

Bachelorarbeit

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Zerrissen zwischen Extremen – Leben mit einer Borderline-Störung

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
8010 Graz, Billrothgasse 6

Vorgelegt von: Theresa Marginter, 05. Mai 1990
Begutachtet von: Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries
Lehrveranstaltung: Physiologie
Datum der Einreichung: 07.11.2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	4
2.1	Neurose.....	5
2.2	Psychose.....	5
3	Geschichtliche Entwicklung.....	5
4	Wie äußert sich eine Borderline- Störung?	7
5	Mögliche Ursachen und Risikofaktoren.....	9
6	Symptome.....	11
7	Diagnostische Kriterien	13
7.1	Diagnostische Kriterien nach DSM-IV	14
7.2	Diagnostische Kriterien nach ICD 10.....	15
8	Klinische Symptomatik.....	16
9	Häufige zusätzliche Störungen	19
9.1	Schlafstörungen.....	20
9.2	Posttraumatische Belastungsstörung	20
9.3	Soziale Phobie.....	21
9.4	Depressive Störung	21
9.5	Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität	22
9.6	Ess- und Brechanfälle	23
10	Zahlen und Fakten.....	23
10.1	Prävalenz	23
10.2	Remissionsrate	24
10.3	Geschlechter-Verteilung.....	25
11	Beeinträchtigungen.....	26
11.1	Sozialverhalten.....	26
11.2	Denkweise.....	26
11.3	Das aktive Lösen von Problemen.....	27
11.4	Bewältigung von Aufgaben.....	27
11.5	Bewältigung von Krisensituationen	28
11.6	Die Bewertung der Situation.....	28

11.7	Auswertung von Erfahrungen.....	29
12	Therapie von Borderline-Störungen.....	29
13	Formen der Therapie	30
13.1	Die psychodynamische Therapie	31
13.2	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie	32
13.3	Der mentalisierungs-basierte Ansatz.....	33
13.4	Die Schematherapie.....	34
13.5	STEPPS	35
14	Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten.....	36
15	Zusammenfassende Diskussion	36
16	Abbildungsverzeichnis	38
17	Literaturverzeichnis.....	39
17.1	Bücher.....	39
17.2	Internet.....	39

1 Einleitung

Die Borderline-Störung ist eine Persönlichkeitsstörung und tritt bei heranwachsenden und jungen Erwachsenen als eine der häufigsten Störungen überhaupt auf. Etwa 5 Prozent der jungen Erwachsenen leiden unter einer Borderline-Störung. Daher ist es wichtig, dieser Persönlichkeitsstörung Aufmerksamkeit zu schenken. Im Lebensabschnitt der Betroffenen, wenn diese Krankheit meistens auftritt ist es an der Zeit, Weichen für das weitere Leben zu stellen, wichtige Entscheidungen müssen getroffen werden. Dadurch entsteht oft ein hoher Leidensdruck, der in weiterer Folge zur Borderline-Störung führt.

Die Bezeichnung „Borderline“ ist noch sehr jung, jedoch war die Störung schon im 17. Jahrhundert bekannt und wurde vom Arzt T. Sydenham beschrieben. Er sprach damals von „außerordentlicher Launenhaftigkeit“. Ihm ist aufgefallen, dass die von der Störung betroffenen Personen Menschen, die sie lieben, ohne jeden Grund schon nach kurzer Zeit hassen. Die plötzliche und oft unbewussten Meinungsänderung entsteht laut Sydenham durch Ausbrüche von Wut, Schmerz, Angst und ähnliche Emotionen.

Die Borderline-Störung weist wie viele andere psychische Erkrankungen eine hohe Komplexität auf. Demnach gibt es verschiedene Ausprägungen und Schweregrade, in der diese Persönlichkeitsstörung auftreten kann. Bei der Störung handelt es sich vorrangig um Emotionen, daher sagt der Begriff „Borderline“ eigentlich nichts in Bezug auf die Erkrankung aus. Eine bessere Beschreibung wäre die Bezeichnung „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“. Aus Tradition wurde aber die Bezeichnung „Borderline“ beibehalten.

Dadurch, dass sich das Verständnis und das Wissen über die Störung erweitert haben gibt es eine hoffnungsvolle Erkenntnis, nämlich: die Erkrankung bildet sich bei vielen nach nur wenigen Jahren zurück. Auch die Behandlungsmöglichkeiten und Hilfestellungen wurden verbessert. Besonders wichtig um gesund zu bleiben sind zum Beispiel die berufliche Integration oder eine Lebenspartnerschaft. Damit kann negativen Folgen der Erkrankung vorgebeugt und der weitere Lebenslauf geprägt werden.

Die Erkrankung ist durch spezielle emotionale Reaktionen gekennzeichnet, die immer wieder zu Krisen führen. Das Problem bei Betroffenen ist, dass ihnen ein emotionaler Ausgleich als Regulation von Emotionen sehr schwer fällt. Daher

reagieren sie oft unangemessen. Das hat Auswirkung auf das Selbstbild und die zwischenmenschliche Fähigkeit der Betroffenen (Rahn 2013, S.11-13).

In dieser kompilatorischen Arbeit wird versucht folgende Frage zu beantworten.

- Mit welchen Problematiken und Beeinträchtigungen müssen sich Betroffene der Borderline-Störung auseinandersetzen?

In der vorliegenden Arbeit wird die Forschungsfrage anhand von wissenschaftlichen Arbeiten, welche durch eine Literaturrecherche ausgewählt wurden, erklärt und beantwortet. Diese Quellen wurden auf ihre Aktualität und Wissenschaftlichkeit überprüft, sinngemäß interpretiert und übernommen, was sich durch detaillierte Zitierung nach Harvard Style nachweisen lässt.

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt in mehreren Teilschritten.

Im ersten Schritt werden die Ursachen der Problematiken und Beeinträchtigungen erörtert und allgemeine und grundlegende Informationen über die Persönlichkeitsstörung Borderline präsentiert.

Der zweite Schritt befasst sich mit der Beantwortung der Frage und arbeitet wichtige Aspekte verständlich auf. Dabei werden die grundlegenden Informationen aus dem ersten Teil mit den dadurch entstehenden Problematiken und Beeinträchtigungen verknüpft. Im dritten Schritt werden die Therapiemöglichkeiten und wichtige Daten und Fakten zum Thema Borderline aufgezeigt.

2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Begriff „Borderline“ charakterisiert psychische Beeinträchtigungen, die zwischen Neurose und Psychose angesiedelt sind. Die Strömung ist weder dem Einen noch dem Anderen zuzuordnen und bewegt sich auf der Grenzlinie der beiden. Diese Persönlichkeitsstörung zeigt Verhaltensmerkmale und Symptome der Neurose und Psychose auf.

Dadurch fällt es sehr schwer, die Persönlichkeitsstörung fassbar zu machen. Mit Hilfe der Kriterien der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) kann die Erkrankung diagnostiziert werden, jedoch handelt es sich dabei um eine einseitige Diagnostik. Die Merkmale der Erkrankung schwanken sehr stark, daher ist es schwer, diese zu diagnostizieren.

Laut ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, WHO) wird die Borderline-Störung den sogenannten „emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen“

zugeordnet. Die Betroffenen dieser Persönlichkeitsstörung neigen dazu, emotionalen Impulsen – ohne Berücksichtigung der Konsequenzen – zu folgen. Durch dieses Verhalten verlieren sie die gänzliche Kontrolle über sich selbst und die Situation, wobei sie zu explosivem, mitunter auch gewalttätigem Verhalten neigen. Ihre Zielvorstellungen und ihr Selbstbild sind unklar und chaotisch.

Diese Neigung zu intensiven, aber auch unbeständigen zwischenmenschlichen Beziehungen kann sie immer wieder in schwere emotionale Krisen mit Suiziddrohungen/-versuchen oder zu selbstschädigendem Verhalten führen. (Rössler 2012, S.9)

2.1 Neurose

Der Begriff „Neurose“ beschreibt einen unbewussten Konflikt, der meist von einem schweren Trauma ausgelöst wird und bei dem nur die äußeren Symptome wie Zwänge, Ängste oder Lähmungen sichtbar sind. Bei der Neurose bleiben der Realitätsbezug und die Funktionen des Ichs weitgehend erhalten.

Den Neurosen gegenübergestellt sind die Psychosen, die durch eine tiefgreifende Störung der Ich-Funktion und des Realitätsverlusts gekennzeichnet sind (Das Psychologie Portal, 2012).

2.2 Psychose

Unter dem Begriff „Psychose“ werden schwere psychische Erkrankungen zusammengefasst, bei denen die Betroffenen eine gestörte Beziehung zu ihrer Umwelt haben und an mehreren Symptomen, wie Angstzuständen, depressiver Stimmung, Ich-Störungen, Unruhe, Erregungszuständen bis hin zu Halluzinationen leiden (Neurologen & Psychiater im Netz, 2011).

3 Geschichtliche Entwicklung

Das Störungsbild hat eine relativ lange und komplexe Historie des Wandels von Begrifflichkeit und Störungsverständnis. Angefangen hat es im Jahr 1884 als der englische Psychiater C.H. Huges das erste Mal von „Borderland“, einer psychischen Krankheit sprach. Kurze Zeit später wurde der Begriff als „Borderline“ übernommen

und beschrieb PatientInnen mit verschiedenen Symptombildern, die sich weder eindeutig dem neurotischen noch dem psychotischen Spektrum zuordnen ließen.

Erst 1939 wurde der Begriff „Borderline“ von Adolf Stern in die Fachwelt eingebracht und manifestiert. Er definierte den Begriff als Störung, die auf der Grenzlinie zwischen Psychose und Neurose liegt. Über die Erkrankung erschienen zwischen 1920 und 1965 unzählige Arbeiten, die darauf abzielten, die Borderline-Störung dem schizophrenen Spektrum zuzuordnen.

In den sechziger Jahren veröffentlichte der Psychoanalytiker Otto Kernberg unter Rückgriff auf Modelle von Edith Jakobson, Melanie Klein und Margret Maler sein entwicklungspsychologisches Konzept „Borderline Personality Organization“. Mit dem Begriff „Organisation“ sollte eine Systematik von strukturierten, miteinander in Bezug stehenden psychischen Vorgängen deutlich werden. Seine Annahme basiert auf einem primär undifferenzierten Entwicklungsstadium während des Säuglingsalters, in der Selbst- und Objektepräsentanz noch nicht voneinander getrennt werden können, „Gut und Böse“ werden jedoch getrennt, wodurch es zu einem Spaltungsvorgang kommt.

