



**Janine Breil
Rainer Sachse**

Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Praxis der Psycho-
therapie von Persön-
lichkeitsstörungen

 **hogrefe**

Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen Band 9

Klärungsorientierte Psychotherapie
der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dr. Janine Breil, Prof. Dr. Rainer Sachse

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Rainer Sachse, Prof. Dr. Philipp Hammelstein, PD Dr. Thomas Langens

**Janine Breil
Rainer Sachse**

Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Dr. Janine Breil, geb. 1976. 1995–2000 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. 2001–2004 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. 2002–2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ruhr-Universität Bochum. 2004–2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Heidelberg. 2007 Promotion. Seit 2005 Lehrtätigkeit am Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP) Bochum und Psychologische Psychotherapeutin; aktuell als Psychotherapeutin, Dozentin und Supervisorin tätig.

Prof. Dr. Rainer Sachse, geb. 1948. 1969–1978 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Ab 1980 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum. 1985 Promotion. 1991 Habilitation. Privatdozent an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1998 außerplanmäßiger Professor. Leiter des Institutes für Psychologische Psychotherapie (IPP), Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeitsstörungen, Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © matsilvan – istockphoto.com/de
Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2018

© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2808-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2808-7)

ISBN 978-3-8017-2808-3

<http://doi.org/10.1026/02808-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Charakteristika und Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung	3
1.1 Diagnosekriterien	3
1.2 Merkmale der Störung	7
1.2.1 Epidemiologie und Prävalenz	7
1.2.2 Verlauf und Prognose	8
1.3 Komorbidität	11
1.3.1 Komorbidität mit Achse-1-Störungen	12
1.3.2 Komorbidität mit Achse-2-Störungen	13
1.4 Biographie	15
1.5 Therapeutische Probleme und Herausforderungen	18
2 Weitergehende Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	21
2.1 Heterogenität der Borderline-Persönlichkeitsstörung	21
2.2 Verschiedene Problemfelder der Borderline-Persönlichkeitsstörung	24
2.2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung: Achse-1- oder Achse-2-Störung?	24
2.2.2 Dimensionale versus kategoriale Diagnostik	26
3 Problemfeld: Emotionsregulationsstörung	28
3.1 Beschreibung des Problemfelds	28
3.2 Neurobehaviorales Störungsmodell	29
3.3 Therapie der Emotionsregulationsstörung	30
4 Problemfeld: Schwierigkeiten in Beziehungen	35
5 Das Verhältnis der Problemfelder zueinander	39
6 Störungsmodell für das Problemfeld Schwierigkeiten in Beziehungen	41
6.1 Allgemeine Beschreibung des Modells	41
6.2 Konkretisierung des Modells für die reinen Persönlichkeitsstörungen	47
6.3 Konkretisierung des Modells für die Borderline-Persönlichkeitsstörung	51
6.3.1 Motivebene bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	51
6.3.2 Schemaebene bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	52
6.3.3 Spielebene bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	60
6.3.4 Kombination verschiedener Persönlichkeitsanteile und Konflikthaftigkeit	71
7 Therapie	75
7.1 Voraussetzungen auf Seiten des Therapeuten	75

