste Annahmen zu, dass auch die Krankheit an sich schwer zu beurteilen und einzuordnen ist und daher auch in ihrer Ätiologie sehr vielfältig sein dürfte.

In den Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV wird die Borderline-Störung vorwiegend mit psychoanalytischem Verständnis definiert.

(Paulitsch K, Karwautz A 2008)

Im ICD-10, der internationalen Klassifikation psychischer Störungen findet sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Unterkategorie der „emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen“ wieder.

Im DSM-IV sind neun Kriterien angeführt, von denen mindestens fünf zutreffen müssen um die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen zu können.

(Paulitsch K, Karwautz A 2008)

Dennoch hat sich laut Herpertz und Saß (2000) aus den ehemals sehr verwirrenden Restkategorien des Borderline-Syndroms bis zum heutigen Zeitpunkt eine der empirisch am besten belegten Persönlichkeitsstörungskategorien der gegenwärtigen Klassifikationen entwickelt. Wenn auch immer noch Unterschiede zwischen den beiden großen Klassifikationssystemen in einigen Details des Merkmalskataloges bestehen, existiert nun eine Störungsbeschreibung, die die Möglichkeit einer einheitlichen diagnostischen Sprache bietet und somit eine notwendige Grundlage für weitere Forschungsaktivitäten auf den Gebieten Ätiologie und Therapie darstellt.

1.2 Diagnosekriterien der Borderlinestörung nach DSM-IV

Die Diagnosekriterien stehen zueinander in Wechselbeziehung, so dass ein Symptom oder Verhaltensmuster häufig ein anderes bedingt. Im Großen und Ganzen liegen ausgeprägte Impulsivität und ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den Affekten, im Selbstbild und in zwischenmenschlichen Beziehungen vor.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
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 (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
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 einige Tage 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.

(Paulitsch K, Karwautz A 2008)

1.3 Die klinische Symptomatik der Borderlinestörung

Borderlinepatienten empfinden Alleinsein als Isolation, mit Gefühlen von Ängstlichkeit, Leere, Gereiztheit und Langeweile. Um ein Verlassenwerden zu verhindern, versuchen die Betroffenen, wichtige Bezugspersonen oft durch Druck oder manipulatives Verhalten an sich zu binden.

Im zwischenmenschlichen Bereich haben die Patienten Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. Trennungen werden nur sehr schlecht toleriert und andererseits führen Nähe und Intimität zur Angst, vereinnahmt zu werden oder rufen heftige Schuld- und Schamgefühle hervor. Es kommt trotz der anfänglichen Idealisierung in Partnerschaften rasch zu Entwertungen, da geringe Zurückweisungen sehr enttäuschend erlebt werden. Durch sogenanntes „schwarz-weiß-denken“ können wichtige Bezugspersonen vom Patienten ausschließlich als „gut“ oder „böse“ bewertet werden. Die Folge daraus sind instabile und schwierige Beziehungen mit zahlreichen Trennungen und Wiederannäherungen.

Häufig kommt es bei Borderline-Patienten zum Wechsel im Selbstbild, durch das Fehlen einer integrierten Identität. Das kann wiederum in einer Veränderung von Wertvorstellungen, persönlichen Zielen oder Berufswünschen zum Ausdruck kommen. Sehr typisch hierfür ist auch ein Meinungsumschwung in der Beurteilung hinsichtlich des Berufs oder der Freunde. Betroffene haben Schwierigkeiten, sich selbst zu beschreiben und auch in puncto Sexualität besteht eine Instabilität der Selbstwahrnehmung mit unterschiedlichen sexuellen Begehren, wie beispielsweise ein Wechsel von heterosexueller und homosexueller Orientierung.

Obwohl die Patienten versuchen, ihre Impulsivität unter Kontrolle zu bringen, ist diese als durchgängiges Muster der Betroffenen zu verstehen und es kommt immer wieder zu Affektdurchbrüchen die sich als Ess-Brech-Attacken, Alkohol- und Drogenkonsum, impulshaftem Geldausgeben, Wutausbrüchen oder als impulsives Muster im Bereich der Sexualität darstellen. Diese Verhaltensauffälligkeiten sind für die betroffenen selbst unberechenbar, werden wenig differenziert wahrgenommen und bewirken nicht selten einen erheblichen Leidenszustand.

Neben chronischer Suizidalität kommt es bei den meisten Patienten auch zu Selbstverletzungen wie Verbrennen mit Zigaretten, Schlucken von scharfen Gegenständen, Schneiden mit Rasierklingen oder sich selbst Blut abzunehmen.

Dieses Verhalten geschieht meist nicht in suizidaler Absicht sondern dient zur Spannungsabfuhr und führt eher zur Euphorisierung, sodass manche Patienten gar ein „suchtartiges“ Verhalten danach entwickeln. Mit diesen selbstverletzenden Handlungen und Suiziddrohungen signalisieren die Betroffenen auch Hilfsbedürftigkeit und stellen in schweren Fällen damit den Versuch her, Partner oder Therapeuten an sich zu binden.

Ein sehr typisches Merkmal für die Klinik eines Borderlinepatienten ist auch das Auftreten chronisch diffuser Ängste und extremen Stimmungsschwankungen, nach Irritationen wie Konflikten in Beziehungen, welche aber im Gegensatz zu depressiven Störungen nur wenige Stunden anhalten und von Ärger, Unruhe und inneren Spannungen begleitet sind.

Ein sehr typisches Gefühl, das von Betroffenen beschrieben wird ist das Gefühl der Einsamkeit und inneren Leere. Dies kann von intensiver Angst begleitet werden und der hohe Leidensdruck soll häufig durch Selbstverletzungen beendet werden.

Weiters kommt es zu Wutausbrüchen, die mit verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen verbunden sind und im Verhältnis zur auslösenden Situation als unangemessen und unvorhersehbar eingeschätzt werden. Der Zorn der Patienten richtet sich häufig gegen nahe stehende Personen und wird wiederum durch Missverständnisse und Enttäuschungen ausgelöst. Die misstrauische Grundhaltung, zusätzlicher Alkoholkonsum und Streit führen daher nicht selten zu Eskalationen mit möglichen rechtlichen und gesundheitlichen Konsequenzen für die Patienten.

Wenn die Betroffenen in spannungsgeladene Zustände oder Angst machende Situationen geraten entstehen Dissoziationen. Die Symptomatik umfasst hier Tagträumereien, Trance- und Dämmerzustände sowie verzerrte Erinnerungen. Betroffene erleben dabei ihren Körper, als gehöre er nicht zur eigenen Person (Depersonalisation). Psychotische Symptome sind reversibel, von kurzer Dauer und nicht systematisiert. Sie werden als ichdyston erlebt. Diese umfassen sowohl paranoide Gedanken, sowie umschriebene Halluzinationen, die als flash-backs auf traumatischen Erfahrungen wie Missbrauch oder Missahnlungen beruhen und oft vor dem Einschlafen auftreten. Die Halluzinationen zeigen grausame und quälende Inhalte und beziehen sich auf Erinnerungen an Traumata.

Wichtig ist es bei der Klinik der Borderline-Patienten paranoide Vorstellungen, wie „Ich wurde von einem Mann verfolgt!“ oder „Die Welt ist gegen mich!“ von echten schizophrenen Symptomen abzugrenzen.

(Paulitsch K, Karwautz A 2008)

1.4 Die Epidemiologie der Borderlinestörung

Laut Michael H. Stone (2000) ist die Erhebung epidemiologischer Daten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung durch verschiedene Faktoren verkompliziert. So stellt nicht nur die Frage nach einer einheitlichen Definition ein Problem dar, sondern vor allem auch die Tatsache, dass von groß angelegten epidemiologischen Untersuchungen zu möglichen Verständnisschlüsseln nur wenige auf der Beobachtung der allgemeinen Bevölkerung basieren.

So erhalten beispielsweise Wissenschaftler wie Merikangas und Weissman (1986) Swartz, Blazer et al. (1990) oder Maier, Lichtermann et al. (1992) alle eine Prävalenzrate zwischen ein und zwei Prozent und liegen damit deutlich unter der klinischen Prävalenz, die Widiger und Weissman (1991) und später Widiger und Trull (1992) mit im Durchschnitt 15% für stationäre und 8% für ambulante psychiatrische Patienten in den USA angeben.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in stationären Bereichen generell überrepräsentiert sind, im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung. Daher ist auch die Zahl der Borderlinepatienten im Vergleich zum nichtstationären Bereich an Kliniken erhöht. Diese Zahlenabweichungen erklären sich vermutlich auch aus dem beachtlichen psychischen Leiden, dem die Patienten einer Borderlinestörung ausgesetzt sind. Welches sie wiederum veranlasst in Arztpraxen oder Kliniken Hilfe zu suchen und so eher zu psychiatrischen Patienten „werden“ lässt als beispielsweise schizoide Persönlichkeiten, die nur selten Hilfe beanspruchen. Bei diesen ist die klinische Prävalenz daher auch kaum anders als ihre „wirkliche“ epidemiologische Prävalenz.

(Stone MH 2000)

1.5 Die Ätiopathogenese der Borderlinestörung

Die Ätiologie der Borderlinestörung ist wie auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen eine sehr komplexe und beruht auf ein multifaktorielles Geschehen. Um die Entwicklung dieses Störungsbildes zu erklären, kann man sich daher wohl nicht auf eine einzige Komponente beschränken. Dennoch ist es auffällig, dass in der Fachliteratur neben anderen Faktoren wie Charakter, Temperament oder genetischer Prädisposition immer wieder auf einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Borderlinestörung und traumatischen Erfahrungen eingegangen wird.