Dieser Spaltungsvorgang stellt ein Zwischenstadium der Entwicklung dar. In den weiteren Entwicklungsstadien müssen diese Konstellationen differenziert werden, um eine reife ICH-Identität zu erreichen. Kommt es zu Störungen während dieser Spezifizierung, führt das zu einer „spezifischen Spezialisierung“ beziehungsweise entsteht eine Regression auf der Ebene der Borderline-Struktur.

Die Aufnahme der Borderline-Störung in das DSM-III 1980 basierte sowohl auf der Definition Kernbergs als auch auf der viel zitierten Übersichtsarbeit von Gunderson und Singer. In ihrer Übersichtsarbeit beschrieben sie fünf Dimensionen, die das Störungsbild auf phänomenologischer, deskriptiver Ebene abbildeten:

- Dysphorische Affekte
- Impulsive Handlungen
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Psychose ähnliche Kognitionen
- Anpassungsstörungen im sozialen Bereich.

Anhand dieser Faktorenanalyse wurden von Gunderson sieben Kriterien ermittelt, um PatientInnen mit Borderline-Störung mit großer Wahrscheinlichkeit von anderen

unterscheiden zu können. Zu den sieben Kriterien wurde noch das Kriterium der „instabilen Identität“ von Kernberg hinzugefügt.

Diese acht Kriterien bildeten schließlich den Kriterienkatalog der DSM-III. Bis zur Einführung der DSM-IV wurden über 300 Studien zu den Kriterien der DSM-III publiziert. Bei der DSM-IV wurde noch ein neuntes Kriterium hinzugefügt: „vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“. Heute gelten diese neun Kriterien als erfassbar und trennscharf gegenüber anderen Störungsbildern.

Die ICD-10 übernahm viel von der deskriptiven Sichtweise der DSM-III und ordnet die Borderline-Störung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung unter (Bohus 2002, S.3-4).

4 Wie äußert sich eine Borderline- Störung?

Die Borderline- Störung kann in drei Problembereiche eingeteilt werden:

1) Probleme mit Gefühlen

Personen die an Borderline erkrankt sind erleben Emotionen stärker und länger als andere. Bei ihnen reichen geringfügige Auslöser um Gefühle hervorzurufen, die sich auf das gesamte Erleben auswirken. Gefühle und Emotionen bewirken im Menschen besondere Handlungen. Menschen mit Borderline fühlen sich daher oft als Opfer ihrer Emotionen und haben den Drang, ihnen nachzugeben.

Starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, drängen oft Ideen auf, zu entfliehen, Hilfe zu suchen oder alle Kräfte zu bündeln und dagegen anzukämpfen. Denken und Handeln sind nur darauf ausgerichtet, einer weiteren Bedrohung zu entkommen. Bei Borderline-PatientInnen sind diese Gefühle noch ausgeprägter, daher handeln sie oft „seltsam“ und bereuen, wenn die Gefühle abgeklungen sind, auch ihre eigenen Reaktionen.

Sehr starke Gefühle sind für die Betroffenen oft schwer zu benennen und lösen unerträgliche Spannungen aus. Das primäre Ziel, das die Betroffenen dann anstreben, ist das schnellstmögliche Lösen der Spannungen.

In der folgenden Grafik wird die Spannungskurve einer gesunden Frau mit der einer an Borderline erkrankten Frau verglichen. Die Ergebnisse wurden durch einen Taschencomputer erhoben, in den stündlich der aktuelle Grad an Spannung

eingetragen wurde. Der Wert 7 wurde festgelegt als der Moment an dem die innere Anspannung so groß ist, dass sich alle Gedanken nur noch darum drehen. Die senkrechte Achse gibt den Grad der Anspannung wieder, die waagrechte Achse den Zeitpunkt.

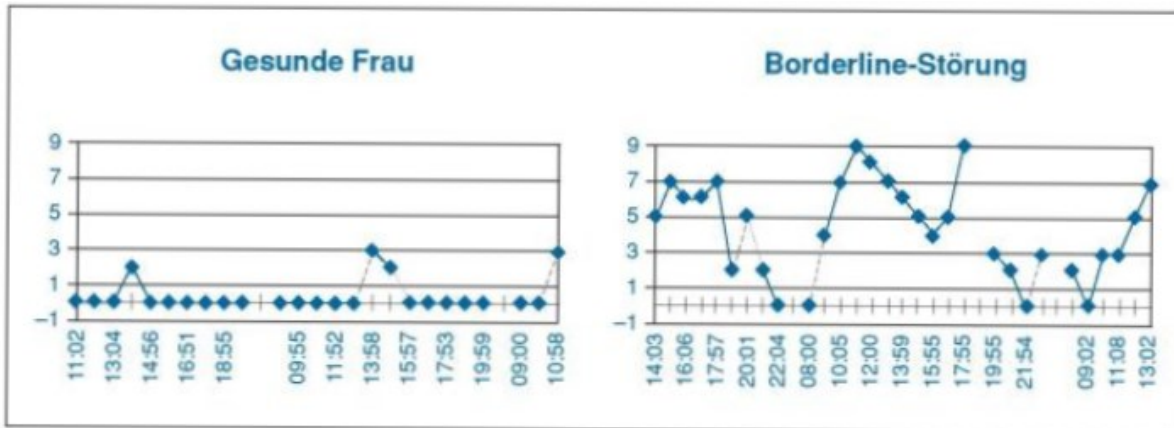


Abbildung 1: Spannungszustände bei Borderline-Erkrankten und Gesunden (Bohus, Reicherzer 2012, S.12-19).

2) Probleme mit Mitmenschen

Die meisten Personen, die an Borderline leiden, haben Angst alleine zu sein. Jedoch ist es nicht einfach für Betroffene, sich in soziale Gruppen zu integrieren. Aufgrund ihrer Probleme mit der Gefühldeutung und Überschätzung kommt es oft zu Konflikten. Besonders schwierig ist es in Beziehungen. Einerseits wollen sie nicht alleine sein und die reine Abwesenheit des Partners wird oft als völlige Verlassenheit gedeutet. Andererseits lösen Nähe und Geborgenheit oft ein hohes Maß an Angst, Schuld, Scham und körperliches Unbehagen aus.

Die Angst verlassen, ausgelacht oder verstoßen zu werden führt oft dazu, dass diese Personen sich dann an Menschen klammern, die ihnen nicht gut tun, nur um nicht alleine zu sein.

Es gibt gewisse Fertigkeiten, ohne die das Zusammenleben mit Partnern, Familie, FreundInnen und KollegInnen nicht funktionieren.

- Vertrauen in andere
- Gewissheit, auch allein überleben zu können
- Wissen, wem vertraut werden kann
- Gefühle und Absichten anderer einschätzen
- Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere einschätzen

- Dinge fordern, ohne dabei die Beziehung zu gefährden
- vorübergehende Störungen in Kauf nehmen
- unterschiedliche Meinungen können zu Streit führen und müssen toleriert werden.

All diese Fertigkeiten sind für gesunde Menschen leicht zu bewältigen, Borderline-PatientInnen fällt dies durch die falsche und übertriebene Einschätzung von Gefühlen sehr schwer.

3) Probleme mit dem eigenen Selbst und dem Körperbild

Viele von Borderline Betroffene haben ein schlechtes bzw. kaum vorhandenes Selbstbild. Das tiefgreifende Gefühl, nicht zu wissen wer sie eigentlich sind, führt oft zu einer Selbstabwertung. Zusätzlich hören sie Stimmen, die ihnen sagen, sie seien schlecht, inkompetent, hässlich und verachtenswert.

Sehr oft geben die Stimmen das wieder, was früher eine enge Bezugsperson gesagt hat. Die Einstellung zum eigenen Körper und das Selbstbild sind abstoßend und verachtend. Ihr Spiegelbild wird völlig falsch gesehen und spiegelt ihre Vorstellung und nicht die Realität wider (Bohus, Reicherzer 2012, S.12-19).

5 Mögliche Ursachen und Risikofaktoren

Bei den Erklärungsansätzen über die Ursache des Borderline-Syndroms sind die Experten immer noch unterschiedlicher Meinung.

- Tiefenpsychologischer Ansatz

Die tiefenpsychologische Ursachenforschung diskutiert beispielsweise darüber, dass vor allem die ersten Bindungen und deren Irritierbarkeit als Risikofaktoren im Mittelpunkt stehen. Die Hauptthese weist hier daraufhin, dass besonders im ersten Lebensjahr eines Menschen eine Betreuungs- bzw. Objekt Konstanz ausschlaggebend ist. Daher ist es sehr wichtig, störungsfrei durchs erste Lebensjahr zu gehen.

- Biologischer Ansatz

Beim biologischen Ansatz werden unter den Risikofaktoren genetische Einflüsse oder erschwerende Bedingungen in der Schwangerschaft verstanden. Im Bauch der

Mutter sind das Gehirn und das Nervensystem hochsensibel. Sie können durch den Konsum von Drogen, Alkohol oder Medikamentenmissbrauch während der Schwangerschaft stark geschädigt werden und Ursache für spätere psychische Erkrankungen sein. Aber auch psychiatrische Vordiagnosen in der Familie können ausschlaggebend sein.

- soziologischer Ansatz

Hier spielt das klassische Thema des Missbrauchs eine große Rolle. Wenn Kinder mit purer Perversion sowie verbalen sexuellen oder latenten Abwertungen von Gewalt zu tun haben, sind ihre Emotionen widersprüchlich und kaum zuordenbar. Nach aktuellen Untersuchungen wurde herausgefunden, dass Menschen mit Borderline-Erkrankung häufiger von Missbrauch berichten als die Menschen der Kontrollgruppe. Auch frühe Trennungs- und Gewaltverfahren in Familie und Umgebung oder das Erleben von Gewalt an Dritten zählen zu den Hauptrisikofaktoren.

Nicht bei allen Personen, die unter einem Borderline-Syndrom leiden, liegen Missbrauchserfahrungen vor. Allen Betroffenen scheint aber gemeinsam zu sein, dass sie in einem Umfeld aufgewachsen sind, in dem Verhalten und Menschen immer als entweder "vollkommen gut" oder "vollkommen böse" bewertet wurden.