7.2	Schlussfolgerungen aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation für die Therapie	78
7.3	Ablauf und Phasen der Therapie der Beziehungsstörung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	79
8	Beziehungsaufbau	83
8.1	Basisvariablen und Validierung	84
8.1.1	Realisierung der Basisvariablen	84
8.1.2	Validierung und empathisches Verstehen	85
8.2	Komplementarität zur Motivebene	87
8.2.1	Komplementarität zu den sechs Beziehungsmotiven und zu dem jeweils aktivierten Modus	87
8.2.2	Kombinierte Komplementarität	90
8.2.3	Weitere Aspekte bei der Beziehungsgestaltung mit Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	91
8.3	Nicht-Komplementarität zur Spielebene	93
8.4	Umgang mit Images und Appellen	95
8.5	Umgang mit Beziehungstests	102
8.5.1	Allgemeines zum Umgang mit Beziehungstests	102
8.5.2	Spezifischer Umgang mit den verschiedenen Testarten	104
8.6	Explizierung der Beziehungsmotive	130
8.7	Die Beziehung zum Inhalt der Therapie machen	132
9	Diagnostik und Therapieplanung	134
9.1	Mögliche Problembereiche und Modellbildung durch den Therapeuten	134
9.2	Probleme bei der Diagnostik und Besprechung der Diagnose	137
9.3	Ablauf der Behandlung	144
9.3.1	Problembereiche im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung	144
9.3.2	Komorbide psychische Störungen	148
10	Konfrontation mit der Spielebene	151
10.1	Inhalt der Konfrontation	151
10.2	Zeitpunkt für die Konfrontation	152
10.3	Grund für die Konfrontation	153
10.4	Kombination mit Ressourcenaktivierung und Lösungsorientierung	153
11	Schemaklärung und -bearbeitung	164
11.1	Klärung von Schemata und ihre Bearbeitung – allgemein	164
11.1.1	Schemaklärung	164
11.1.2	Klärung der biographischen Entstehung	168
11.1.3	Schemabearbeitung	168
11.2	Klärung von Schemata und ihre Bearbeitung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	169
11.2.1	Spezifische Aspekte der Schemaklärung	169
11.2.2	Spezifische Aspekte der Klärung der biographischen Entstehung	172
11.2.3	Spezifische Aspekte der Schemabearbeitung und Ressourcenaktivierung ...	173
12	Das kombinierte therapeutische Vorgehen	187
12.1	Mögliche Anteile in der Klientin	188

12.2	Identifikation der verschiedenen Anteile	188
12.3	Achtsamkeit entwickeln	191
12.4	Aktivierung und Aufbau von Ressourcen	192
12.5	Umgang mit den verschiedenen Anteilen	193
12.5.1	Umgang mit verletzten kindlichen Anteilen	194
12.5.2	Umgang mit abwertenden Anteilen	195
12.5.3	Umgang mit Bewältigungsteilen	198
12.6	Verhaltensänderung	199
13	Umgang mit manipulativen Aspekten von Selbstverletzungen	201
13.1	Direkter Umgang innerhalb der therapeutischen Beziehung	201
13.2	Inhaltliche Arbeit an manipulativen Aspekten von Selbstverletzungen	201
14	Umgang mit manipulativer Suizidalität	210
14.1	Umgang mit manipulativen Aspekten in der Therapie	210
14.1.1	Intention auf Beziehungsebene	212
14.1.2	Konkrete Forderungen	223
14.1.3	Mischform aus authentischer und manipulativer Suizidalität	228
14.2	Inhaltliche therapeutische Arbeit an manipulativen Aspekten	228
14.3	Fehlende Verantwortungsübernahme	230
15	Erneute Traumatisierung	232
15.1	Gründe für eine (erneute) Traumatisierung	232
15.2	Umgang mit dem Thema Reviktimisierung in der Therapie	237
16	Transkripte zur Illustration von Therapie	239
16.1	Beziehungsaufbau und Herausarbeiten von Problembereichen	239
16.2	Herausarbeiten der kompensatorischen Strategien und ihrer Funktion	248
Literatur		267
Anhang		289

Vorwort

Während die Borderline-Persönlichkeitsstörung lange als kaum behandelbar galt, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, um die Störung besser zu verstehen, und es wurden Therapieverfahren entwickelt, deren Effektivität nachgewiesen ist.

Andererseits zeigen die hohe Anzahl und Dauer stationärer und ambulanter Behandlungen, die beträchtlichen Abbruchquoten, der ungünstige Krankheitsverlauf und die hohe Suizidrate, wie schwierig es ist, einen Therapieerfolg zu erreichen, und dass Therapien häufig nicht mit einem optimalen Ergebnis abgeschlossen werden können (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005).

Dass es immer noch einen Teil der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, der nicht bzw. nicht gut auf die Behandlung anspricht, ist insofern nicht verwunderlich, da es sich um eine insgesamt sehr heterogene Patientengruppe handelt, die möglicherweise unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen erforderlich macht und von den Therapeuten ein breites Wissen erfordert. Auch Steinert, Streib, Uhlmann und Tschöke (2014) kommen zu dem Schluss, dass bei einem sehr heterogenen Störungsbild patientenorientierte und schulenübergreifende Therapieformen notwendig sind.