Denn auch wenn sich erste klinische Symptome laut Zanarini (2000) erst im Erwachsenenalter, um das 18. Lebensjahr präsentieren, kann die Vermutung, dass prädisponierende Faktoren schon in der frühen Entwicklung der Persönlichkeit der Patienten eine Rolle spielen nicht ganz außer Acht gelassen werden.

Hierbei möchte ich auf Faktoren wie die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur und das Familienklima hinweisen, auf die im Diskussionsteil dieser Arbeit noch näher eingegangen werden soll.

Da die Ätiopathogenese der Borderlinestörung auf unterschiedlichen Ebenen diskutiert wird ist an dieser Stelle eine Anregung von Mahler, Pine und Bergmann (1975, 1978) zu erwähnen. Laut diesen Wissenschaftlern ist die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwicklungspsychologisch der Separations- und Individuationsphase zugeordnet. Wonach das „erfolgreiche“ Durchlaufen dieser Phase, und die damit einhergehende Entwicklung stabilen Selbst- und Objektrepräsentanzen notwendig sind, um Beziehungsfähigkeit zu erlangen. Dieser Schritt ist bei Borderline-Patienten nicht gelungen.

Laut Kohut (1971, 1976) ist das Kind besonders in dieser Phase sehr auf die Stabilität der mütterlichen Liebe und auf „positive Spiegelung“ durch die Mutter angewiesen, um die notwendigen Entwicklungsschritte erfolgreich durchlaufen zu können.

Sigmund Freud hat bereits auf die Bedeutung sexuellen Missbrauchs für die Entstehung der Hysterie hingewiesen. Wobei an dieser Stelle zu erwähnen ist,

dass manche dieser Patienten heute wohl die Diagnose einer Borderlinestörung erhalten würden. Allerdings führte Freuds Meinung zu einer Isolierung in der Wiener Ärzteschaft und laut Grinsteins „Index der psychoanalytischen Schriften“ sind bis zum Ende der 60er Jahre keine Beiträge zu diesem Thema in psychoanalytischen Zeitschriften mehr erschienen. (Dulz B, Jensen M 2000)

Jetzt haben Studien gezeigt dass bei einem Viertel der Borderlinepatienten sexueller Missbrauch durch einen erwachsenen Nahestehenden in der Anamnese zu finden ist (Zanarini MC 2000) und dass rund ein Drittel der Patienten von verschiedensten Formen des Missbrauchs berichten. (Paris J et al 1994)

Sehr ansehnlich wurden Zahlen zu diesem Thema in einer Arbeit von Dulz und Jensen dargestellt, welche daher auf der folgenden Seite in Tabelle 1 wiedergegeben werden sollen.

Tabelle 1

**Angaben in der Literatur zur Häufigkeit von sexuellem Missbrauch bzw. körperlicher
Misshandlung bei Borderline-Patienten (in Prozent)**

Autoren	Jahr	Sexueller Missbrauch	Körperlicher Missbrauch	Beides bzw. andere frühe Traumen	Anmerkung
Coons u. Milstein	1986	75	55		Betr. multiple Persönlichkeit (kein Patient ohne Trauma)
Putnam, Guraoff et al	1986	83(Inzest:68)	75		Betr. multiple Persönlichkeit (3 von 100 Patienten ohne Trauma)
Bryer, Nelson et al	1987	86			12 von 14 Borderline- Patienten
Herman, Perry u. van der Kolk	1989	67	71	81	
Zanarini, Gunderson et al	1989	26	46	92	72% verbaler Missbrauch
Byrne, Velamoor et al	1990	86,7	a)46,7 b)53,3		Täter: a)Vater b)Mutter
Ludolph, Westen et al	1990	52	51,9		
Ogata, Silk et al	1990	71	42		
Ross, Miller et al	1990			95	Betr. multiple Persönlichkeit
Nigg, Silk et al	1991	72	48		
Goldman, D'Angelo et al	1992			38,6	Nur Kinder (überwiegend männlich)
Saxe, van der Kolk et al	1993	100	68		Patienten mit dissoziativer Störung (davon 71% Borderline- Störung)
Stauss	1993	ca. 90			
Paris, Zweig- Frank u. Guzder	1994a	70,5	73,1		Erfahrung von Verlust oder Trennung bei 51,3% (Frauen)
Paris Zweig- Frank u. Guzder	1994b	47,5	65,6		Erfahrung von Verlust oder Trennung bei 42,6% (Männer)

Natürlich darf nie außer Acht gelassen werden, dass es wesentliche Unterschiede in der Datenlage zwischen stationär und aus der allgemeinen Bevölkerung erhobenen Zahlen gibt.

Wie bereits erwähnt stellen Traumatisierungen wohl einen Teilaspekt in der Ätiopathogenese der Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Dieser Zusammenhang soll im Weiteren anhand von acht Studien näher untersucht werden.

2 Die Fragestellung

Nach Dulz und Jensen (2000) sind schwerwiegende Traumatisierungen ein häufig aufzudeckender Bestand bei Patienten mit Borderlinestörung. Speziell sexueller Missbrauch wird mit einer Häufigkeit von 57% bei weiblichen und 39% bei männlichen Borderlinepatienten aufgezeigt. Hierbei ist jedoch unbedingt zu berücksichtigen, dass es sich um stationäre Patienten handelt. Definitiv liegen diese Zahlen deutlich höher bei nicht psychiatrischen Patienten und bei nicht stationär behandelten Borderlinepatienten.

So zeigen zum Beispiel Arbeiten von Paris (1997) dass 80% der Erwachsenen, die in der Anamnese sexuellen Missbrauch aufweisen, keine offenkundigen psychopathologischen Auffälligkeiten haben.

Andersherum gesehen haben rund 40% der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung keine relevante frühe Traumaerfahrung in ihrer Lebensgeschichte. (Figueroa und Silk 1997)

Ein dritter wichtiger Punkt um die Zahlen der Studien richtig interpretieren zu können sind die Ergebnisse von Sabo (1997), wonach rund 34% - 62% der Frauen unterschiedliche Formen einer frühen sexuellen Traumatisierung erleiden mussten, davon aber nur 2% die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhielten.

Von großer Bedeutung in der Frage nach Trauma in der Ätiopathogenese von Borderline ist auch eine Behauptung von Herman et al (1989) wonach schwerwiegende frühe Traumatisierungen einen eigenständigen ätiologischen Einfluss auf die Borderlinestörung haben.

Johnson et al (1999) und Zanarini (2000) kamen zu den Ergebnissen, dass von den 55% - 80% der Borderlinepatienten, die sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch erlitten haben, rund 1/3 eine koexistente PTSD aufweisen. Wobei hier wieder der stationäre Sample beachtet werden muss, denn in der Allgemeinbevölkerung, so Fossati et al (1999) und Brierer et al (2003) liegen deutlich geringere Effektstärken und keine spezifische traumatologische Assoziation vor.

Schon alleine aufgrund dieser Zahlen und vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass sich das Krankheitsbild der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) an der Borderlinestörung orientiert, da es ursprünglich an Borderlinepatienten beschrieben wurde, ist es nicht sehr verwunderlich, dass es in der Fachliteratur immer wieder zu Vergleichen und Überschneidungen dieser beiden Diagnosen kommt.

Demnach stellt sich hier nun die Frage ob sich die Borderlinestörung von den anderen Persönlichkeitsstörungen abgrenzen lässt indem sie als eine Sonderform der komplexen PTSD angesehen wird und sich ihre Entstehung auf traumatisierende Erfahrungen zurückführen lässt.

Bereits in der Psychoanalyse wurde von einer desaströsen Geschichte in der Entwicklung der Borderlinestörung gesprochen, darum sollen im weitem Teil der Arbeit und um diese Hypothese zu untermauern zunächst Formen und Folgen von traumatischen Erfahrungen näher erläutert werden.

2.1 Trauma und PTSD

Als Trauma bezeichnet man ein Ereignis, das für eine Person entweder in direkter persönlicher Betroffenheit oder indirekter Beobachtung eine intensive Bedrohung des eigenen Lebens, der Gesundheit und körperlichen Integrität darstellt und Gefühle von Horror, Hilflosigkeit und Schrecken auslöst. (Kapfhammer HP 2008)
Wichtig ist zu erwähnen, dass nach Terr (1991) eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Typ-I- und Typ-II-Traumata getroffen wird.

Typ-I-Traumata: Es handelt sich hierbei um kurz andauernde, schwere Traumata, die als Unterbrechung von Normalität angesehen werden, wie beispielsweise Vergewaltigungen, Unfälle oder Naturkatastrophen.

Typ-II-Traumata: Beschreiben chronisch-rezidivierende Traumatisierungen, die als grundlegende Normalitätserfahrung über einen entscheidenden Entwicklungszeitraum einwirken.
Beispielsweise in Form emotionaler Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauchs.

Ein posttraumatischer Stress umfasst sowohl psychische als auch somatische Symptome, die auf die Konfrontation mit einem Trauma folgen. (Kapfhammer HP 2008)

Laut ICD-10 handelt es sich bei der Posttraumatische Belastungsstörung oder post-traumatic stress disorder (PTSD) um das Auftreten einer Störung, die als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, auftritt.

(Klassifikation Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD10 F43.1)

2.2 Diagnosekriterien der PTSD nach ICD-10

Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind:

das wiederholte Erleben des Traumas in Träumen, Alpträumen oder sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flash-backs), die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten.

Weiters finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.

In den meisten Fällen tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf.

Depression und Angst sind sehr oft mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.

Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Trotz des sehr wechselhaften Verlaufs, kann in einer Mehrzahl der Fälle eine Heilung erwartet werden. Bei einigen Patienten nimmt die Störung jedoch über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in die andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

2.3 Diagnosekriterien der PTSD nach DSM-IV (1996)

A.) Es war eine Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis gegeben und zwar:

I) Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv) **und**

II) Reaktion: Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)

B.) Es kommt zum beharrlichen Wiedererleben des Ereignisses in Form von

I) Wiederkehrenden und eindringlichen belastenden Erinnerungen (Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen) **und/oder**

II) Wiederkehrende belastenden Träume **und/oder**

III) Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt

C.) Anhaltendes Vermeidungsverhalten bzgl. traumaassoziierter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität.

Drei der sieben folgenden Kriterien sind erfüllt:

I) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen in Bezug auf das Trauma

II) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen

III) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern

IV) Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten

V) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen

VI) Eingeschränkte Bandbreite des Affektes

VII) Gefühl einer eingeschränkten Zukunftsperspektive

D.) Anhaltende Symptome erhöhten Arousals.

Zwei der folgenden fünf Kriterien sind erfüllt:

I) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen

II) Reizbarkeit oder Wutausbrüche

III) Konzentrationsschwierigkeiten

IV) Hypervigilanz

V) Übertriebene Schreckreaktionen

E.) Das Störungsbild dauert länger als einen Monat

F.) Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Eine Unterscheidung wird hier noch getroffen zwischen

- akuter PTSD: Dauer bis zu 3 Monate
- chronischer PTSD: Dauer über 3 Monate

Im DSM-IV wurde neben der PTSD gesondert auch noch die diagnostische Kategorie einer akuten Belastungsstörung (ASD) eingeführt. Diese beschreibt akute Stressreaktionen unmittelbar während und bis zu einem Monat nach einem Trauma.

2.4 Die komplexe PTSD

Da das Spektrum von Symptomen, die vor allem durch sehr schwere Traumatisierungen ausgelöst werden können, weitaus umfangreicher ist, als es in den begrenzten diagnostischen Kategorien der PTSD erfasst ist, wurde der Begriff der komplexen PTSD eingeführt. (Sack M 2004)

Darunter versteht man die psychischen Folgeerscheinungen einer schweren und langanhaltenden Traumatisierung, wie sie vor allem durch Typ-II-Traumata ausgelöst werden können, besonders wenn diese schon in der Kindheit erfolgen. (Haberfellner EM 2008)

Die Störung beschreibt also einen traumaassoziierten Symptomenkomplex, ohne dass die Kriterien für eine PTSD erfüllt sind. (Driessen M et al 2002)

Der Begriff DESNOS („Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“) wird im amerikanischen Sprachraum synonym mit dem Begriff komplexe PTSD verwendet und wurde erst 1992 durch Judith Herman eingeführt. Er war ursprünglich für das DSM-IV vorgesehen, wurde aber letztlich nicht in die Klassifikation aufgenommen. Dabei hat sicherlich die Tatsache eine Rolle gespielt, dass keine neue Diagnose, in das streng an der Klassifikation von Symptomen

ausgerichtete DSM-System aufgenommen werden sollte, die ätiologische Voraussetzungen enthält. Zudem hätten Überschneidungen mit anderen Diagnosen, wie z.B. der PTSD oder der Borderlinestörung die DSM-IV Klassifikation wohl unübersichtlicher gemacht. (Sack M 2004)

Störungen durch extremen Stress, die nicht anderweitig spezifiziert sind (DESNOS, nach American Psychiatric Association 1996):

A) Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- a) Chronische Affektdysregulation
- b) Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
- c) Selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- d) Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- e) Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B) Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- a) Amnesie
- b) Dissoziation

C) Somatisierung

D) Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- a) Änderungen in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle
- b) Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- c) Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers
- d) Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen
 - i) Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit andern aufrechtzuerhalten
 - ii) Tendenz, erneut Opfer zu werden
 - iii) Tendenz, andere zum Opfer zu machen

E) Veränderungen in Bedeutungssystemen

- a) Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- b) Verlust der bisherigen Lebensüberzeugung

(Kühler T, Stachetzki R 2005)

3 Hauptteil

Ein erster Zusammenhang zwischen den Folgen eines Traumas und der Borderlinestörung lässt sich sehr schön anhand der Arbeiten von Driessen M et al veranschaulichen. Diese haben in mehreren wissenschaftlichen Studien Parallelen der Kriterien der Borderlinestörung und der Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) gefunden und diese, wie in Tabelle 2 auf der nächsten Seite zu sehen ist, dargestellt.

Im Weiteren werden nun acht wissenschaftliche Studien vorgestellt, die sich mit dem Thema der Borderlinestörung in Zusammenhang mit Traumatisierung befassen.

Um die Vielfalt und Komplexität der Fragestellung und der Lösungsansätze zu beleuchten, werden Studien mit möglichst unterschiedlichen Hypothesen herangezogen. Diese wissenschaftlichen Studien, auf die ich mich stütze, möchte ich nach den Aspekten Autor, Erscheinungsjahr, Ort, Anzahl der untersuchten Personen, Form der Studie, Fragestellung, Untersuchungskontext, Form der Traumatisierung, Diagnostik und Ergebnisse ordnen.

Sie dienen dann als wissenschaftliche Grundlage, für die im Anschluss folgende Diskussion.

Tabelle 2

Übereinstimmungen der Kriterien von Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV und Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)

Borderline-Persönlichkeitsstörung	DESNOS	Übereinstimmung*
1. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen	5. Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen	++
2. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder – drohungen oder Selbstverletzungen	6. Selbstdestruktives und suizidales Verhalten	++
3. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst)	7. Chronische Affektdysregulation	++
4. Chronisches Gefühl von Leere	9. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit Verlust der bisherigen Lebensüberzeugung	-
5. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, körperliche Auseinandersetzungen)	8. Schwierigkeit, Ärger zu modulieren Tendenz, andere zum Opfer zu machen	+
6. Identitätsstörung: Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	4. Änderungen der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Gefühl, nichts bewirken zu können 10. Verlust bisheriger Lebensüberzeugungen	(+)
7. Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen mit Wechsel zwischen den Extremen von Idealisierung und Entwertung	1. Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrecht zu erhalten 2. Tendenz, erneut Opfer zu werden 3. Tendenz, andere zum Opfer zu machen	+
8. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden	-	-
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome	11. Gefühl, fortgesetzt geschädigt zu werden 12. Amnesie 13. Dissoziation 14. Somatisierung	+

* - Keine Übereinstimmung, (+) Übereinstimmung mit Einschränkung, + Übereinstimmung, ++ sehr gute Übereinstimmung

3.1 Studie I

Autor: Johnson JG et al

Erscheinungsjahr: 1999

Ort der Studie: USA

Anzahl der untersuchten Personen: 639

Form der Studie: prospektive Langzeitstudie

Fragestellung/Hypothese: Erhöht Kindesmissbrauch bzw. Vernachlässigung das Risiko im frühen Erwachsenenalter unter der Borderlinestörung zu leiden?

Untersuchungskontext: Psychosoziale und psychiatrische Interviews einer repräsentativen Gruppe von Kindern im Alter von 1 bis 11 Jahren und deren Mütter aus der Allgemeinbevölkerung

Form der Traumatisierung: sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und/oder körperliche Misshandlungen im Kindesalter

Diagnostik: Die Traumatisierung wurde durch Berichte der Betroffenen in Form von Interviews in den Jahren 1975, 1983, 1985 bis 1986 sowie 1991 bis 1993 und Aufzeichnungen der New York State Central Registry for Child Abuse and Neglect (NYSCR) erhoben.

Die Persönlichkeitsstörungen wurden nach den Kriterien des DSM-III-R und später DSM-IV diagnostiziert.

Hauptergebnisse: Johnson JG et al kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Menschen, welche in der Kindheit eine oder mehrere Formen dieser Traumatisierungen erlitten hatten, mehr als 4mal häufiger die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielten. So waren in der Gruppe der untersuchten Personen 608, die keine dieser Formen der Traumatisierung erlitten hatten. Davon wurde bei 69 (11,3%) irgendeine Art der Persönlichkeitsstörung und bei 7 (1,2%) die Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

31 Menschen dieser Bevölkerungsgruppe wurden in ihrer Kindheit Opfer von Missbrauch und/oder Vernachlässigung.

Davon wurde bei 17 (54,8%) irgendeine Art der Persönlichkeitsstörung und bei 4 (12,9%) die Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

3.2 Studie II

Autor: Driessen M et al

Erscheinungsjahr: 2000

Ort der Studie: Deutschland

Anzahl der untersuchten Personen: 42

Form der Studie: Vergleich von MRT-Bildern des Hippocampus und der Amygdala

Fragestellung/Hypothese: Basierend auf Studien, die verkleinerte Hippocampus-Volumina bei Menschen mit PTSD zeigten, soll in dieser Studie die Frage beantwortet werden ob dies auch bei Borderline-Patienten der Fall ist.

Untersuchungskontext: 21 psychiatrische ausschließlich weiblichen Patientinnen (davon 19 Stationäre und 3 Ambulante) im Alter zwischen 21 und 40 Jahren mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden mit einer gematchten Gruppe von 21 gesunden Probandinnen verglichen.

Form der Traumatisierung: körperlicher und seelischer Missbrauch, körperliche und seelische Vernachlässigung, sowie sexueller Missbrauch im Kindesalter

Diagnostik: Die Größenunterschiede des Hippocampus und der Amygdala wurden mittels MRT-Bilder festgestellt und verglichen. Die selbst berichteten Traumatisierungen aus der Kindheit der Patientinnen wurde anhand des Childhood Trauma Questionnaires (CTQ) bewertet.