Ein typisches erlerntes Verhaltensmuster könnte zum Beispiel sein, als "gutes" Kind nie wütend sein zu dürfen. Das führt dazu, dass die Betroffenen nicht lernen, angemessen mit schwierigen Situationen oder negativen Gefühlen umzugehen. Auch prägen in der Vorgeschichte einer Borderline-Störung häufig extreme emotionale Vernachlässigung oder übermäßige Strenge die Erziehung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ursachen der emotionalen Regulationsstörung Borderline von biologischen und genetischen Faktoren ausgehen und folglich das Umfeld und die Umwelt negativ verstärkend und invalidierend sind. Zu beachten sind auch die tiefenpsychologischen Ansätze.

Sie sagen aus, dass der Mensch soziale Geborgenheit und Nähe benötigt, um psychisch gesund zu bleiben. So kommt es, dass eine Bildung von emotionaler Verwundbarkeit entsteht. Diese führt zu einer Instabilität des Selbstbildes, des Verhaltens, des Denkens und Fühlens (Aarchener Zeitung, 2010)

6 Symptome

Die häufigsten Symptome einer Borderline-Störung sind:

Unbeständige und unangemessen intensive zwischenmenschliche Beziehungen

- Die Intensität der Beziehungen ergibt sich aus der Intoleranz der Borderline-Persönlichkeit gegenüber Trennungen und ihrer Unbeständigkeit aus fehlender "Objektkonstanz". Die Fähigkeit, andere als komplexe Menschen wahrzunehmen, die sich dennoch widerspruchsfrei verhalten können, ist gering entwickelt.

Impulsivität bei potentiell selbstzerstörerischen Verhaltensweisen

- Die Borderline-Persönlichkeit neigt zu Impulsivität bei potentiell selbstschädigendem und selbstverletzendem Verhalten. Typisch sind z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch, sexuelle Promiskuität, Spielsucht, Kleptomanie und Essstörungen.

Starke Stimmungsschwankungen

- Die Stimmung der Borderline-Persönlichkeit ist häufig überaktiv oder pessimistisch. Von dieser Grundstimmung aus lassen sich auffällige Stimmungsschwankungen in Richtung Depression, Reizbarkeit oder Angst feststellen.

Häufige und unangemessene Zornausbrüche

- Borderline-Betroffene haben Probleme, ihre Emotionen in angemessener Form zu regulieren. Da sie von den Gefühlen, die in ihnen extrem und plötzlich auftreten regelrecht überschwemmt werden, reagieren sie auf äußeren und inneren Druck impulsiv und häufig der Situation unangemessen intensiv. Für das Umfeld des/der Betroffenen sind diese impulsiven Wutausbrüche nicht nachvollziehbar und extrem überzogen. Sie nehmen die Reaktion als unpassend und unangemessen war.

Selbstverletzungen und Suiziddrohungen bzw. -versuche

- PatientInnen mit Borderline-Störung verletzen sich selbst, paradoxerweise um sich Erleichterung zu verschaffen. Durch ihre starke innere Anspannung suchen sie nach Auswegen, die sie durch dieses Verhalten erreichen. Das suizidale Verhalten ist ständiger Begleiter der Borderline-Störung. Die meisten Betroffenen haben einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich. Der kleinste Teil begeht den Suizidversuch mit wirklichen suizidalen Absichten. In der Regel ist es ein Hilferuf oder in Beziehungen ein emotionales Erpressungsinstrument.

Fehlen eines klaren Ich-Identität-Gefühls

- Für Borderline-Persönlichkeiten ist es kennzeichnend, dass bei ihnen ein beständiges Identitätsgefühl fehlt, welches ein gesunder Mensch im Laufe seines Lebens manifestiert. Dieses zeigt sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche, hinsichtlich des Selbstbildes, der sexuellen Neigungen, der langfristigen Ziele, der Berufswahl sowie der Art der ersehnten Freunde oder auch der bevorzugten Werte.

chronische Gefühle von Leere und Langeweile

- Ein weiteres Symptom für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das chronische Gefühl von innerer Leere und Langeweile. Hierbei haben die Betroffenen oftmals das Gefühl, allein zu sein und versuchen diese Einsamkeit häufig mit impulsiven Taten zu füllen, die in zerstörerischen Handlungen und enttäuschenden Partnerschaften münden. Damit hoffen sie, sich von dieser Empfindung befreien zu können, genauso von den starken Emotionen der Verzweiflung. Diese Gefühle sind intensiv und oftmals auch mit körperlichem Leiden, wie einem erhöhten Druck im Kopf, verbunden. So kann die gefühlte Leere die Ursache dafür sein, dass andere Symptome wie beispielsweise unkontrollierte Zornausbrüche, Selbstschädigung und Stimmungsschwankungen entzündet werden.

Verzweifelte Bemühungen, die reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassen werden zu vermeiden

- Die Borderline-Betroffenen sind oft verzweifelt bemüht, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden zu vermeiden. Dabei werden beispielsweise schon zeitlich begrenzte Trennungen oder auch minimale Verspätungen des anderen als sehr bedrohlich empfunden und lösen starke Ängste aus.

Stressabhängige paranoide Phantasien oder schwere dissoziative Symptome

- Dabei verlieren PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung jeglichen Realitätsbezug und fühlen sich selbst fremd. Eigene Handlungen oder Empfindungen können sie nicht mit ihrer Person in Verbindung bringen. Dissoziative Symptome können beim Borderline-Syndrom in Momenten subjektiv wahrgenommener Bedrohung auftreten (Lichtweg; 2011).

7 Diagnostische Kriterien

Die Diagnose des Borderline-Syndroms ist sehr schwierig, weil es keine typischen Anzeichen für die Erkrankung gibt. Die Symptome können bei jeder/jedem Betroffenen anders ausgeprägt sein. Zusätzlich dazu sind fast alle typischen Symptome qualitativ auch bei einem gesunden Menschen möglich. Bei Borderline-PatientInnen ist es auch oft möglich, dass manche Symptome völlig zutreffen und andere gar nicht, was die Diagnose erschwert. Grundsätzlich ist Borderline eine Belastung die von Person zu Person anders ausgeprägt ist, es ist jedoch immer eine seelische Dauerbelastung gegeben, die das Leben nachhaltig beeinträchtigt.

Eine abschließende Diagnose des Borderline-Syndroms sollte stets FachärztInnen oder TherapeutInnen überlassen bleiben. Das Diagnostizieren der Krankheit erfolgt grundsätzlich anhand der Kriterien aus dem DSM-IV, dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen oder der ICD-10, der International Classification of Disease (Ratgeber Borderline Syndrom, 2012).

7.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

Das DSM-IV ist eine internationale Klassifikation psychischer Störungen. Die Abkürzung DSM steht für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Die IV gibt an, dass es sich um die 4. Ausgabe handelt.

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung erfolgt in den DSM-IV Kriterien in zwei Ebenen. Die erste Ebene befasst sich mit der Frage ob überhaupt eine Störung vorliegt. In diesem Teil müssen sämtliche der zu überprüfenden allgemeinen Kriterien erfüllt sein. Im zweiten Teil kann ein Subtypus mit Hilfe der Anzahl der Erlebens- und Verhaltensweisen spezifiziert werden (Bohus 2002, S.4-6).

Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV

A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- (1) Kognition (die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
- (2) Affektivität (die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
- (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
- (4) Impulskontrolle.

B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situation.

C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

D. Das Muster ist stabil und langandauernd und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder das frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Drogen, Medikamente) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Abbildung 2: Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (Bohus 2002, S.4-6).

7.2 Diagnostische Kriterien nach ICD 10

Das ICD 10 ist ein internationales Klassifikationssystem psychischer Störungen, die Abkürzung ICD steht für International Classification of Disease. Die 10 gibt an, dass es sich um die 10. Ausgabe handelt. Es wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Laut ICD 10 ist ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität das Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein, um laut ICD 10 eine Borderline- Störung zu diagnostizieren:

Diagnostische Kriterien für 301.83 (F60.31)

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgehendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
Beachtung: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch den Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzenmissbrauch, rücksichtsloses Fahren , Binge Eating)
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium fünf enthalten sind.
5. Wiederholt suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder selbstverletzendes Verhalten.
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. Chronisches Gefühl der Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Abbildung 3: Diagnostische Kriterien für 301.83 (F60.31) Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus 2002, S.4-6).

8 Klinische Symptomatik

Auf der klinischen Ebene lassen sich in der weitgefächerten Symptomatik fünf Problembereiche für Borderline bestimmen:

1) Problembereich Affektregulation

Die Affektregulations-Störungen der Borderline-Störung betreffen fast alle diagnostischen Kriterien und können entweder als direkte Auswirkungen oder als Versuch, diese zu kompensieren gesehen werden. Dies betrifft einerseits niedrige Reizschwellen für die Auslösung von Emotionen und andererseits hohe Erregungszustände, das heißt sehr heftige Emotionen und auch eine verzögerte Rückbildung auf das emotionale Ausgangsniveau. Bei starkem Stress werden die Gefühle vielfach nicht differenziert wahrgenommen.

So kommt es, dass die PatientInnen „überflutete Emotionen“, „Gefühlswirrwarr“ oder widersprüchliche Emotionen erleben. Es passiert oft mehrmals täglich, dass sie solche Spannungszustände erleben. Diese Spannungsphänomene beginnen plötzlich und schaukeln sich auf. Oft hält dieser Zustand stundenlang an und die PatientInnen wissen in der Regel nicht, ob sie wütend sind, sich schuldig fühlen, Angst haben oder Scham verspüren. Zahlreiche dysfunktionale Verhaltensmuster treten in diesen Phasen auf, da die Selbst- und Realitätswahrnehmung eingeschränkt ist. Zusätzlich zu den Phasen, in denen sie übermäßig viele Emotionen verspüren, gibt es auch Phasen in denen sie „Taubheit“ verspüren. Dann

spricht man von völlig fehlender Gefühlswahrnehmung, ein Zustand der ebenfalls als äußerst quälend und unangenehm beschrieben wird.

2) Problembereich Selbst und Selbstbild

Die meisten Borderline PatientInnen berichten von einem tiefgehenden Gefühl von Unsicherheit. Ihnen fällt es schwer, ihre eigene Identität und Integrität einzuschätzen. Auf der phänomenologischen Ebene sagen zirka 70 Prozent der PatientInnen aus, dass sie kein sicheres Gefühl dafür hätten „Wer sie wirklich sind“. Die Hälfte davon fühlt sich „von sich selbst abgeschnitten“ beziehungsweise „weit von sich selbst entfernt“. Viele empfinden es auch als „sich selbst ausgeliefert sein“ und beschreiben dieses Gefühl als sehr unangenehm. Auch die Einstellung zur Körperlichkeit ist stark gestört, meist ist die Einschätzung des Körperbildes sehr negativ.