Entsprechend ist anzunehmen, dass es auch in Zukunft eine Herausforderung für die Psychotherapieforschung sein wird, die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung weiter zu verbessern.

In diesem Buch stellen wir unsere Ideen zum Verständnis und zur Therapie dieser Störung vor und zur Diskussion. Hierbei sehen wir unseren Ansatz nicht als eigenständige Therapieform, sondern eher als Ergänzung zu anderen bestehenden Ansätzen. An den Stellen, an denen wir bereits Vorschläge zur Integration mit anderen therapeutischen Vorgehensweisen wie z. B. der DBT oder der Schematherapie haben, gehen wir darauf ein. Es ist aber auch eine Kombination mit anderen Verfahren denkbar (Breil & Sachse, 2011), wie sie sich z. B. in Turners *dynamic-cognitive-behavior-therapy* findet (Turner, 1987; 1989; 1993; 1994).

Im ersten Teil dieses Buches (Kapitel 1–6), in dem es um die Beschreibung des Störungsbildes geht, wird dargestellt, warum anzunehmen ist, dass der Borderline-Persönlichkeitsstörung verschiedene Dimensionen zugrunde liegen. Es werden zwei Dimensionen beschrieben, ohne dass dieses Modell Anspruch auf Vollständigkeit hat. Während die Dialektisch-behaviorale Therapie ein vertieftes Verständnis der ersten Dimension der Emotionsregulationsstörung und entsprechende Behandlungsstrategien entwickelt hat (Kapitel 3), kann die zweite Dimension als Beziehungsstörung gesehen werden, welche im Folgenden schwerpunktmäßig dargestellt wird. Nach der Beschreibung eines entsprechenden Störungsmodells wird im zweiten Teil des Buches (ab Kapitel 7) auf Aspekte der Therapie dieser Dimension eingegangen.

Ähnlich anderen therapeutischen Vorgehensweisen, die sich in dem Fokus auf die Beziehungsgestaltung mit Etablierung eines Gleichgewichts zwischen Sicherheit (Containing, Validieren) und konfrontativen Interventionen gleichen (Steinert et al, 2014), werden wir – wie wir es für eine Störung, die sich aufgrund ihrer Problematik direkt im Therapieprozess manifestiert, für notwendig erachten – ebenfalls ausführlich auf die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz eingehen. Im nächsten Schritt werden dann inhaltliche therapeutische Strategien für die unterschiedlichen Problem-bereiche der Störung vorgestellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch auf die Verwendung jeweils beider Geschlechter verzichtet. Da in klinischen Stichproben mehr weibliche als männliche Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu finden sind, haben wir uns für die weibliche Variante entschieden. Bei den behandelnden Personen wird im Sinne eines generischen Maskulinums die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber immer beide Geschlechter.

1 Charakteristika und Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel geht es um eine Beschreibung des Störungsbildes der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Neben den Kriterien der aktuell gültigen Klassifikationssysteme wird auf weitere Merkmale der Störung wie die Epidemiologie und auf die Komorbidität eingegangen. Des Weiteren werden für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typische Aspekte der Biographie vorgestellt. Das Kapitel schließt mit einer Schilderung der Schwierigkeiten und Herausforderungen, denen sich Therapeuten bei der Behandlung von Menschen mit Borderline-Störung möglicherweise stellen müssen.

1.1 Diagnosekriterien

Um sich dem Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung anzunähern, ist eine Betrachtung der Diagnosekriterien aus den kategorialen Diagnosesystemen sinnvoll. Interessanterweise unterscheiden sich ICD 10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2006) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) im Falle der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl in der Namensgebung als auch in Bezug auf die deskriptiven Kriterien und legen damit unterschiedliche Schwerpunkte bei der Diagnosestellung. Hierdurch wird bereits die Heterogenität im Störungsbild deutlich und eine Betrachtung beider Systeme erscheint sinnvoll.

Beiden Diagnosesystemen gemeinsam ist, dass die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein müssen: Die von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichenden, überdauernden Erlebens- und Verhaltensmuster sollten sich in mindestens zwei Bereichen von Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und Impulskontrolle manifestieren, unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen auftreten (Kriterium A), zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen (Kriterium B) und stabil und langandauernd mit Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter sein (Kriterium C). Zudem gehen die Muster nicht auf eine andere psychische Störung (Kriterium D) oder auf eine Substanz bzw. einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück (Kriterium E).