Hauptergebnisse: Basierend auf Studien die zeigten, dass Patienten, welche an einer PTSD leiden in MRT-Untersuchungen verkleinerte Hippocampus- und Amygdalavolumina aufwiesen, verfolgten Driessen M et al die Annahme, dass dies auch bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung der Fall sein könnte, da diese oft von traumatisierenden Erlebnissen in der Kindheit berichten. Letztendlich kamen Driessen M et al zu dem Ergebnis, dass Borderline-Patientinnen ein um 16% kleineres Hippocampusvolumen und eine um 8% kleinere Amygdala, als vergleichbare gesunde Probandinnen aufwiesen. Der genaue Zusammenhang zwischen dem Volumenverlust in diesen Hirnregionen und traumatischen Erfahrungen konnte jedoch nicht geklärt werden.

3.3 Studie III

Autor: Golier JA et al

Erscheinungsjahr: 2003

Ort der Studie: USA

Anzahl der untersuchten Personen: 180

Form der Studie: Pfadanalyse

Fragestellung/Hypothese: Es soll der Zusammenhang zwischen Borderlinestörung und PTSD unter Berücksichtigung von traumatisierenden Erlebnissen und deren Zeitpunkt überprüft werden.

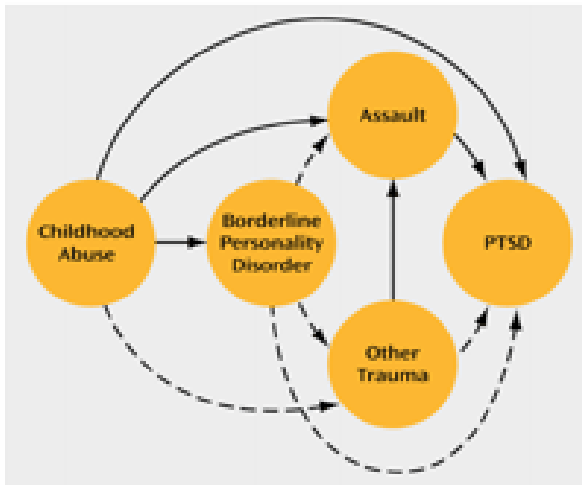
Untersuchungskontext: 117 männliche und 63 weibliche, ambulante psychiatrische Patienten im Alter zwischen 18 und 66 Jahren, mit der Diagnose mindestens einer Persönlichkeitsstörung

Form der Traumatisierung: körperlicher und sexueller Missbrauch, ein kriminelles Verbrechen, Unfall, Zeuge von Gewalt oder Mord, Verlust eines geliebten Menschen oder Angehörigen durch Tod, eine Naturkatastrophe, schwere Krankheit, Krieg

Diagnostik: Das Vorliegen einer PTSD wurde mittels strukturierter klinischer Interviews für DSM-III-R diagnostiziert und ebenfalls durch einen Psychologen wurden die Probanden anhand eines „Trauma History Questionnaire“ zu ihrer Trauma-Anamnese befragt.

Hauptergebnisse: Mit den Untersuchungen, die Golier JA et al gemacht hatten um den Zusammenhang zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTSD darzustellen, kamen sie zu den Ergebnissen, dass Menschen mit einer Borderlinestörung zwar signifikant höhere Raten von erlebtem körperlichem Missbrauch sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindesalter haben, sich aber, wie in Bild 1 zu sehen ist, über keinen der Pfade in der Analyse ein direkter signifikanter Zusammenhang zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTSD darstellen lässt. Demzufolge trafen sie die Aussage, dass zwar ein Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen sowie PTSD und Persönlichkeitsstörungen bestehe, dieser aber nicht auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung beschränkt sei. So sei die Borderlinestörung ihrer Meinung nach nicht von anderen Persönlichkeitsstörungen als eine speziell trauma-assoziierte oder gar als eine Sonderform der PTSD abgrenzbar.

Bild 1



Durchgehende Linien stellen signifikante Pfadkoeffizienten dar, gestrichelte Linien stellen nicht-signifikante Pfadkoeffizienten dar.

3.4 Studie IV

Autor: McLean LM, Gallop R

Erscheinungsjahr: 2003

Ort der Studie: Canada

Anzahl der untersuchten Personen: 65

Form der Studie: retrospektive Studie

Fragestellung/Hypothese: Es soll untersucht werden ob Symptome der Borderlinestörung und der komplexen PTSD eher bei Frauen auftreten die sexuellen Missbrauch im frühen Kindesalter oder bei jenen die dieses Trauma im jungen Erwachsenenalter erfahren haben.

Untersuchungskontext: ausschließlich weibliche, über 18jährige, ambulante Patientinnen mit der Diagnose Borderline oder komplexe PTSD, von denen 38 sexuellen Missbrauch in der frühen Kindheit (mittleres Alter 4,6 Jahre) und 27 erst im Laufe der Pubertät (mittleres Alter von 15,6 Jahren) erfuhren

Form der Traumatisierung: sexueller Missbrauch in der frühen Kindheit oder im Jugendalter

Diagnostik: mittels klinischer Interviews wurden die Borderlinestörung und die komplexe PTSD diagnostiziert, Traumatisierungen wurden anhand eines „Trauma Assessment Package“ erhoben

Hauptergebnisse: McLean und Gallop kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Patientinnen, welche sexuellen Missbrauch in der frühen Kindheit erfahren hatten, signifikant häufiger beide Diagnosen, Borderline und komplexe PTSD, erhielten.
Weiters beobachteten sie, dass die Variablen sexueller Missbrauch und Missbrauch durch Elternteile signifikante Prädiktoren waren um beide Diagnosen zu erhalten.
Demnach sollte ihrer Meinung nach die Diagnose „Borderline-Störung“ bei diesen Frauen gesondert betrachtet werden und eher in die alleinige Diagnose komplexe PTSD abgeändert werden.

3.5 Studie V

Autor: Lee R, Geracioti TD, Kasckow JW, Coccaro EF

Erscheinungsjahr: 2005

Ort der Studie: USA

Anzahl der untersuchten Personen: 20

Form der Studie: retrospektive Studie

Fragestellung/Hypothese: Gehen Traumatisierungen in der Kindheit mit Störungen im Stress-Hormonhaushalt bei Erwachsenen Menschen mit Persönlichkeitsstörung einher?

Untersuchungskontext: ausschließlich männliche Probanden, welche alle die Diagnosekriterien laut DSM-IV für mindestens eine Persönlichkeitsstörung erfüllten

Form der Traumatisierung: körperlicher, seelischer und sexueller Missbrauch, sowie körperliche und seelische Vernachlässigung in der Kindheit

Diagnostik: Die Persönlichkeitsstörungen wurden nach den Kriterien des DSM-IV diagnostiziert, die Traumatisierungen mittels „Childhood Trauma Questionnaire“ erhoben und der Corticotropin-Releasing-Faktor anhand von Lumbalpunktionen verglichen.

Hauptergebnisse: Die Studie bestätigte die Annahme, dass es bei Traumatisierungen, insbesondere bei emotionaler Vernachlässigung zu einer Abnormalität des CRF Levels bei Menschen mit Persönlichkeitsstörung kommt. Wobei die Gesamtergebnisse des „Childhood Trauma Questionnaire“ signifikant mit einem Anstieg der CRF-Konzentrationen im Liquor korrelieren. Diese Studie berücksichtigte aber leider die Diagnose einer Borderlinestörung nicht gesondert, sondern bezieht sich generell auf Persönlichkeitsstörungen.

3.6 Studie VI

Autor: Zanarini MC et al

Erscheinungsjahr: 2006

Ort der Studie: USA

Anzahl der untersuchten Personen: 290

Form der Studie: die Studie war Teil einer vielfältigen Longitudinalstudie

Fragestellung/Hypothese: Welche Faktoren haben die größte klinische Relevanz um den Zeitpunkt der Remission von Borderlinepatienten zu beeinflussen?

Untersuchungskontext: 233 weibliche und 57 männliche stationäre Patienten, mit der Diagnose Borderlinestörung zwischen 18 und 35 Jahren

Form der Traumatisierung: sexueller Missbrauch im Kindesalter

Diagnostik: Es wurden vier verschiedene Interviews durchgeführt, erstens um Hintergrundinformationen aufzulisten, zweitens das klinische Interview für DSM-III-R Achse I Störungen (SCID), weiters das diagnostische Interview für Borderline (DIB-R) und zuletzt das diagnostische Interview für Persönlichkeitsstörungen.

Von einem zweiten Interviewer wurden die Patienten über Erfahrungen in der Kindheit (anhand des „Revised Childhood Experiences Questionnaire“), psychische Erkrankungen in der Familie und Erfahrungen mit Gewalt befragt.

Diese Interviews wurden in 24 Monaten Abstand bis zum Zeitpunkt der Remission über 10 Jahre wiederholt.

Hauptergebnisse: Von 40 untersuchten Faktoren erwiesen sich 16 signifikant als bivariate Prediktoren um einen früheren Zeitpunkt der Remission zu erreichen und 7 signifikant in multivariaten Analysen.

Neben jüngerem Alter, keinem Substanzmissbrauch in der Familie, guter verbaler Aufnahmefähigkeit, der Abwesenheit von Angststörungen, wenig neurotischem Verhalten und hoher Kooperationsfähigkeit war auch das Fehlen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, einer dieser sieben Prediktoren.

Jedoch zeigte die Studie auch, dass der Zeitpunkt der Remission ebenso vom Temperament des Patienten abhängt, also durchaus ein multifaktorielles Geschehen angenommen werden kann.

3.7 Studie VII

Autor: Sansone RA, Sansone LA, Wiederman M

Erscheinungsjahr: 1995

Ort der Studie: USA

Anzahl der untersuchten Personen: 152

Form der Studie: retrospektive Studie

Fragestellung/Hypothese: In welchem Zusammenhang stehen fünf verschiedene Arten der Traumatisierung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und mit selbstverletzendem Verhalten?