3) Problembereich psychosoziale Integration

Die grundlegende Wahrnehmung einer an Borderline erkrankten Person ist, anders zu sein als alle anderen. Weiters isoliert und abgeschnitten von der Welt und der Wirklichkeit, einsam, verlassen und unberührt zwischen allen anderen. Viele berichten, dass sie diese Emotionen schon im Kindes- und Jugendalter hatten.

Diese Personen haben besonders ein Problem im zwischenmenschlichen Bereich, da ihnen die Regulation von Nähe und Distanz schwer fällt. Borderline-PatientInnen versuchen ihre Bezugspersonen besonders eng an sich zu binden, um sie nicht zu verlieren. Andererseits fällt es ihnen aber auch schwer, mit dem Gefühl von Nähe und Geborgenheit umzugehen, da es bei ihnen die Gefühle Angst, Schuld und Scham ausgelöst. Meist sind langwierige schwierige Beziehungen mit vielen Trennungs- und Wiederannäherungsprozessen die Folge davon.

Eine weitere klinische Auffälligkeit in diesem Bereich ist die „passive Aktivität“. Dabei handelt es sich um die Tendenz, durch Demonstration von Hilflosigkeit und Leid Unterstützung zu bekommen und Kontakt aufzunehmen. Dabei werden die Betroffenen von der Hoffnung getrieben, dass ihr Gegenüber tatsächlich wahrnehmen würde, wie schlecht es ihnen geht und die Macht hätte, ihr Befinden zu verbessern.

4) Problembereich kognitive Funktionsfähigkeit

Untersuchungen an klinischen Stichproben von Borderline-Erkrankten zeigen, dass ca. 60% der PatientInnen eine ausgeprägte dissoziative Symptomatik aufweisen. Dabei handelt es sich sowohl um Depersonalisations- als auch um Derealisierungserleben, das bedeutet Veränderungen der Raum/Zeit und der Ich-Wahrnehmung. Dieses Phänomen einer veränderten sensorischen Wahrnehmung ist häufig nicht gekoppelt sondern generalisiert, es wird also durch psychologische Spannungen ausgelöst. Die mangelhafte Wahrnehmung von Emotionen, Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, ein ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem der Kontrollverlust über die Realität führen häufig zu Flashbacks und charakterisieren diese Phase.

Flashbacks sind bei den Betroffenen sehr häufig. Meist handelt es sich um ein traumatisches Ereignis, das zwar der Vergangenheit zugeordnet werden kann, jedoch werden die Emotionen als real erlebt. Diese Flashbacks können oft Stunden oder Tage anhalten. In früheren Untersuchungen ergab sich oft, dass PatientInnen in ihrer neuropsychologischen Funktion eingeschränkt sind - jedoch wurden zum früheren Zeitpunkt wichtige Variablen, wie die Dissoziation und die innere Anspannung, nicht berücksichtigt. Nach neuen Studien ist in der Regel die neuropsychologische Leistung der Borderline-PatientInnen nicht eingeschränkt,

5) Problembereich Verhaltensebene

70 bis 80 Prozent der Borderline-PatientInnen berichten in ihrer Vorgeschichte über selbstschädigendes Verhalten. Am häufigsten sind Schnittverletzungen, die meist oberflächlich beginnen, aber die Tendenz haben, sich auf den ganzen Körper, einschließlich der Geschlechtsorgane auszuweiten. Weiters sind „head-banging“, also das Schlagen des Schädels gegen harte Gegenstände, Brennen mit Zigaretten oder Bügeleisen oder Verbrühungen sehr häufig. PatientInnen, die unter der Störung leiden, fügen sich diese Verletzungen meist im analgetischen Zustand zu, was so viel heißt wie, dass sie vor und während der Verletzung keinen Schmerz spüren. Aus Berichten von Betroffenen ist bekannt, dass sich wenige Minuten nach der Verletzung ein tiefgreifendes Gefühl der Ruhe, Entspannung, Entlastung und Geborgenheit einstellt. Das normale Körper- und Schmerzempfinden stellt sich jedoch bereits zwanzig Minuten später wieder ein.

Ein weiteres auffälliges Verhaltensmuster dieser Persönlichkeitsstörung ist das Hochrisikoverhalten. Darunter wird etwa das Balancieren auf Baukränen, Hochhäusern oder Brückengeländern verstanden. Aber auch das Rasen auf der Autobahn, das Sitzen auf Bahngleisen bis eine Vibration des heranfahrenden Zuges wahrnehmbar ist, sind typisch für diese Erkrankung. Dieses Verhalten wird eingesetzt, um das Ohnmachtsgefühl zu regulieren. All diese Verhaltensmuster können lerntheoretisch als Methoden zur Reduktion aversiver Spannungszustände oder schwerer dissoziativer Phänomene betrachtet werden, was im Sinne der kognitiven Konditionierung als negative Verstärkung zu werten ist.

Auch die häufig beobachteten Störungen des Essverhaltens wie Binge-Eating, Bulimische Attacken oder anorektisches Verhalten können einerseits als dyfunktionale Affektregulation verstanden werden, andererseits führen gerade Essstörungen zu ausgeprägten Affektschwankungen sowie Störungen auf der kognitiven Ebene (Bohus 2002, S.6-10).

9 Häufige zusätzliche Störungen

Viele von der Borderline-Störung Betroffene entwickeln zeitgleich oder im Laufe ihres Lebens andere psychische Störungen, die zum Teil den Verlauf der Borderline-Störung beeinträchtigen und spezifisch behandelt werden müssen. Diese zusätzlichen Störungen werden als Komorbidität bezeichnet (Bohus, Reicherzer 2012, S.23).

Störung	Häufigkeit, auf das ganze Leben bezogen
Schlafstörungen (Alpträume)	75 %
Posttraumatische Belastungsstörung	60 %
Soziale Phobie	46 %
Depressive Störungen	40 %
Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität	35 %
Ess- und Brechanfälle	18 %

Abbildung 4: Häufig auftretende komorbide Störungen (Bohus, Reicherzer 2012, S.23).

9.1 Schlafstörungen

Lange anhaltende Schlafstörungen zählen zu den sehr belastenden Problemen. Die Gründe für diese Störungen sind unterschiedlich:

- Alpträume
- Starke innere Erregung, die das Einschlafen erschwert
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Folgen oder Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung
- zu intensiver Sport vor dem Einschlafen usw.

Bei Schlafstörungen ist es sehr ratsam einen Arzt aufzusuchen, da es heutzutage schon viele wirksame Medikamente gibt, die nicht abhängig machen. Besonders muss darauf geachtet werden, dass keine Präparate mit Benzodiazepinen, die auch unter dem Namen Valium bekannt sind, genommen werden. Es besteht hier die Gefahr, abhängig zu werden und dies würde die ohnehin gestörte Emotionsregulation von Borderline-PatientInnen noch weiter schädigen (Bohus, Reicherzer 2012, S.23-24).

9.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Posttraumatische Belastungsstörungen sind eine sehr häufige und auch typische Folge von traumatischen Erfahrungen. Im Schnitt leiden zwei von drei Borderline-PatientInnen zusätzlich auch an dieser Störung.

Die Ursachen für eine posttraumatische Belastungsstörung sind meist Erfahrungen mit zwischenmenschlicher Gewalt, sexuellem Missbrauch und körperlicher Gewalt im Kindes- und Jugendalter. Ein typisches Merkmal dieser Störung sind „Flashbacks“, also das immer wieder Erleben von vergangenen traumatischen Situationen. Der/die Betroffene weiß zwar, dass das Ereignis sich in der Vergangenheit zugetragen hat, er/sie verspürt aber dieselben Gefühle wie damals. Es kann sich bei den Auslösern dieser Gefühle um Gerüche, Bilder, Geräusche oder auch körperliche Wahrnehmungen handeln. Diese Gefühle können oft Stunden aber auch Tage anhalten.

Weitere Symptome dieser Störung sind starke Alpträume, ein starker Erregungszustand und die Vermeidung von Auslösern, die an das traumatische Ereignis erinnern. Wenn das Trauma in der Jugend oder Kindheit erlebt wurde, kämpfen die Betroffenen oft mit den folgenden Belastungen und Ängsten:

- sie fühlen sich schmutzig
- sie haben das Gefühl, die Schuld für das Erlebte zu tragen
- sie schämen sich für sich selbst und ihre Eltern.

Um aus diesem Dilemma herauszukommen, gibt es sehr erfolgreiche therapeutische Programme, die die Folgen der traumatischen Erfahrungen lindern (Bohus, Reicherzer 2012, S.24).

9.3 Soziale Phobie

Bei der sozialen Phobie handelt es sich um ein massives, peinigendes Gefühl der Angst, sich in der Öffentlichkeit negativ zu verhalten und ausgelacht zu werden. Daher versuchen die Betroffenen, soziale Aktivitäten zu verhindern und aufzuschieben. Bei Borderline-PatientInnen ist diese Störung sehr verbreitet, so dass fast die Hälfte der Erkrankten damit zu kämpfen hat.

So kommt es zum Beispiel vor, dass Betroffene den Waschsalon meiden, die Elternabende der Kinder nicht besuchen, Referate oder Vorträge ausfallen lassen, keine öffentlichen Toiletten benutzen oder auch nicht fähig sind, mit Unbekannten zu telefonieren. All das führt meist dazu, dass sie sich in ihrer Wohnung einschließen und die Öffentlichkeit meiden. Für solche Menschen ist es wichtig, sich dem Problem zu stellen. Mit der richtigen Betreuung und Unterstützung ist es möglich, den Umgang mit sozialen Ängsten zu lernen (Bohus, Reicherzer 2012, S.24-25).

9.4 Depressive Störung

Leichte Stimmungsschwankungen und Phasen, in denen sie sich niedergeschlagen fühlen, sind für Borderline-PatientInnen alltäglich. Oft kommt es aber auch zu schweren depressiven Zuständen, welche ein andauerndes Gefühl der Hoffnungslosigkeit und den Verlust des Antriebs mit sich bringen.