In der ICD 10 (Dilling et al., 2006) findet sich dann die Diagnose der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit zwei verschiedenen Subtypen, dem Impulsiven Typ und dem Borderline-Typ. Neben den allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung müssen für den Impulsiven Typ mindestens drei weitere Kriterien erfüllt sein (darunter 2.):

1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und launische Stimmung.

Für die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ müssen neben den allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung drei der Kriterien des Impulsiven Typs und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung, sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere.

Bei der Betrachtung der Kriterien der ICD 10 (Dilling et al., 2006) wird deutlich, dass der Impulsive Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung – wie die Benennung des Störungsbildes bereits nahelegt – schwerpunktmäßig durch Schwierigkeiten in der Regulation emotionaler Zustände und in der Steuerung damit verbundener Handlungen charakterisiert ist. Da für die Codierung des Borderline-Typs die Kriterien des Impulsiven Typs (zuzüglich weiterer Symptome) erfüllt sein müssen, ist die Emotionsregulationsstörung auch ein zentrales Problem dieses Subtyps. Die zusätzlichen Kriterien beziehen sich auf Faktoren wie Identitätsstörung und Schwierigkeiten in Beziehungen.

Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) heißt die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung und es wird keine Unterscheidung in Subtypen vorgenommen. Es müssen 5 der 9 in Tabelle 1 aufgelisteten Kriterien erfüllt sein.

In Tabelle 1 findet sich darüberhinaus eine Gegenüberstellung der beiden Diagnosesysteme.

Wie bei vielen diagnostischen Kategorien kann sich das Störungsbild durch die Vorgabe, dass fünf von neun Kriterien erfüllt sein müssen, sehr unterschiedlich darstellen. Nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) können auch die Kriterien im Vordergrund stehen, die sich (wie beim Impulsiven Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung der ICD 10; Dilling et al., 2006) auf Emotionsregulationsschwierigkeiten beziehen: Eine Klientin könnte impulsive Verhaltensweisen (Kriterium 4), Selbstverletzungen zur Spannungsregulation (Kriterium 5; der Motivator für das Verhalten ist nicht Teil des Kriteriums), Affektive Instabilität (Kriterium 6), Wutausbrüche (Kriterium 7) und dissoziative Symptome (Kriterium 8) zeigen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD 10 und DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

ICD-10	DSM-5
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	Borderline-Persönlichkeitsstörung
Impulsiver Typ (F60.30) A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein. B. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen: 1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln 2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden 3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens 4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden 5. unbeständige und launische Stimmung	Ein tiefgreifendes 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. verzweifelttes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind 2. ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist 3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung 4. Impulsivität in min. zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“) Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind 5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
Borderline-Typ (F60.31) A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein. B. Mindestens drei der unter F60.30 erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich min. zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen: 1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller) 2. Neigung, sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen 3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden	

Tabelle 1: Fortsetzung

ICD-10	DSM-5
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	Borderline-Persönlichkeitsstörung
4. wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung 5. anhaltende Gefühle von Leere	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 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

Es könnte sich aber auch ein gemischtes Bild zeigen, bei dem Probleme sowohl in der Emotionsregulation als auch in Beziehungen auftreten: die Klientin könnte dann neben dem impulsiven Verhalten (Kriterium 4), der affektiven Instabilität (Kriterium 6) und den dissoziativen Symptomen (Kriterium 8) instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen (Kriterium 2) und eine Identitätsstörung (Kriterium 3) haben und würde dem Borderline-Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung der ICD 10 (Dilling et al., 2006) entsprechen.

Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ist jedoch zusätzlich der Fall möglich, dass bei einer Klientin vor allem Schwierigkeiten in Beziehungen auftreten und die Emotionsregulationsschwierigkeiten hier weniger stark ausgeprägt sind: die Klientin würde sich verzweifelt bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden (Kriterium 1), hätte instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen (Kriterium 2) und eine Identitätsstörung (Kriterium 3), würde Suiziddrohungen aussprechen und Selbstverletzungen zeigen – weniger zur Spannungsregulation als zur Selbstbestrafung oder um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen (Kriterium 5; der Motivator für das Verhalten ist natürlich auch in diesem Fall nicht Teil des Kriteriums) und würde häufig heftige und unangemessene Wut erleben (ohne, dass sie diese nicht zurückhalten könnte; Kriterium 7). Dieses Symptombild würde nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) als Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, in der ICD 10 (Dilling et al., 2006) aber nicht als emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Unserer Erfahrung nach, die bislang viele praktisch tätige Kollegen teilen konnten, trifft man gerade in der ambulanten Praxis häufiger Klientinnen an, die mehr Probleme in Bezug auf das Interaktionsverhalten als bei der Emotionsregulation aufweisen und die ihre Beziehungsschwierigkeiten dann auch im therapeutischen Prozess realisieren.

Die Diagnose emotional instabiler Persönlichkeitsstörung der ICD 10 (Dilling et al., 2006) umfasst zwei Subtypen (Impulsiver Typ und Borderline-Typ), welche beide als Kernproblem Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation zeigen. Beim Borderline-Typ kommen Schwierigkeiten im Selbstbild und in Beziehungen als zusätzlicher Problembereich hinzu.

Nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) kann beim schwerpunktmäßigen Vorliegen der Schwierigkeiten im Selbstbild und in Beziehungen ohne ausgeprägte Emotionsregulationsstörung die Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden.

1.2 Merkmale der Störung

1.2.1 Epidemiologie und Prävalenz

Die *Häufigkeit* der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 0,5–2 % (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Swartz, Blazer, George & Winfield, 1990; Torgesen, Kringlen & Cramer, 2001). Das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) gibt als Median der Prävalenz 1,6 % oder auch 5,9 % in der Allgemeinbevölkerung an. In klinischen Stichproben ist die Häufigkeit mit 10–60 % deutlich höher (American Psychiatric Association, 2005).

Bezüglich der *Geschlechterverteilung* besteht weiterhin Klärungsbedarf. Es zeigt sich, dass etwa 80 % der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im klinischen Bereich weiblich sind (Paris, 2003; Widiger & Weissmann, 1991). Auch das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) beschreibt, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung überwiegend bei Frauen diagnostiziert wird. Dieser Geschlechtsunterschied kann jedoch lediglich dadurch entstehen, dass Frauen schneller professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und es so zu einem Selektionsprozess kommt (Henry & Cohen, 1983) oder/und dass Diagnostiker aufgrund geschlechtsspezifischer Einstellungen die Borderline-Störung vorwiegend bei Frauen diagnostizieren (Widiger, 1998). Zudem werden männliche Borderline-Patienten wegen der eher fremd- als selbstaggressiven Tendenzen häufiger unter Gefängnisinsassen und Patienten in forensischen Kliniken zu finden sein. Teilweise wird das bei Männern auftretende impulsive interpersonelle Verhalten auch als typisch für die männliche Identitätsfindung gesehen oder als antisozial klassifiziert (Castaneda & Franco, 1985). In neueren epidemiologischen Studien tritt die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Allgemeinbevölkerung bei Männern und Frauen dann auch ungefähr gleich häufig auf (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007). Dementsprechend wird von einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis ausgegangen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie & Nervenheilkunde, 2009). Wenn eine Borderline-Diagnose gestellt wird, scheint bei weiblichen Patienten vorzugsweise der Borderline-Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 diagnostiziert zu werden, während bei männlichen Patienten häufig die impulsive Unterform vergeben wird.

Bezüglich des sozioökonomischen Status zeigt sich, dass bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung Funktionsbeeinträchtigungen sowohl im sozialen als auch im beruflichen Bereich vorliegen. Nur 28 % der Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind berufstätig (20 % vollzeit, 8 % teilzeit), vorwiegend in Sozialberufen wie Krankenschwester, Erzieher und Altenpfleger (Bohus, 2002). Während der Schulabschluss bei Bohus et al. (2001) im Normbereich liegt, finden andere Studien eine niedrige Schulbildung und eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit für einen Hochschulabschluss (Skodol, Gunderson, McGlashan et al., 2002). Nur 20 % der Borderline-Patientinnen leben mit einem Partner zusammen und lediglich 13 % sind verheiratet (Bohus et al., 2001).