Untersuchungskontext: 152 weibliche Probandinnen zwischen 18 und 45 Jahren, die in einem Zentrum für medizinische Grundversorgung zufällig ausgewählt wurden

Form der Traumatisierung: sexueller Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung, körperliche Vernachlässigung und miterleben von Gewalttaten

Diagnostik: Um die Traumaanamnese zu erheben, beantworteten alle Patientinnen einen Trauma-Fragebogen, um die Symptome einer Borderlinestörung aufzudecken den Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) und um den Grad der Selbstverletzung zu verdeutlichen den Self-Harm Inventory (SHI).

Hauptergebnisse: 70% der Probandinnen berichteten von traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit, davon 25,8% von sexuellem Missbrauch, 36,4% von körperlicher Misshandlung, 43,7% von emotionaler Misshandlung, 9,3% von körperlicher Vernachlässigung und 43% wurden Zeugen von Gewalttaten. Sansone et al konnten eine signifikante Korrelation zwischen den vergangenen Traumatisierungen und der Borderlinestörung sowie selbstschädigendem Verhalten nachweisen. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass sexueller Missbrauch und das beiwohnen von Gewalttaten am meisten mit Symptomen der Borderlinestörung assoziiert werden konnte und dass erlebter sexueller Missbrauch, körperlicher Missbrauch und das bezeugen von Gewalttaten am ehesten mit selbstschädigenden Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden konnten.

3.8 Studie VIII

Autor: Barnow S, Plock K, Spitzer C, Hamann N, Freyberger HJ

Erscheinungsjahr: 2005

Ort der Studie: Deutschland

Anzahl der untersuchten Personen: 51

Form der Studie: Studie mit querschnittlichem Design

Fragestellung/Hypothese: Es wurde untersucht ob Borderlinepatienten mit einer Traumaanamnese auch die Kriterien für eine komplexe PTSD erfüllen. Weiters stellten sich Barnow et al die Frage inwieweit sich Borderlinepatienten mit einer komplexen PTSD von Borderlinepatienten ohne einer komplexen PTSD in der Art des Traumas, dem Alter bei Traumatisierung und in der Charakter- und Temperamentskonfiguration unterscheiden.

Untersuchungskontext: 51 stationäre Patienten mit der Diagnose Borderline, davon waren 80% weiblich

Form der Traumatisierung: einmalige und lang andauernde Gewalterfahrung; lang andauernder sexueller Missbrauch oder einmaliger sexueller Übergriff; einmalige oder Serie von Vergewaltigungen; schwere Krankheit; schwerer Unfall; Tod eines Nahestehenden; Zeuge bei Typ-I- oder Typ-II-Traumata

Diagnostik: Um die Borderlinestörung zu bestätigen wurde das Klinische Interview für DSM-IV, Achse II durchgeführt und im Anschluss daran füllten die Probanden noch das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) aus. Vier Temperaments- und drei Charaktermerkmale wurden mittels Temperament- und Charakter-Inventar (TCI) gemessen. Traumatische Erfahrungen sowie das Vorliegen einer PTSD wurden anhand des PTSD-Moduls des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse I erfasst.

Hauptergebnisse: Bei 80,4% (41) ihrer Probanden fanden Barnow et al ein traumatisches Erlebnis in der Vergangenheit und 31,4% der Borderlinepatienten wiesen eine komplexe PTSD auf. Weiters kamen sie zu dem Ergebnis, dass jene Borderlinepatienten mit komplexer PTSD signifikant mehr Typ-II-Traumata in ihrer Entwicklungsgeschichte aufwiesen, als jene ohne eine komplexe PTSD. Im Bezug auf die vier erfassten Temperamentsdimensionen Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit, Neugierverhalten und Beharrlichkeit, sowie auf die drei Charakterdimensionen Kooperativität, Selbsttranszendenz und Selbstlenkungsfähigkeit fanden die Wissenschaftler eine signifikant höhere Schadensvermeidung bei Borderlinepatienten die eine komplexe PTSD aufwiesen als bei jenen ohne.

4 Diskussion

Bereits anhand der Studien, welche ich im Rahmen dieser Arbeit recherchierte und genauer unter die Lupe nahm, zeigt sich, dass die Frage der Bedeutung von Traumata in der Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung durchaus kontrovers diskutiert wird.

Ich möchte diese Studien nun unter den Aspekten Zusammenhänge, Abgrenzungen, neurobiologische Veränderungen, Behandlungsansätze, Einflussfaktoren, biologische Vulnerabilität, Diagnoseschlüssel, Formen des Traumaerlebens, Charakter- und Temperamentsmerkmale, prätraumatische Persönlichkeitsstrukturen, Bindungsverhalten und Familienklima in einer Diskussion noch einmal beleuchten.

Vor allem die Tatsache, dass Traumatisierungen wesentlich häufiger in der Bevölkerung auftreten, als die Diagnose einer Borderlinestörung, wirft erste Zweifel an der Theorie, dass beispielsweise Missbrauchserfahrungen unumgänglich zum Auftreten einer Borderlinestörung führen, auf.

Sehr ansehnlich zeigt sich das in den Zahlen einer repräsentativen deutschen Studie des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, wonach physische Misshandlung vor dem 16. Lebensjahr bei 10,6% und mehrfacher sexueller Missbrauch ohne Exhibitionismus bei 1,4% der Jungen und 3,9% der Mädchen unter 14 Jahren vorkommt (Wetzels P, 1997), die Prävalenz der Borderlinestörung aber wie eingangs erwähnt nur bei rund 2% der Allgemeinbevölkerung liegt.

Umgekehrt betrachtet, muss allerdings erwähnt werden, dass wenn man sich die Zahlen zur Prävalenz sexuellen Missbrauchs in klinischen Einrichtungen ansieht, laut Kühler und Stachetzki (2005) Werte im Bereich von 28% und 51% bei Frauen erhält. Demnach könnte man, unabhängig von der Borderlinestörung, darauf schließen, dass zahlreiche psychiatrische Erkrankungen traumatische Erfahrungen wie sexuellen Missbrauch in ihrer Ätiologie aufweisen.

Auch die Beobachtung, dass immer wieder Forschungsgruppen zu dem Ergebnis kommen, dass es zwar nach Traumatisierungen häufiger zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter kommt, diese sich aber nicht

ausschließlich auf die Borderlinestörung beschränken, lässt an einem direkten Zusammenhang als alleinige Ursache zweifeln.

So konnten beispielsweise Johnson JG et al zwar einen über vierfachen Anstieg von Persönlichkeitsstörungen nach Traumata feststellen, haben diesen aber in ihrer Arbeit nicht auf die Borderlinestörung beschränkt.

Golier JA et al gelang es zwar wiederum einen direkten Zusammenhang zwischen Missbrauch in der Kindheit und Borderline darzustellen, aber die Hypothese, dass die Borderlinestörung eine Sonderform der komplexen PTSD sei und somit gesondert von anderen Persönlichkeitsstörungen betrachtet werden sollte, hat sich auch in ihrer Arbeit nicht bestätigt.

Demnach sprechen schon alleine diese Fakten, gegen eine Abgrenzung der Borderlinestörung gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihres ätiologischen Hintergrundes. Vielmehr zeigt sich in diesen Studien eine Bestätigung der Annahme, dass es sich bei der Entstehung der Borderlinestörung um ein multidimensionales Modell handelt und diese nicht ausschließlich durch traumatische Erfahrungen begründbar ist.

Eher plausibel wirkt in dieser Diskussion der Lösungsvorschlag von Kühler und Stachetzki (2005), die meinten, dass es womöglich eine Art Untergruppe von Borderline-Patienten gäbe, die in ihrer Lebensgeschichte frühe und schwere Traumatisierungen aufweisen, und demzufolge das Bild einer komplexen und chronifizierten PTSD zu Tage bringen. Diese Menschen gelte es dann aus der großen Gruppe aller Borderlinepatienten herauszufiltern um ihnen eine gesonderte, speziell auf ihre Traumaanamnese abgestimmte Behandlung zukommen zu lassen.

Driessen M et al schaffen mit ihrer Zugangsweise zu diesem Thema allerdings Raum für weitere Diskussionen. So konnten Sie, wie oben erwähnt ja eine Parallele zwischen den Abnormitäten in der Gehirnstruktur, vor allem in der Hippocampusregion, von PTSD-Patienten und Borderline-Patienten feststellen. Wonach die beiden Erkrankungen, zumindest aus neurologischer Sicht, doch recht eng miteinander verbunden scheinen.

Allerdings könnte man hier argumentieren, dass die verkleinerten Hippocampusareale, die die MRT-Messungen ergaben, nicht zwingend bedeuten,

dass es sich bei den Entstehungsursachen der Krankheitsbilder um dieselben handelt.

Es könnte dies auch bloß der Grund für die ähnlichen Symptome und Diagnosekriterien sein, welche die Borderlinestörung immer wieder mit der PTSD in Verbindung bringt.

Schließlich konnte der genaue Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und dem Volumenverlust der Hirnregionen nicht hinreichend geklärt werden und bedarf weiterer Forschungsarbeit.

Gerade diese ähnlichen Symptome, die es oft so schwierig machen, eine eindeutige Diagnose in Richtung Borderline oder komplexe PTSD zu machen könnten die Forschungsergebnisse aus der Studie von McLean und Gallop (2003) erklären. Wonach sie entdeckten, dass einigen Patienten beide Krankheitsbilder gleichzeitig zugesprochen wurden. Allerdings kamen diese beiden Ärzte zu dem Ergebnis, dass es sich vor allem bei Patienten, welche Missbrauch im frühen Kindesalter erlebten, eher um die alleinige Diagnose komplexe PTSD als Borderline handle, was die zwei Krankheitsbilder in ihrer Ätiologie wieder weiter voneinander entfernt und vor allem unterschiedliche Behandlungsansätze impliziert.