Der Verlust des Antriebs ist für eine Person, die diesen Zustand noch nie erlebt hat schwer zu verstehen. Für PatientInnen in dieser Phase ist es schwierig, sich die Zähne zu putzen, eine rasche Auswahl zwischen vielen verschiedenen Produkten zu treffen oder ein Telefonat zu führen, da diese Aktivitäten Kraft benötigen. Diese Kraft ist für uns selbstverständlich, Borderline-PatientInnen beschreiben ihren Zustand dann so, als wäre der Hauptmotor eines Schiffes ausgefallen und nur ein kleiner Außenbordmotor müsse die gesamte Arbeit erledigen. Auch das Gefühl, dass jeglicher Optimismus verloren geht, sich alles schal und düster anfühlt und man sich schlichtweg nutzlos und schlecht fühlt, ist eine Begleiterscheinung von depressiven Störungen. Auch das Gedächtnis leidet stark an dieser Störung. So kommt es vor, dass oft einfachste Dinge vergessen werden und die Fähigkeit, ein Buch zu lesen verloren geht. Für Borderline-PatientInnen sind das sehr bekannte Gefühle.

Der Unterschied zwischen dem, was sie erleben und einer depressiven Störung ist, dass bei Borderline-PatientInnen einzelne Phasen dieses Zustandes bei ohne depressive Störung nur wenige Tage anhalten und meist mit bestimmten Ereignissen, die mit Vergangenen Problemsituationen in Verbindung gebracht werden, zusammenhängen. Die depressive Störung hingegen braucht keine akuten Auslöser und dauert mindestens zwei Wochen an. In der Regel ist eine depressive Störung aber durch eine Kombination aus Psychotherapie und einer medikamentösen Behandlung gut in den Griff zu bekommen (Bohus, Reicherzer 2012, S.25-26).

9.5 Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität

Die Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität ist bei Borderline-PatientInnen sehr häufig: Sie wird aber oft übersehen, weil sie selbst von erfahrenen Fachkräften schwer zu diagnostizieren ist. Die Symptome dieser Störung sind:

- Schwierigkeiten still zu sitzen
- Stimmungseinbrüche unter Langeweile
- körperliche Getriebenheit
- das Suchen nach ständig neuem Nervenkitzel

In der Folge kommt es zu Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit bei Aufgaben, die zu wenige Reize haben. PatientInnen lassen Aufgaben oft bis zum letzten Moment und fangen dann erst an. Oft kommt es auch vor, dass sie völlig gelangweilt eine Aufgabe beginnen und sich dann so in diese vertiefen, dass die Welt rund um sie verschwindet. In diesem Fall hilft eine medikamentöse Behandlung, um mit der Störung zurechtzukommen (Bohus, Reicherzer 2012, S.26).

9.6 Ess- und Brechanfälle

Essen als Trost und Ausgleich zu verwenden, ist sehr weit verbreitet und oft werden Gefühle wie Ärger, Traurigkeit und Enttäuschung damit „hinunter geschluckt“. Besonders schlimm ist es, wenn es keine anderen Möglichkeiten für die Betroffenen gibt und das Essen zur Sucht wird. Bei Borderline-PatientInnen dient das Essen meist dazu, die innere Leere zu füllen. Auch bei schwerwiegenden Ausprägungen, wie Ess- und Brechstörungen ist es wichtig, eine gezielte Behandlung im Vorfeld zu machen und einen Facharzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde aufzusuchen (Bohus, Reicherzer 2012, S.26-27).

10 Zahlen und Fakten

10.1 Prävalenz

Laut Studien liegt die Prävalenz beziehungsweise die Krankheitshäufigkeit der Borderline-Störung in der Allgemeinbevölkerung in etwa bei 1,2%. Damit tritt die Borderline-Störung viermal häufiger auf als die Schizophrenie. Die nachfolgende Statistik zeigt die Altersverteilung der Erkrankung, aus der hervorgeht, dass besonders viele junge Menschen davon betroffen sind. Da die Prävalenz mit zunehmenden Alter deutlich abnimmt, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Symptome mit fortgeschrittenem Alter und nach jahrelanger Therapie verbessern. Hier kann zwar nicht von einer Heilung gesprochen werden, aber davon, dass die expressiven Symptome mit fortschreitendem Alter abnehmen und so keine Borderline-Persönlichkeitsstörung mehr nachweisbar ist (Grenzwald, 2012).

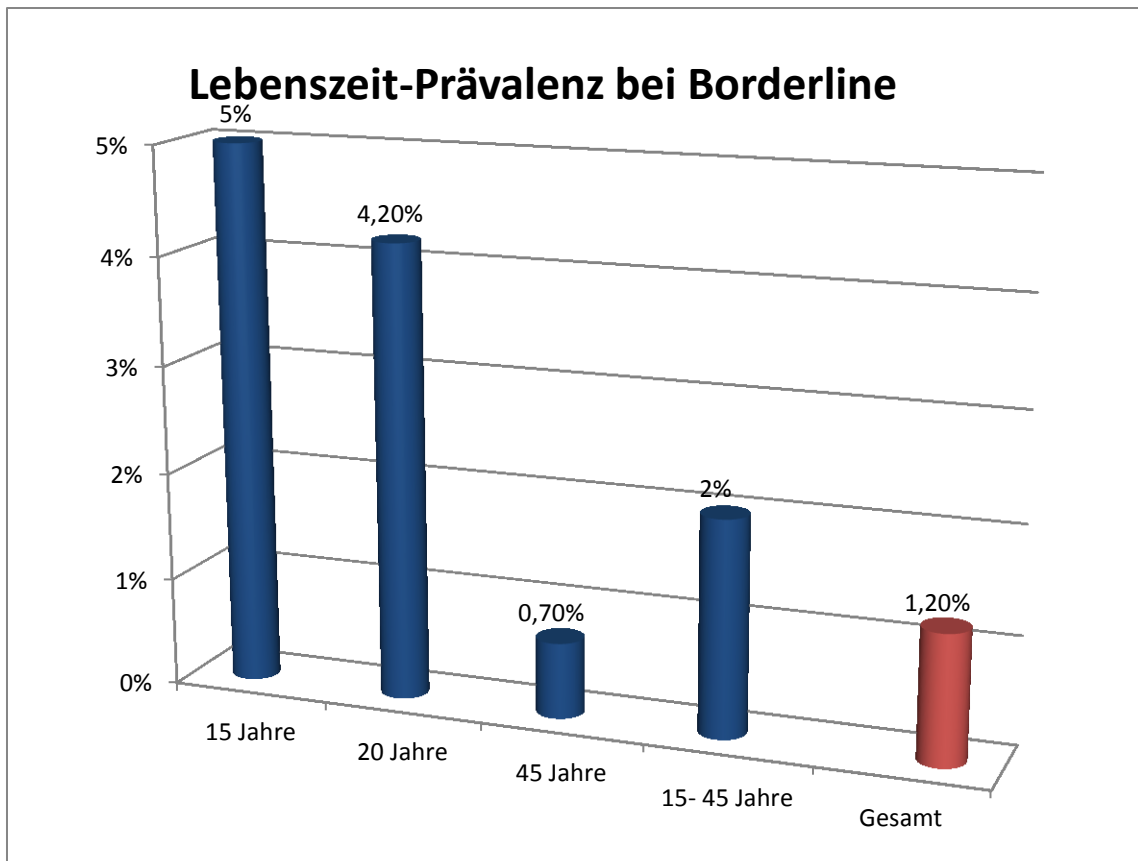


Abbildung 5: Lebenszeit-Prävalenz bei Borderline (Grenzwaldler, 2012).

10.2 Remissionsrate

Auch die Remissionsrate wurde in aktuellen Studien erfasst und zeigt bei den Nachberatungen, die nach zehn Jahren erfolgten, interessante Ergebnisse auf. 93 Prozent der Befragten berichten von mindestens zwei beschwerdefreien Jahren, davon erlitten nur 30 Prozent einen Rückfall, weitere 84 Prozent konnten vier Jahre symptomfrei leben, bei nur 15 Prozent traten die Symptome wieder auf. Diese Ergebnisse ergeben eine Remissionsrate von zirka 60 Prozent. Wichtig zu beachten ist jedoch, dass bei der „Zanarinis Studie“ hauptsächlich Personen der wohlhabenden Schicht Amerikas befragt wurden, die somit zur bestmöglichen therapeutischen Versorgung Zugang hatten. Diese Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung noch einmal grafisch dargestellt (Grenzwaldler, 2012).

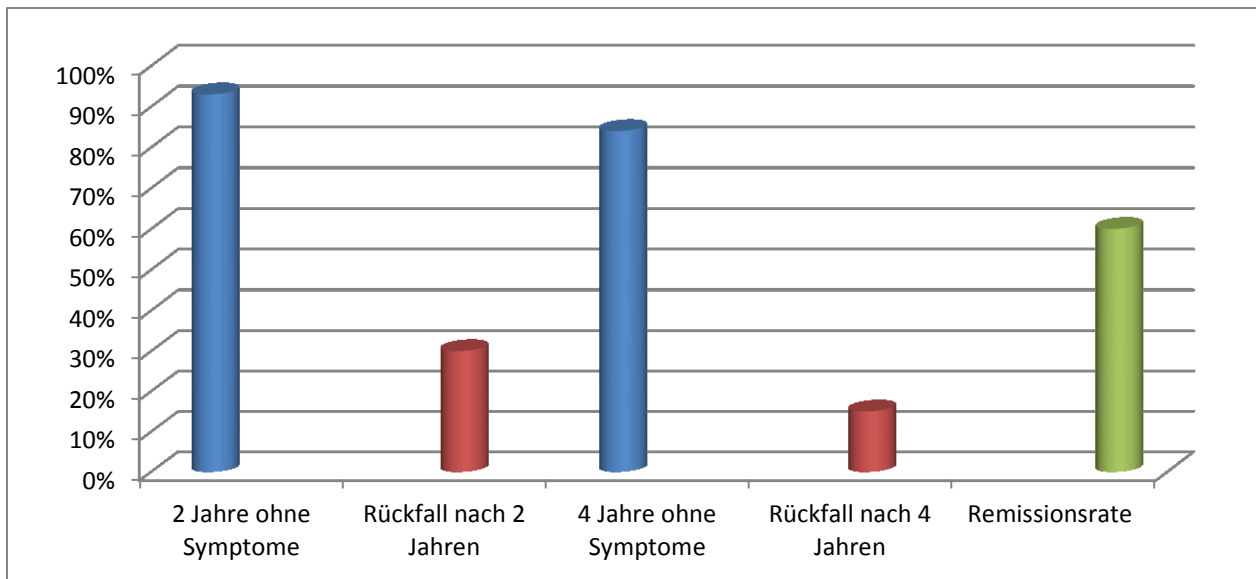


Abbildung 6: Borderline: Remissionsrate (Grenzwaldler, 2012).