Es könnte sich hierbei allerdings auch wieder um die bereits erwähnte „Untergruppe“ von Borderlinepatienten handeln, die ja auch Kühler und Stachetzki (2005) zur Diskussion gebracht haben.

Sollte es sich diese Annahme tatsächlich bestätigen, wäre es allerdings auch an der Zeit, die Diagnosesysteme ICD-10, sowie DSM-IV zu überarbeiten und um diese Untergruppe, als eigene Diagnose zu erweitern.

Wie auch Driessen M et al (2000) in ihrer MRT-Studie aufzeigten, haben Lee, Geraciotti, Kasckow und Coccaro (2005) ebenso neurobiologische Veränderungen bei traumatisierten Personen nachweisen können und gehen somit mit der Meinung von Reddemann und Sachsse konform, dass Traumapatienten nicht nur als psychisch kranke, sondern auch als, durch frühe Traumen physisch veränderte Menschen angesehen werden müssen.

In ihrer Studie gelang es diesen Wissenschaftlern nämlich Veränderungen im Stresshormon-Haushalt, insbesondere bei Menschen die seelische

Vernachlässigung erfahren mussten, nachzuweisen. Sie erhielten, wie zuvor beschrieben erhöhte CRF-Levels die mit der Intensität des Missbrauchs korrelierten.

Was wiederum die Frage nach einer gesonderten Behandlung von Patienten mit Traumaanamnese aufwirft.

Dass die Erhebung der Anamnese und das Aufdecken sexuellen Missbrauchs in der Kindheit, auch um die Frage der Remission der Borderlinestörung zu beantworten nicht außer Acht gelassen werden darf hat die Studie von Zanarini et al (2006) dargelegt. Wonach es zu einer früheren Remission des Krankheitsbildes kommt, wenn neben anderen Faktoren, kein Missbrauch in der Kindheit stattgefunden hat.

Auch wenn bekannterweise solche traumatischen Erfahrungen immer wieder zu Amnesien führen und das Erlebte somit oftmals nicht erhoben werden kann, unterstreichen auch diese Aussagen wieder die Vermutung, dass nicht bei allen Borderlinepatienten eine Traumaanamnese in deren Lebensgeschichte zu finden ist.

Neben der Frage ob in der Anamnese der Patienten überhaupt eine traumatisierende Erfahrung zu erheben ist, darf vor allem auch die genaue Erhebung der Art des Traumas nicht außer Acht gelassen werden. So ist es, laut Paris (2000) auch ganz entscheidend Faktoren wie Zeitpunkt, Dauer und Form des Missbrauchs in die Fragestellung einfließen zu lassen. Ebenso spiele es, seiner Meinung nach, eine erhebliche Rolle, welche Person dem Patienten Leid zugefügt hat. Es mache demnach einen Unterschied ob es sich dabei um einen sehr nahe stehenden Menschen handelt, wie beispielsweise den Vater, oder ob der „Täter“ nur ein entfernter Bekannter, Nachbar oder gar ein völlig Fremder war. Denn in diese Tatsachen haben laut Paris wieder unterschiedlichen Einfluss auf ganz andere Faktoren, die wohl auch in der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen oder der PTSD ein große Rolle spielen dürften. Hierbei ist vor allem an Dinge zu denken, wie Zerrüttung der Familie, die Tatsache dass der Person kein Glauben geschenkt wird, fehlende Bezugspersonen, generelle Gewalt in der Familie, die sich oft auch gegen andere Familienmitglieder richtet und dann von den Patienten hilflos beobachtet wird.

Diese Vorfälle innerhalb einer Familie können dann wiederum dazu führen, dass das Kind keine, seinen Bedürfnissen entsprechende, stabile und verlässliche emotionale Beziehung erlebt. Was dann, vor allem wenn es sich um Personen handelt, von denen das Kind existenziell abhängig ist, zum Verlust des Gefühls beschützt zu sein und sich in Sicherheit wiegen zu können führen könnte.

Ganz wichtig ist es, laut Joel Paris auch die biologische Vulnerabilität eines jeden einzelnen Patienten bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht außer Acht zu lassen. So ist es natürlich auch sehr stark von Temperament, bisher Erlebtem und generell der Fähigkeit eines jeden Mensch in der Regel traumatisierend wirkende Ereignisse zu verkraften, abhängig inwieweit ein Erlebnis ein tatsächliches Trauma auslöst und im Anschluss womöglich auch noch eine posttraumatische Belastungsstörung mit sich bringt.

Seiner Meinung nach ist das Auftreten von solchen Belastungsstörungen oder auch komplexen PTSD in der Natur ja eher die Ausnahme, als die Regel. Denn für gewöhnlich, so Paris, sind wir Menschen vor Traumafolgen durch so genannte Widerstandsfaktoren geschützt.

In ein ganz anderes Licht rücken Reddemann und Sachsse die Borderlinestörung in der Diskussion um einen Zusammenhang mit der komplexen PTSD. So vertreten sie nämlich die Ansicht, dass es sich bei der Persönlichkeitsstörung Borderline um ein „Ensemble von Copingstrategien“ handelt, um die Symptome, die nach einem traumatischen Erlebnis aufgetreten sind, zu bewältigen. Diese könnten sich dann ihrer Meinung nach chronifiziert haben, da sie während oder unmittelbar nach der traumatischen Situation nicht ausreichend verarbeitet werden konnten.

Das würde wiederum auch zeigen, wie unterschiedlich Menschen auf oft ähnliche Situationen in Verhalten und Emotion reagieren und dass selbst bei oft gleich scheinenden Erlebnissen, in Abhängigkeit von emotionaler Flexibilität und vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung des Erlebten, die Auswirkungen in doch recht unterschiedliche Richtungen gehen können.

Demnach wären es wieder die ganz persönlichen, von Mensch zu Mensch unterschiedlich Eigenschaften und verschiedenste Faktoren von außen, die hier zusammen spielen, um nach einem traumatischen Erlebnis das tatsächliche Auftreten einer Borderlinestörung zu bewirken.

Dieses multidimensionale Geschehen, wie es allem Anschein nach in der Ätiologie der Borderlinestörung zu finden ist, lässt sich laut Paris (2000) wohl auch am besten mit einem möglichst vielseitigen Ansetzen in der Therapie behandeln. Seiner Meinung nach, sollten die Therapiemethoden solcher Persönlichkeitsstörungen auch möglichst integrativ gewählt werden. So nannte er beispielsweise die dialektisch-behaviorale Therapie von Linehans als eine mögliche, gute Methode um diesen Menschen zu helfen und erwähnte auch, dass es keinesfalls überraschend sei, dass gerade dieser Therapieansatz in vergleichenden Studien am besten abschnitt.

Um eine klare Aussage gegen die Gleichstellung der Diagnose einer komplexen PTSD und die einer Borderlinestörung zu machen, haben Kühler und Stachetzki eine, zumindest in der heute vorhandenen Form der Diagnoseschlüssel, interessante Feststellung gemacht.

So heißt es nämlich sowohl im DSM-IV wie auch in der ICD-10, dass die Symptome einer Persönlichkeitsstörung andauern und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt sein dürfen. Jedoch konnten diese beiden Mediziner bereits aus Erfahrungen an ihrer Klinik berichten, dass die traumagerechte Behandlung von solchen Menschen, zumindest bei einem Teil der traumatisierten Patienten zu einem Verschwinden der Symptomatik einer komplexen PTSD führen kann.

Bei all den Meinungen, Ansichten und Fragen, die sich hier auftun, darf man auch die Problematik der Diagnoseschlüssel nicht aus den Augen verlieren. Bislang werden in diesen ja die Borderlinestörung und die PTSD völlig unabhängig voneinander beschrieben und wenn man sich nur an diesen formalen Diagnosekriterien orientiert, wird ein Vergleich dieser beiden Krankheitsbilder auch sehr problematisch.

So gehen etwa beide Diagnosemanuale, sowohl ICD-10 als auch DSM-IV nicht explizit auf Traumatisierungen ein, die längere Zeit zurück liegen. Man findet im DSM-IV-System zwar eine Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Belastungsstörung, welche sich aber nur auf die Dauer der auftretenden Symptome beziehen. Traumatisierungen aus etwa frühkindlicher Zeit, wie sie den

Forschungsarbeiten nach bei der Ätiologie der Borderlinestörung am ehesten eine Rolle spielen, werden hier nicht eigens erwähnt.

Auch in der Aufzählung der möglichen traumatischen Erlebnisse, wie sie in der ICD-10 zu finden ist, ergeben sich ähnliche Probleme, wenn man versucht einen Vergleich in der Ätiologie der beiden Krankheitsbilder zu ziehen.

Da es sich bei der Entstehung der Borderlinestörung, wenn man diese auf eine traumatische Anamnese zurückzuführen versucht, meinen Recherchen nach, am ehest möglichen um Traumatisierungen handelt, die im Bereich des sexuellen Missbrauchs liegen, dieser aber im Diagnosesystem als mögliche Ursache nicht aufscheint.

Laut ICD-10 sind demnach mögliche Traumata um eine PTSD auszulösen:

- Kampfhandlungen
- schwerer Unfall
- Katastrophen (Naturereignisse oder durch Menschen hervorgerufen)
- Zeuge von gewaltsamen Todesfall
- Opfer von Folterungen, Vergewaltigung, Terrorismus oder andern Verbrechen

Ich teile hier mit Kühler und Stachetzki (2005) die Meinung, wonach sich sexueller Missbrauch im Kindesalter allenfalls in der Angabe „andere Verbrechen“ vermuten lässt und die anderen Formen des Traumaerlebens sich wohl eher auf Kriegs-Traumata beziehen.

Dabei haben auch Sansone RA, Sanson LA und Wiederman M (1995) in einer Arbeit, die den Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und Borderlinesymptomen, sowie traumatischen Erfahrungen und selbstdestruktivem Verhalten veranschaulichen soll, unter anderem wieder Bezug auf negative Erfahrungen im Bereich der Sexualität genommen. Sansone et al haben in dieser Arbeit auch verdeutlicht, dass die Art des Traumas eine nicht unwesentliche Rolle spielt in der Frage nach den psychischen Auswirkungen auf die untersuchten Probanden. Nachdem diese Wissenschaftler fünf verschiedene Arten der Traumatisierung, nämlich sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung, das Miterleben von Gewalttaten und körperliche Vernachlässigung auf ihren Zusammenhang mit den oben genannten Symptomen untersucht haben erhielten sie sehr interessante Ergebnisse. So kamen sie beispielsweise zu den

Ergebnissen, dass erlebter sexueller Missbrauch und das Bezeugen von Gewalttaten am ehesten assoziiert werden kann mit Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dass sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlungen und das Beiwohnen von Gewalt am meisten mit selbstschädigendem Verhalten in Verbindung gebracht werden kann. Demnach spielen Art und Weise der vorangegangenen Traumatisierungen eine sehr wesentliche Rolle in der Entstehung von späteren Folgen und sollten meiner Meinung nach nicht verallgemeinert werden. Leider lassen nicht alle Studien die in der klinischen Fachliteratur zu diesem Thema zu finden sind eine so genau differenzierte Betrachtungsweise in Bezug auf die Traumaanamnese zu, obwohl es in meinen Augen ein sehr wesentlicher Bestandteil der Anamneseerhebung ist die Frage nach vergangenen Erlebnissen nicht auf das simple Wort „Trauma“ zu reduzieren, sondern hier schon ganz klare Unterschiede zwischen den einzelnen Lebensgeschichten der Probanden zu machen.

Damit geht auch das Fazit, das Sansone et al aus ihrer Studie treffen konnten konform, wonach Missbrauch zwar kein spezifischer, aber sehr wohl ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der Entstehung von psychopathologischen Prozessen ist.

Dass jedes Individuum in Bezug auf Trauma, Verarbeitungsfähigkeit, Temperament, Charakter und auch anderen äußere Einflussfaktoren gesondert zu betrachten ist, ist für mich eine unumgängliche Tatsache in der Bearbeitung dieser Fragestellung.

Barnow, Plock, Spitzer, Hamann und Freyberger (2005) untersuchten in einer Studie zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexe posttraumatische Belastungsstörung auch genau diese eben genannten Unterschiede von Charakter- und Temperamentsmerkmalen.

Nachdem sie bei über 80% der untersuchten stationären Borderlinepatienten traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit fanden stellte sich auch für dieses Forscherteam die Frage in wieweit diese Patienten auch die Kriterien einer komplexen PTSD erfüllten. Nach all ihren Untersuchungen gelangten sie schließlich zu dem Ergebnis, dass Borderlinepatienten die auch eine komplexe PTSD aufwiesen signifikant mehr Typ II-Traumata in ihrer Anamnese hatten. Wonach sich für mich wieder die Theorie bestätigt, dass die Art und Länge des

erlebten Traumas eine ganz wesentliche Rolle spielt und es genau zu differenzieren gilt.

Weiters fanden sie im Bezug auf die Temperamentsdimensionen eine signifikant höhere Schadensvermeidung bei Borderlinepatienten mit komplexer PTSD als bei jenen ohne.

In Anbetracht dieser Studienergebnisse gehe ich mit der Meinung von Barnow et al konform, wonach es ein wesentlicher Bestandteil in der exakten Differentialdiagnostik und im weiteren Sinne auch der optimalen Behandlung sein muss zwischen den verschiedenen Formen und Schweregraden der erlebten Traumatisierung von Menschen mit Borderlinestörung zu differenzieren und für Patienten mit sehr komplexen traumatischen Erfahrungen modifizierte Therapiemanuale zu entwickeln. Denn eine ganz wesentliche Aussage, die ich im Rahmen meiner Recherchen bereits treffen kann ist, dass es sich bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung um ein sehr komplexes Geschehen handelt, das von vielen äußeren Einflussfaktoren bestimmt und beeinflusst wird. Dies muss klarerweise auch in der Frage nach der bestmöglichen Behandlung berücksichtigt werden und hat meiner Meinung nach zur Folge, dass beste Therapieergebnisse nur durch individuell auf den Patienten abgestimmte Methoden erzielt werden können und die Borderlinestörung nicht generalisiert mit Hilfe eines „Schema-F“-Therapieplans behandelt werden kann.

Diese Individualität jedes einzelnen Borderline-Patienten erklärt sich auch durch zwei bereits Eingangs kurz erwähnte Punkte, die Dulz und Jensen (2000) in ihrer Arbeit zu den Aspekten einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung angeführt haben, die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur und das Familienklima.

Die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur des Opfers ist demnach von zwei wesentlichen Faktoren abhängig, den biologisch-genetischen Faktoren sowie den pränatalen, also intrauterinen Einflüssen (wie beispielsweise Dysharmonien bei ungewollter Schwangerschaft (Piontelli 1996)). In wieweit diese beiden beeinflussenden Faktoren hierfür tatsächlich eine Rolle spielen bedarf allerdings noch weiterer Forschungsarbeiten.

Der zweite, bei jedem Menschen individuell verschiedene, Einflussfaktor auf unsere Persönlichkeit ist laut Dulz und Jensen (2000) das Familienklima. Gemeint

sind hier vor allem die Unterschiede in der Qualität der innerfamiliären Beziehungen und der Persönlichkeitsstrukturen der Eltern und in manchen Fällen auch der Geschwister.

An dieser Stelle wären Forschungsergebnisse von Hoffman und Frank (1987) zu erwähnen, demnach korrelieren Borderlinestörungen signifikant negativ mit der väterlichen Gegenwart und negativ mit

- mütterlicher Abwesenheit (gemeint ist hier die physische Abwesenheit, gleiches dürfte aber auch für die psychische Abwesenheit zutreffen)
- mütterlicher Anschlusspartnerschaft
- sozialer Isolierung
- mütterlicher affektiver Bestrafung
- Entzug von Privilegien

Im Zusammenhang mit dem Familienklima weisen Golomb, Ludolph et al (1994) auch noch auf extrem chaotische Familienverhältnisse hin, in denen die Mutter nicht mehr wirksam und empathisch auf das Kind reagieren kann, wie sie in elterlichen Familien von Borderline-Patienten häufig zu finden sind.

Auf die Verschlechterung der finanziellen Situation und der Wohnverhältnisse, die vor allem als Begleitfaktoren für Misshandlungen angesehen werden können, sowie auf die mangelhafte soziale Situation im allgemeinen wiesen Richter-Appelt und Tifensee (1996) in einer ihrer Arbeiten hin.

Dass sich die beiden Faktoren auch gegenseitig beeinflussen, belegt die Säuglingsforschung, wonach das Familienklima sehr starke Auswirkungen auf die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur hat.

Im Bezug auf dieses Thema fand ich die Forschungsergebnisse von Köhler (1992) besonders interessant. Er konnte aufzeigen, dass allein aufgrund der Einstellung der werdenden Mutter zu ihrer eigenen Mutter die Vorhersage getroffen werden kann welche Art der Bindung das noch ungeborene Kind an seine Mutter aufbauen wird. Demnach wird der Bindungsstil, vornehmlich der der Mutter, mit rund 80%iger Wahrscheinlichkeit auf die nächste Generation übertragen.

Wenn man nun bedenkt, dass sich zwischen Bindungsverhalten und Beziehungsverhalten eine sehr starke Parallele herstellen lässt, und gerade dieses beim Borderline-Patienten so schwer gestört ist, liegt es doch nahe, dass

gerade diese wesentlichen Faktoren in der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, natürlich auch mit all ihren beeinflussenden Größen auf etwaige traumatische Erlebnisse eines Menschen nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

5 Conclusio

Nachdem ich nun zahlreiche Studien und Reviews zum Thema Borderline, komplexe PTDS und Traumatisierungen gelesen und durchgearbeitet habe, ist für mich deutlich geworden, dass es sich bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung um ein sehr komplexes Thema handelt.

Dass einige Einflussfaktoren, wie beispielsweise Typ II-Traumata in der Vergangenheit eines Menschen wohl eine größere Rolle in der Entstehung dieser Krankheit haben dürften ist für mich am Ende meiner Rechercharbeiten unumstritten. Dennoch können Traumatisierungen, egal welcher Form und Dauer, nicht als einziger prädisponierender Faktor gesehen werden und es kann nicht behauptet werden, dass ein traumatisches Erlebnis unumgänglich zur Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führt. Auch die nach Reddemann und Sachsse (1999), bessere Konzeptualisierung von Borderlinestörung als „Disorders of Extreme Stress“ und somit Gleichsetzung der beiden Krankheitsbilder kann ich nicht generell vertreten, obgleich sie in manchen Fällen zutreffend erscheinen mag. Allerdings gehe ich auch mit der Meinung von Kernberg nicht konform, wonach typische Persönlichkeitsstörungen strikt von posttraumatischen Belastungsstörungen in der ideologischen Einstellung und vor allem in behandlungstechnischen Konzepten zu trennen sind.