10.3 Geschlechter-Verteilung

Die geschlechterspezifische Verteilung wurde in einer klinischen Studie untersucht. Diese Studie ist jedoch nicht sehr repräsentativ, da sich weibliche Betroffene deutlich öfter in psychologische Behandlung begeben. Sie zeigt ein Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 25:75 %. Laut Expertenschätzung ist das Verhältnis zwischen den Geschlechtern 50:50 %, was auch eine Studie von 2008 bestätigt. Anschließend folgt die graphische Darstellung zu diesen Ergebnissen (Grenzwaldler, 2012).

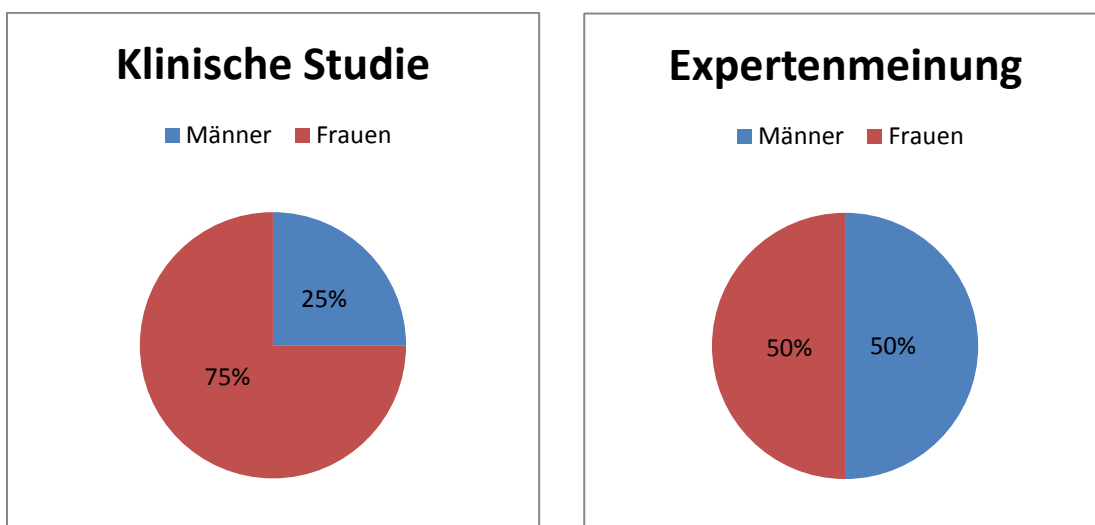


Abbildung 7: Geschlechtsspezifische Verteilung Klinische Studie und geschlechtsspezifische Verteilung Expertenmeinung (Grenzwaldler, 2012)

11 Beeinträchtigungen

11.1 Sozialverhalten

Die Hauptmerkmale dieser Beeinträchtigung sind oppositionelle, aggressive oder andere antisoziale Verhaltensweisen, bei denen soziale Normen und Rechte verletzt werden. Das antisoziale Verhalten erhöht die Wahrscheinlichkeit auf eine antisoziale Persönlichkeitsstörung und ist oft der Anfang einer Borderline-Störung. Meist tritt diese Verhaltensstörung im frühen Jugendalter auf. Den Betroffenen fällt es schwer, mit Nähe und Distanz umzugehen und diese zu regulieren. Grund dafür sind die kontrastierenden Ängste vor Nähe und Ängste vor dem Alleinsein. Durch diese Störung kommt es dazu, dass Mitmenschen gekränkt werden und das passiert oft unbewusst durch die Angst vor Nähe. Bei zwischenmenschlichen Konflikten kommt es oft zu Aggressionen und dadurch wiederum zu schmerzhafter oder vermeintlicher Kränkung. In solch kritischen Situationen kommt es zu diesem Verhalten meist affektiv und ohne Berücksichtigung von Konsequenzen. Besondere Merkmale dieser Störung sind auch Wutausbrüche, Verleugnung, Verachtung und Rückzug. All diese Verhaltensweisen führen dazu, dass Konflikte nicht ausreichend geklärt werden.

Wichtig ist es für die Betroffenen, Beziehungen zu kontrollieren, auch wenn das oft manipulatives Verhalten erfordert. Diese Manipulationsversuche haben meist den Zweck, die Mitmenschen und Bezugspersonen nicht zu verlieren.

Bei Gesprächen achten Betroffene sehr intensiv auf Äußerungen und Kommunikationssignale wie zum Beispiel Mimik, Gestik oder Sprechweise. Dadurch kommt es oft zu Kränkungen oder Misstrauen, das nicht beabsichtigt ist (Dulz, Herpertz, Kernberg, Sachsse 2011, S. 172-173).

11.2 Denkweise

Bei PatientInnen, die an der Borderline-Störung leiden, lässt sich ein charakteristisches dichotomes Denkmuster erkennen. Darunter versteht man das sogenannte „Schwarz-Weiß-Denken“. So kommt es, dass sie alle Dinge idealisieren oder entwerten. Für Betroffene gibt es kein Mittelfeld.

Weiters fällt es ihnen schwer, ein konstantes Bild von Menschen zu haben. Daher passiert es oft, dass sie ihre Mitmenschen von einem auf den anderen Moment von ihrem Ideal zu einem Feind machen. Auch ihr Selbstbild schwankt zwischen

Minderwertigkeit und respektivem Größenwahn. Zu diesem Verhalten kommt es durch das Muster der projektiven Identifikation, die bei Borderline-PatientInnen sehr ausgeprägt ist. Die projektive Identifikation ist ein Abwehrmechanismus, bei dem Teile des Selbst abgespalten und auf eine andere Person projiziert werden.

Dadurch werden eigene Werte, Gedanken und Gefühle als die der anderen Person wahrgenommen. Meist wird diese Störung der Denkweise von bestimmten Personen, Gegenständen oder Situationen ausgelöst. Die Gedanken der Betroffenen sind dann nicht mehr rational oder logisch sondern eigenartig, bizarr und merkwürdig. Bei dieser Störung handelt es sich um Denkstörungen und bei Borderline-PatientInnen um konfliktbedingte Ausfälle, nicht aber um Defekte (Dammann, Janssen 2001, S.162).

11.3 Das aktive Lösen von Problemen

Die wichtigste Voraussetzung für die Fähigkeit, Ziele und Absichten aktiv und eigenverantwortlich zu verfolgen, ist Selbstbewusstsein. Durch das Fehlen des Selbstbewusstseins fühlt man sich ausgeliefert und glaubt, die Kontrolle zu verlieren. Da das Selbstbild von Borderline-PatientInnen meist sehr schlecht ist, kommt es dazu, dass ihr Selbstbewusstsein schwach oder kaum vorhanden ist. Dadurch ist es für sie unmöglich, eine eigene Lösung für ihr Problem zu finden. Sie verlassen sich darauf, dass der Lösungsvorschlag der anderen funktioniert. Die Folge davon ist, dass ihr Selbstvertrauen noch mehr Schaden nimmt und der Neid auf die Überlegenheit steigt. Daher ist für Borderline-Betroffene das Risiko groß, da sie sich Hilfe allein von Medikamenten oder von Drogen und Alkohol erwarten (Rahn 2013, S.41).

11.4 Bewältigung von Aufgaben

Die starken Stimmungsschwankungen, das unsichere Selbstbild, die Schwierigkeiten bei der Gestaltung von Beziehungen und die Probleme mit dem Alleinsein führen dazu, dass die eigene Kompetenz bei der Bewältigung von Aufgaben und Problemen starken Schwankungen unterliegt. Dies kann dazu führen, dass die Kompetenz von den Betroffenen selbst und der Umgebung überschätzt wird. Insbesondere in Krisensituationen kann es dann zu Überforderungen kommen. Erschwerend ist, dass die Störung die Möglichkeit der Betroffenen reduziert, auf die eigenen Ressourcen

zurückzugreifen. Techniken, sich zu beruhigen oder in Stress-Situationen die Übersicht zu bewahren, fehlen dann häufig (Rahn 2013, S.41-42).

11.5 Bewältigung von Krisensituationen

Von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Betroffene schildern ihre ganze Lebenssituation selbst als permanente Krise. Borderline-Krisen erwecken häufig den Eindruck, als würden sie plötzlich und unvermittelt über die Betroffenen hereinbrechen. Das stimmt jedoch nur für einen Teil des Borderline-Erlebens. Dissoziationen etwa können durch bestimmte Situationen ausgelöst werden und sich von jetzt auf gleich, also innerhalb von wenigen Minuten entwickeln. Die meisten Borderline-Krisen bauen sich aber langsam auf und können deshalb auch frühzeitig erkannt werden. Es fällt allerdings häufig schwer, die Vorboten von Krisen als solche wahrzunehmen. Manchmal sind es Kleinigkeiten, die auch den Betroffenen selbst zunächst nicht einmal besonders auffallen. Das Verhalten kann auf den ersten Blick also durchaus positiv wirken und die eigene Hilflosigkeit kann zunächst von den Betroffenen selbst unbemerkt bleiben. Ist jedoch eine akute Krise entstanden, fällt es den Betroffenen schwer, damit umzugehen und sie zu bewältigen. Durch die unzureichenden Möglichkeiten, in solchen Stresssituationen zu bestehen, kommt es zu massiven Spannungen, welche die Situation oft zur Eskalation bringen. Die nicht vorhandenen Bewältigungsstrategien und die Unfähigkeit, nach Hilfe zu fragen erschweren den Borderline-PatientInnen den Umgang und die Bewältigung von Krisensituationen. Da sie die Spannung nicht lösen können, steigert sich diese und führt in einen Teufelskreis für die Betroffenen. Dadurch wird die Hoffnungslosigkeit und Resignation der PatientInnen bestärkt (Rahn 2013, S.42).

11.6 Die Bewertung der Situation

Die Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Person ist beim Borderline-Syndrom sehr wechselhaft und verursacht typische Symptome. Durch emotionale Reaktionen können sich Menschen Bewertungen und Urteile bilden. Dinge, Personen und Situationen können dadurch als gut oder böse, freundlich oder feindselig, interessant oder langweilig bewertet werden. Durch Gefühle und Gedanken werden Orientierungen geflochten, um eine Situation einschätzen zu können. Da bei Borderline-PatientInnen aber sehr starke Probleme mit Gefühlen

bestehen, ist es für sie schwer, diese mit ihrem Gedankengut zu regulieren. Die Folge sind oft Fehler in der Bewertung einer Situation. Hier wird wieder auf die Denkweise der Borderline-PatientInnen zurückgeblickt, denn durch ihr Schwarz-Weiß-Denken werden die Dinge vereinfacht dargestellt und meist von den Gefühlen bestimmt. Die Gefühlslage von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist sehr wechselhaft. So kommt es bei eher gedrückter Grundstimmung zu Phasen von starker Erregbarkeit, Angst oder Verzweiflung. Diese sind häufig Ausdruck der Neigung, sehr schnell und extrem auf zwischenmenschliche Belastungen zu reagieren. Insbesondere, wenn die Betroffenen Vernachlässigung oder Zurückweisung erleben, kommt es oftmals zu Wutausbrüchen, kaum kontrollierbar sind (Rahn 2013, S.42-43).