Es handelt sich meiner Meinung nach bei Patienten, die eine Traumaanamnese aufweisen um eine Art Untergruppe innerhalb der Borderlinepatienten, die ähnliche Symptome wie Menschen mit komplexer PTSD aufweisen und womöglich parallel zur vorhandenen Borderlinestörung auch eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt haben.

Demnach ist es für mich auch vorstellbar, dass in weiterer Zukunft die Diagnoseschlüssel um einen Punkt ergänzt werden, der Borderlinepatienten mit Traumatischen Ereignissen in ihrer Anamnese und somit auch Ätiopathogenese der Krankheit beschreibt.

Die Kunst des Arztes muss es demnach sein die unzähligen, vielfältigen Einflussfaktoren, die das Leben in Gesundheit und Krankheit eines jeden Menschen prägen zu erkennen, zu berücksichtigen und auch in der Therapie der Patienten nicht aus den Augen zu verlieren.

Literaturverzeichnis

- Barnow S, Plock K, Spitzer C, Hamann N, Freyberger HJ (2005) Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie*; 15: 148-156
- Bierer L, Yehuda R, Schmeidler J (2003) Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*; 8: 737-740
- Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*; 144: 1426- 1430
- Byrne CP, Velamoor VR, Cernovsky ZZ, Cortese L, Losztyn S (1990) A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Can J Psychiatry*; 35: 590-595
- Clark LP (1919) Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoanal Rev*; 6: 306-308
- Coons PM, Milstein V (1986) Psychosexual disturbances in multiple personality: characteristics, etiology and treatment. *J Clin Psychiatry*; 47: 106-110
- Driessen M, Beblo T, Reddenmann L, Rau H, Lange W, Silva A, Berea RC, Wulff H, Ratzka S (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung?. *Nervenarzt*; 73: 820-829
- Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, Osterheider M, Petersen D (2000) Magnetic Resonance Imaging Volumes of the Hippocampus and the Amygdala in Women With Borderline Personality Disorder and Early Traumatization. *Arch Gen Psychiatry*; 57: 1115-1122
- Dulz B, Jensen M (2000) Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart; 167-194
- Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) (1997) *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Figuroa E, Silk K (1997) Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 11: 71-92
- Fossati A, Madeddu F, Maffei C (1999) Borderline personality disorder and childhood abuse: A meta-analytic study. *J Pers Disord*; 13: 268-280

- Goldman SJ, D'Angelo EJ, DeMaso DR, Mezzacappa E (1992) Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 149: 1723-1726
- Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ (2003) The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *Am J Psychiatry*; 160: 2018-2024
- Golomb A, Ludolph P, Westen D, Block MJ, Maurer P, Wiss FC (1994) Maternal empathy, family chaos, and the etiology of borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc*; 42: 525-548
- Haberfellner EM (2008) Wie nützlich ist der Begriff der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“?. *Psychiatr Psychother*; 4/3: 85-87
- Herman J (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*; 5 (3): 377-391
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 146: 490-495
- Herpertz S, Saß H (2000) Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart; 115-123
- Hoffman N, Frank H (1987) Borderline empathy and borderline pathology: constitutional considerations. *Compr Psychiatry*; 28: 412-415
- Huges CH (1884) Borderland psychiatric records – pro-dromal symptoms of psychical impairment. *Alienist and Neurologist*; 5: 85-91
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP (1999) Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 600-606
- Kapfhammer HP (2008) Kommentar zu Haberfellner EM: „Wie nützlich ist der Begriff der ‚komplexen posttraumatischen Belastungsstörung‘?“. *Psychiatr Psychother*; 4/3: 88-91
- Kohut H (1971, 1976) *Narzißmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Köhler L (1992) Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum Psychoanal*; 8: 263-280
- Kühler T, Stachetzki R (2005) Differenzialdiagnostik Borderlinepersönlichkeitsstörung und komplexe posttraumatische Belastungsstörung. *Psychotherapeut*; 50: 25-32

- Lee R, Geraciotti TD, Kasckow JW, Coccaro EF (2005) Childhood Trauma and Personality Disorder: Positive Correlation With Adult CSF Corticotropin-Releasing Factor Concentrations. *Am J Psychiatry*; 162: 995-997
- Ludolph PS, Westen D, Mistle B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC (1990) The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am J Psychiatry*, 147: 470-476
- Mahler MS, Pine F, Bergmann A (1975, 1978) *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt/M.: Fischer
- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J (1992) Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord*; 6: 187-196
- McLean LM, Gallop R (2003) Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*; 160: 369-371
- Merikangas K, Weissman MM (1986). The epidemiology of DSM-3, Axis-2 personality disorders. In: *American Psychiatric Association Annual Review*. Vol. 5. Frances AJ, Hale RE (Hrsg). Washington, DC: American Psychiatric Press; 258-278
- Nigg JT, Silk KR, Westen D, Lohr NE, Gold LJ, Goodrich S, Ogata S (1991) Object representations in the early memories of sexually abused borderline patients. *Am J Psychiatry*, 148: 864-868
- Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM (1990) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 147: 1008-1013
- Paris J (1997) Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *J Pers Disord*; 11: 34-49
- Paris J (2005) Borderline personality disorder. *CMAJ*; 172(12): 1579-1583
- Paris J (2000) Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderlinestörungen*. Schattauer, Stuttgart; 159-166
- Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J (1994) Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry*; 35: 301-305
- Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J (1994) Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J Nerv Ment Dis*; 182: 375-380
- Paulitsch K, Karwautz A (2008) *Grundlagen der Psychiatrie*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien; 228-234

- Piontelli A (1996) Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM (1986) the clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. J Clin Psychiatry; 47: 285-293
- Reddemann L, Sachsse U (1999) Trauma first!. Persönlichkeitsstörungen; 3: 16-20
- Reddemann L, Sachsse U (2000) Handbuch der Borderline-Störungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart; 555-572
- Richter-Appelt H, Tiefensee J (1996) Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus Sicht junger Erwachsener. Psychother Psychosom Med Psychol; 46: 367- 378
- Rohde-Dachser C (1989) Das Borderline-Syndrom. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle (Urban und Fischer)
- Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G (1990) Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. Am J Psychiatry; 147: 596-601
- Rosse IC (1890) Clinical evidences of borderland insanity. J Nerv Ment Dis; 78: 669-683
- Sabo AN (1997) Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptions and clinical implications. J Pers Disord; 11: 50-70
- Sachsse U, Eßlinger K, Schilling L (1997) Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. Fundamenta Psychiatrica; 11: 12-20
- Stone MH (2000) Gibt es eine Zunahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung?. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart; 6-7
- Sack M (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt; 75: 451-459
- Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J (1993) Dissociative disorders in psychiatric inpatients. Am J Psychiatry; 150: 1037-1042

- Sansone RA, Sansone LA, Wiederman M (1995) The Prevalence of Trauma and Its Relationship to Borderline Personality Symptoms and Self-destructive Behaviors in a Primary Care Setting. *Arch Fam Med*; 4: 439-442
- Stauss K (1993) *Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom*. Paderborn: Junfermann
- Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I (1990) Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord*; 4: 257-272
- Terr L (1991) Childhood trauma: An outline and review. *Am J Psychiatry* 148: 10-20
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996) Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry*; 153 (Festschrift Supplement): 83-93
- Wetzels P (1997) Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit- Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. *KfN Forschungsberichte* 59
- Widiger TA, Trull T (1992) Personality and psychopathology: an application of the five-factor-model. *J Personal Disord*; 60: 363-393
- Widiger TA, Weissman MM (1991) Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Commun Psychiatry*; 42: 1015-1021
- Zanarini MC (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*; 23: 89-101
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR (2006) Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*; 163: 827-832
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J (2001) Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*; 42: 144-150
- Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankengurg FR (1989) Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*; 30: 18-25

Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 14.11.1984
Wohnort: 8230 Hartberg
Löffelbach 207
E-Mail: verena.halb@gmail.com
Nationalität: Österreich

Schulbildung

Sep. 1991 – Juli 1995 Volksschule
Sep. 1995 – Juli 1999 Gerlitz-Hauptschule
Mit besonderer Berücksichtigung der musischen
Ausbildung- Musikhauptschule
Sep. 1999 – Juni 2003 Oberstufe BG/BRG/BORG Hartberg -
ORG mit Instrumentalunterricht,
Reifeprüfung 2003, ausgezeichneter Erfolg
Sep. 2003 – Juli 2009 Diplomstudium Humanmedizin O 202
an der medizinischen Universität Graz

Famulaturen

PÄDIATRIE 4 Wochen St.Anna Kinderspital, Wien
3 Wochen Kinder-Kardiologie, UKE Hamburg
INTERNE 4 Wochen LKH Hartberg
4 Wochen Interne im Hospital Universitario de la Candelaria Santa
Cruz de Tenerife
CHIRURGIE 2 Wochen LKH Hartberg
GYNÄKOLOGIE 2 Wochen LKH Hartberg
PHYSIKALISCHE MEDIZIN 2 Wochen AKH Wien

Fremdsprachen

12 Jahre Englisch, 1 Intensiv-Sprachwoche in London
4 Jahre Französisch, 2 Intensiv-Sprachwochen in Cannes
Externistenprüfung Latein

Musik

1 Jahr musikalische Früherziehung
2 Jahre Sopranflöte
2 Jahre Gitarre
4 Jahre Gesangsunterricht
9 Jahre Klavier
Mitwirkend in einem Musical Orchester
und dem Jugendblasorchester Hartberg

Hobbies

Joggen, Schwimmen, Snowboarden, Aerobic, Lesen, Reisen

Graz, Juli 2009