11.7 Auswertung von Erfahrungen

Unter extremen Belastungen, wie beispielsweise unter Drogeneinfluss, bei Krisen oder bei einem tatsächlichen oder erwarteten Verlassen werden, begleiten vorübergehend Verfolgungsideen oder sogenannte dissoziative Symptome wie Selbstentfremdung das Borderline-Syndrom. Diese Borderline-Symptome können sich beispielsweise in einer veränderten Wahrnehmung der eigenen Person bzw. des eigenen Körpers oder in einer Schmerzunempfindlichkeit äußern. Bei gesunden Menschen ist es grundsätzlich so, dass man aus Krisen lernt und das Erlernte bei einer weiteren Krise auch umsetzt. Durch die veränderte Wahrnehmung und die dissoziativen Symptome der Borderline-PatientInnen in Krisensituationen ist es ihnen aber nicht möglich, auf das Erlernte zurückzugreifen. Dadurch stellen sich erwartete Verhaltensveränderungen nicht ein. Die Unsicherheiten anderen Menschen gegenüber hemmen die PatientInnen auch oft, deren Rat oder Hilfe anzunehmen. Da sie sich hintergangen fühlen und den anderen misstrauen, vermeiden sie, den gut gemeinten Ratschlägen zu folgen und kehren diese ins Gegenteil um (Rahn 2013, S.43).

12 Therapie von Borderline-Störungen

Inzwischen gibt es eine Reihe von therapeutisch wirksamen Hilfen für alle Phasen der Bewältigung einer Borderline-Störung. Jedoch gibt es auch einige Lücken wie

zum Beispiel bei der Versorgung durch eine angemessene Krisenintervention. Meist fällt es den Betroffenen nicht leicht, überhaupt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, vor allem wenn bereits negative Erlebnisse mit einer Psychotherapie gemacht wurden. Der Schritt und die Entscheidung, professionelle Hilfe anzunehmen sind in der Regel der Beginn einer aktiven Krankheitsbewältigung.

Persönlichkeitsstörungen beruhen immer auf einer Vorgeschichte. Die Auffälligkeiten entwickeln sich langsam und erst durch die Reaktion der Umgebung werden diese dann verstärkt und gefestigt. Wird der Leidenscharakter der Person sichtbar, kann davon ausgegangen werden, dass eine belastende Geschichte in der Vergangenheit vorliegt. Anfangs scheint eine Psychotherapie meist noch nicht notwendig, nach und nach wird es dann aber immer offensichtlicher, dass professionelle Hilfe notwendig ist.

Sehr oft stellt sich auch die Frage, was ein PsychotherapeutIn bewirken kann und ob die Therapie auch wirklich hilft. Bei Persönlichkeitsstörungen versucht die Psychotherapie, dem eigenen Leben des/der PatientIn wieder neuen Sinn zu geben und will ihm/ihr so helfen, das Leben wieder in den Griff zu bekommen.

13 Formen der Therapie

Die Geschichte der Therapie von psychischen Störungen beinhaltet viele verschiedene Formen und Methoden. Grundsätzlich kann zwischen biologischen, humanistischen, psychoanalytischen, tiefenpsychologischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und systematischen Therapieformen unterschieden werden.

Die verschiedenen Therapierichtungen unterscheiden sich besonders im Gesundheitsverständnis voneinander, aber auch das „therapeutische Setting“ ist abweichend. Nun zu den verschiedenen Ansätzen von Therapien.

Beim „therapeutischen Setting“ handelt es sich um das Umfeld während der Therapie. Die Psychoanalyse arbeitet vor allem mit Erinnerung und freier Erzählung, die kognitive Verhaltenstherapie mit übenden Verfahren und die systematische Therapie mit der Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Familie. Von welchem Verfahren welche/r PatientIn profitiert ist von PatientIn zu PatientIn verschieden.

Eine Therapie kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. Stationäre Behandlungen finden in einer psychiatrischen Klinik statt oder in speziellen Einrichtungen, wie zum Beispiel psychosomatischen Krankenhäusern. Die Auswahl der passenden Behandlungsform hängt vom Ausmaß der Symptome, dem Grad der Gefährdung und vom Hilfebedarf ab. Die Dauer einer ambulanten Psychotherapie erstreckt sich meist über einen längeren Zeitraum, wobei die therapeutischen Gespräche im Abstand von einer Woche erfolgen.

In der Ambulanz sind Einzel- und Gruppengespräche möglich. Bei dieser Form der Therapie ist es für den/die PatientInnen möglich, weiterhin im eigenen Umfeld zu bleiben und so kann er/sie seine Erfolge bei der Therapie auch gleich in der sozialen Umgebung ausprobieren.

Ein stationärer Aufenthalt hat auch viele Vor – und Nachteile, wie zum Beispiel die Konfrontation mit anderen Betroffenen. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes fällt es den Betroffenen durch eine wohltuende Distanz zum Alltag auch leichter, Entlastung zu finden und Kräfte für Veränderungen zu mobilisieren.

Wichtig ist es, vor der Auswahl einer Therapie Informationen einzuholen, damit die Besonderheiten der einzelnen Möglichkeiten sorgfältig abgewogen werden können (Rahn 2013, S.183-190).

13.1 Die psychodynamische Therapie

Bei der psychodynamischen Theorie handelt es sich um ein Konzept, das auf der sogenannten Objekttheorie beruht. Diese Therapie ist zielgerichtet darauf, die Angst bei der Wahrnehmung von Widersprüchen zu reduzieren und somit den Betroffenen einen realistischen Umgang mit Beziehungen zu ermöglichen. Wichtig für so eine Entwicklung ist die therapeutische Beziehung, welche als Übungsfeld fungiert.

Grundsätzlich ist die Therapie in zwei Schritte aufgeteilt. Im ersten Schritt werden die Regeln und Formen des Umgangs festgelegt. Die Aushandlung dieser kann oft sehr lange dauern. Das Ergebnis soll unter anderem auch Vereinbarungen und Überlegungen zu Motivation, den Zielen, der Art und Weise des Miteinanders, zur vollständigen Offenheit sowie Regeln im Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten und die Klärung der Verantwortung für die Veränderung umfassen. In der zweiten Phase wird dann die Beziehungsstörung thematisiert.

Im Vergleich zu Behandlungen der Psychoanalyse nimmt bei dieser Therapie der TherapeutIn eine aktive Rolle ein. Die verwendeten Techniken sind die Klärung, die Konfrontation und die Deutung. Diese Art der Intervention versucht, Widersprüche aufzuweisen und sie zu erklären. Sollten während der Therapie Probleme oder Schwierigkeiten auftreten, wird die Therapie unterbrochen und mit den Verhandlungen der Regeln und Grundlagen der Therapie neu begonnen.

Ein weiterer Unterschied zu den anderen psychoanalytischen Therapien ist, dass bei der psychodynamischen Therapie die Beschäftigung mit der Vergangenheit zur Orientierung im Hier und Jetzt beiträgt (Rahn 2013, S.191).

13.2 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie

Bei dieser Therapie handelt es sich um einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz, der auf dem Modell der emotionalen Instabilität aufbaut. Die angewandten Techniken dieser Therapie beruhen auf denen der kognitiven Verhaltenstherapie. Unter anderem werden Techniken wie das Training der sozialen Kompetenz, die Exposition, mit der die Auseinandersetzung mit der konkreten Situation, in der sich die Störung bemerkbar macht gemeint ist, dem Notfallmanagement und der kognitiven Umstrukturierung, also der Veränderung der Haltung gegenüber Situationen des alltäglichen Lebens, angewandt.

Diese Theorie baut auf verschiedenen Strategien auf. Dabei sollen Techniken der Akzeptanz entwickelt werden, die die Bestätigung von Erfolgen und die Steigerung der inneren Achtsamkeit fördern sollen. Die dialektischen Strategien verfolgen das Ziel, in der therapeutischen Beziehung auf Gegensätze im Leben des/der PatientInnen hinzuweisen und sie aufzulösen. Diese Therapie setzt sich aus vier Modulen zusammen: die Einzeltherapie, das Fertigkeitstraining, die Telefonberatung und die Supervisionsgruppe.

Weiters ist die Therapie in vier Phasen unterteilt:

Vorbereitungsphase:

1. Aufklärung über den Behandlungsverlauf, Zustimmung zu Behandlungszielen
2. Motivation und Zielanalyse

Erste Therapiephase:

1. suizidales und persuzidales Benehmen

2. therapiegefährdende Haltung
3. Verhalten, das die Lebensqualität einschränkt
4. Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten (Fertigkeitstraining)
 - innere Achtsamkeit
 - zwischenmenschliche Fähigkeiten
 - bewusster Umgang mit Gefühlen
 - Stresstoleranz
 - Selbstmanagement

Zweite Therapiephase:

1. Bearbeitung des posttraumatischen Stress-Syndroms

Dritte Therapiephase:

1. Steigerung der Selbstachtung
2. Entwicklung und Umsetzung individueller Ziele

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) hat in bisher vorliegenden randomisierten, kontrollierten Studien moderate Effekte erzielt (Rahn 2013, S.192-193).

13.3 Der mentalisierungsbasierte Ansatz

Da Borderline-PatientInnen große Probleme mit Gefühlen haben, vor allem in sozialen Bindungen, haben bindungstheoretische Ansätze in die Behandlung Eingang gefunden. Dabei stellt die mentalisierungsbasierte Theorie den wichtigsten Ansatz dar. Im Mittelpunkt stehen die therapeutische Beziehung und die Bearbeitung emotionaler Reaktionen. Ein wichtiger Punkt bei diesem Verfahren ist das Erlernen der Fähigkeit, sich in die Motive und emotionalen Reaktionen von anderen hineinzuversetzen und dabei zu einem besseren Verständnis anderer und des eigenen Selbst zu kommen.

Der Grundstein für diesen Ansatz ist die Bindungstheorie, also die Erkenntnis wie Emotionen in Bindungen entwickelt und verändert werden. Wichtige Punkte in der Therapie sind auch die Spiegelung von Emotionen in Bindungen und das Erlernen von Empathie. Die mentalisierungsbasierte Therapie findet im Idealfall in einem tagesklinischen Setting statt und dauert zwölf Monate.

Besondere Merkmale dieser Therapie sind:

- ein hoher Grad an Strukturierung

- eine konsistente und verlässliche Implementierung
- eine theoretische Kohärenz für TherapeutIn und PatientIn
- die Berücksichtigung der Schwierigkeiten, konstruktive Beziehungen aufzubauen; das bedeutet eine aktive Förderung der Kooperationsbereitschaft durch den/die TherapeutInnen
- eine aktive Haltung des/der TherapeutInnen
- eine deutliche Fokussierung der Behandlung, z. B. auf die Problematik der Selbstverletzungen oder Aspekte der interpersonalen Beziehungsmuster
- eine Flexibilität und relativ lange Dauer
- eine gute Zusammenarbeit mit den übrigen Diensten, die der/die PatientIn in Anspruch nimmt (Rahn 2013, S.193-194).

13.4 Die Schematherapie

Die Schematherapie hat einen integrativen Ansatz, der auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie aufbaut und sie durch Elemente anderer Formen der Psychotherapie erweitert. Die emotionale Instabilität und die Besonderheit in der Entwicklung des Erkrankens erhöht das Risiko, dass es zu dysfunktionalen Kopplungen von Erfahrungen, emotionaler Bewertung und Verhaltenstendenz kommt. Daher zielt die Therapie darauf ab, diese ungünstigen Kopplungen aufzulösen und neue, bessere Schemata zu ermöglichen.

Ziele der Schematherapie:

- Einschätzung und Edukation in Bezug auf Schemata
- Veränderung ungünstiger Grundannahmen
- Einsatz der Therapiebeziehung als Mittel zur Veränderung ungünstiger Grundannahmen
- erlebnisorientierte und emotionsfokussierte Intervention
- Unterbrechung ungünstiger Verhaltensmuster
- Förderung der Eigeninitiative
- Rollenspiele und Imaginationen zur Identifikation und Überwindung von Hindernissen bei der Umsetzung geplanter Verhaltensänderungen
- das Durchsprechen der möglichen Notwendigkeit größerer Veränderungen in der Lebensplanung

- das Setzen von Grenzen, wenn der/die PatientIn therapiegefährdendes Verhalten zeigt

Die Schematherapie wurde im ambulanten Bereich erprobt und es gibt einen Wirksamkeitsnachweis. Anwendung findet sie im Einzelkontakt aber auch bei Gruppentherapien (Rahn 2013, S.194-195).

13.5 STEPPS

Ergänzend zu den genannten Therapien hat sich STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) als ein strukturiertes Trainingsprogramm für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bewährt. Ziel ist, betroffene Menschen zu befähigen, mit professionellen Helfern und Helferinnen, mit Angehörigen und FreundInnen klarer über ihre Erkrankung und die notwendigen Schritte zur Bewältigung zu kommunizieren. In konkreten Schritten erlernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Fertigkeiten für einen angemesseneren Umgang mit ihren Emotionen und zur Steuerung ihres Verhaltens. Die Therapie erfolgt in einer langfristigen ambulanten Betreuung.

Das Trainingsprogramm gliedert sich in drei Teile:

1. Die Erkrankung erkennen
2. Umgang mit Emotionen
3. Verhaltenstraining

Beim Verhaltenstraining legt man großen Wert auf den Umgang der Betroffenen im Alltag, etwa die Erfahrungen, die Tagesstruktur, Freizeitgestaltung usw. Diese Behandlungsform wurde auch schon auf ihre Wirksamkeit getestet und es wurde festgestellt, dass sie in Bezug auf die Verhaltensdimensionen sehr gut wirkt.

Das psychodynamische Verfahren, die mentalisierungsbasierte Therapie, die Schematherapie und das kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren sind selbstverständlich nicht die einzigen Möglichkeiten der Behandlung, jedoch zeichnen

sie sich durch ein breites Spektrum an Akzeptanz und ein hohes wissenschaftliches Niveau aus (Rahn 2013, S.195-196).

14 Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Eine spezifische medikamentöse Behandlung von Borderline-PatientInnen gibt es nicht, jedoch können einige Symptome mit Medikamenten behandelt werden.

Der Einfluss von sogenannten Psychopharmaka auf psychische Krankheitssymptome ist eine junge Entwicklung, die erst in den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts auf den Markt kam. Anfangs war die Freude über die neuen Produkte der Medikamententherapie groß. Die große Ernüchterung kam jedoch, als die Nebenwirkungen bekannt wurden. Vorübergehend glaubte man, mit bestimmten Medikamenten Krankheiten behandeln zu können. Bald wurde aber deutlich, dass Psychopharmaka nur gegen einzelne Symptome wirken. Ein kritischer Umgang mit Psychopharmaka ist wichtig um alle Risiken abzuwägen, ihr Einsatz kann jedoch in vielen Fällen eine deutliche Erleichterung bewirken. Psychopharmaka sind für akute Krisen sehr geeignet, um eine vorübergehende Erleichterung zu bewirken und können insofern als Hilfsmittel eingesetzt werden. Jedoch können sie keine Heilung bewirken (Rahn 2013, S.218-219)

15 Zusammenfassende Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung bearbeitet. Zu diesem Zweck wurde eine Forschungsfrage gestellt und mit Hilfe der einzelnen Themen der Arbeit erörtert. Dabei ergab sich, dass sich die Borderline-.Störung, die zwischen Neurose und Psychose liegt, schwerwiegend auf das Leben der Betroffenen auswirkt und in vielfältigen Problemen manifestiert. Was die Erkrankung besonders unerträglich macht, ist der schwierige Umgang mit Emotionen. Das wirkt sich in vielen verschiedenen Fällen negativ auf die Betroffenen, und ihr Umfeld bzw. ihre sozialen Kontakte aus. Die Erkrankung entsteht und basiert auf verschiedenen, erschwerenden, äußeren Umständen, die es nicht ermöglichen, eine Identität aufzubauen. Die Borderline- Persönlichkeit ist zwar imstande, sich als eigene Person wahrzunehmen, doch fehlt ihr die grundlegende Integration von guten und bösen Objekt- und Selbstbildern. Die kindlichen Abwehrmechanismen der Spaltung bleiben

dadurch bestehen und bewirken das für Borderline typische, in Extremen ausgerichtete Denken und Verhalten. Dadurch kommt es bei den Betroffenen zu einer tiefen Verunsicherung gegenüber anderen Personen, in derer Folge weitere primitive Abwehrmechanismen zum Eigenschutz eingesetzt werden.

Andererseits konnte festgestellt werden, dass es für die Betroffenen auch Möglichkeiten der Genesung gibt. Dafür gibt es verschiedene Ansätze, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen. Die Wahl der Ansätze hängt vom PatientInnen und der Schwere der Erkrankung ab. Ein/eine Borderline-PatientIn kann nie mehr vollkommen gesund werden und muss weiterhin mit Beeinträchtigungen leben. Jedoch kann sein Leben durch eine angepasste Therapie maßgeblich verbessert werden. Wie anhand von vielen verschiedenen Auswirkungen gezeigt wurde, ist die Erkrankung für die Betroffenen eine enorme Belastung.

Abschließend wird festgestellt, dass die Frage, mit welchen Konflikten und Problemen sich die PatientInnen auseinandersetzen müssen, differenziert beantwortet werden muss. Einerseits wird mit den möglichen Therapien dem/den PatientInnen geholfen , sein Leben erleichtert zu bewältigen. Andererseits können Auslöser und erneute Anfälle vermindert und dagegengewirkt werden. Somit ist es wichtig, über die Probleme und Konflikte informiert zu sein, die Gefahr zu erkennen und betroffenen Personen zu helfen. Insgesamt lässt sich der Schluss ziehen, dass Borderline eine ernst zu nehmende Erkrankung ist.

16 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spannungszustände bei Borderline-Erkrankten und Gesunden.....	8
Abbildung 2: Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV.....	14
Abbildung 3: Diagnostische Kriterien für 301.83 (F60.31) Borderline- Persönlichkeitsstörung.....	15
Abbildung 4: Häufig auftretende komorbide Störungen.....	19
Abbildung 5: Lebenszeit-Prävalenz bei Borderline	24
Abbildung 6: Borderline: Remissionsrate.....	25
Abbildung 7: Geschlechtsspezifische Verteilung Klinische Studie und geschlechtsspezifische Verteilung Expertenmeinung.....	25

17 Literaturverzeichnis

17.1 Bücher

Bohus M.(2002) Borderlinestörung. Hogrefe Verlag GmbH, Göttingen
(Bohus 2002, S.5-6)

Bohus M., Reicherzer M.(2012) Ratgeber Borderline-Störung. Hogrefe Verlag GmbH,
Gttingen
(Bohus, Reicherzer 2012, S.12-19).

Rahn E. (2013) Borderline. 4. Auflage, BALANCA Buch+ Medien Verlag, Bonn.
(Rahn 2013, S.11-13).

Rösel M. (2012) Borderline verstehen. Starks-Sture Verlag, München.
(Rössler 2012, S.9)

17.2 Internet

Aachener Zeitung (2010) Borderline: Mögliche Ursachen und Risikofaktoren. URL:
<http://www.aachener-zeitung.de/blogs/serendipity/index.php?/archives/1852-Borderline-Moegliche-Ursachen-und-Risikofaktoren.html> - Download vom
29.10.2013

Das Psychologie Portal (2012) Neurose: Überblick. URL:
<http://www.psychomeda.de/lexikon/neurose.html> - Download vom 04.11.2013

Ratgeber Borderline Syndrom (2012) Diagnose des Borderline Syndroms. URL:
<http://www.borderlinesyndrom.net/de/diagnose> - Download vom: 05.11.2013

Neurologen & Psychiater im Netz (2011) Psychosen allgemein. URL:
[http://www.neurologen-und-psychiater-im-
netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=0&id=47&nodeid=23](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=0&id=47&nodeid=23) – Download vom
04.11.2013

Ratgeber Borderline Syndrom (2012) Diagnose des Borderline Syndroms. URL:
<http://www.borderlinesyndrom.net/de/diagnose> - Download vom: 05.11.2013