Die *Prävalenz* der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 0,5–2 % und ist in klinischen Stichproben deutlich höher.

In der Allgemeinbevölkerung liegt ein etwa ausgeglichenes *Geschlechterverhältnis* vor; im klinischen Bereich sind bis zu 80 % der Personen mit Borderline-Störung weiblich.

Bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung finden sich *Funktionsbeeinträchtigungen* im sozialen und beruflichen Bereich.

1.2.2 Verlauf und Prognose

Bei der Bestimmung des *Krankheitsbeginns* der Borderline-Persönlichkeitsstörung müssen bestimmte Faktoren berücksichtigt werden. Aufgrund des Entwicklungsaspektes einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalters wird in der ICD 10 die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren als eher unangemessen gewertet. Im DSM soll die Diagnosekategorie für Kinder und Jugendliche nur verwendet werden, wenn die notwendige Anzahl der Kriterien erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2007). Deshalb lassen sich über das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation nur schwer Aussagen treffen. Es wird heute aber davon ausgegangen, dass sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung meistens in der frühen Adoleszenz entwickelt (Bohus & Wolf-Arehult, 2012). Nach Jerschke, Meixner, Richter und Bohus (1998) können die Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung bereits mit dem 14. Lebensjahr erfüllt sein. Eine zweite Gruppe von Borderline-Patientinnen wurde hingegen im Mittel erst mit 24 Jahren stationär behandelt.

Betrachtet man den *Verlauf* der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wird häufig von einer ausgeprägten Chronifizierung ausgegangen, was auch durch Ergebnisse verschiedener Studien Bestätigung fand (z. B. Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson, 1983). Nach Linehan und Heard (1999) handelt es sich um einen kostenintensiven, langen und wechselhaften Verlauf.

Zanarini und Hörz (2011) ziehen nach Durchsicht der früheren Studien und umfangreicher retrospektiver Langzeitstudien trotz verschiedener methodologischer Ein-

schränkungen positivere Schlussfolgerungen über den Verlauf der Störung und des Funktionsniveaus.

Während die Diagnose bei den meisten Borderline-Patientinnen auf kurze Sicht stabil bleibt, ist der Langzeitverlauf besser als der Kurzzeitverlauf. Es bestätigt sich auch durch prospektive Langzeitstudien (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003; Grilo et al., 2004), dass die Remission bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung insgesamt häufig ist, jedoch relativ lange dauert, das Wiederauftreten aber selten ist.

Das Funktionsniveau der Patientinnen ist sechs Monate bis sieben Jahre nach Erstuntersuchung wesentlich eingeschränkt. Es scheint aber große Unterschiede im zeitlichen Verlauf zu geben: Während einige Klientinnen ein sehr gutes Funktionsniveau erreichen, haben viele weiterhin grundlegende Schwierigkeiten in einigen Lebensbereichen. Skodol et al. (2005) fanden hingegen keine Verbesserungen im allgemeinen Funktionsniveau und die Beeinträchtigungen im sozialen Funktionsniveau waren stabil.

Zudem begehen nach Zanarini und Hörz (2011) 3–10 % der Borderline-Patientinnen Suizid. Dies entspricht den Ergebnissen verschiedener Studien, nach denen die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 4–10 % (z. B. Frances, Fyer & Clarkin, 1986, Adams, Bernat & Lüscher, 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2005) das höchste Suizidrisiko unter den Persönlichkeitsstörungen (zusammen mit der narzisstischen und dissozialen) hat, wobei neuere Studien geringere Suizidraten als ältere beobachten (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2009). Die American Psychiatric Association (2013) geht davon aus, dass sich 8–10 % der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung suizidieren.

Risikofaktoren bzw. prognostische Faktoren für den Krankheitsverlauf für Jugendliche und Erwachsene sind (Brunner, v. Ceumern-Lindenstjerna, Renneberg & Resch, 2003; Skodol, Siever et al., 2002):

- Ausmaß an affektiver Instabilität,
- frühes Alter bei erstem psychiatrischen Behandlungskontakt,
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte,
- Substanzmissbrauch bei der Patientin,
(Auch Zanarini und Hörz (2011) bestätigen als Ergebnis aus sechs Jahren Follow up, dass eine Störung durch Substanzkonsum am auffälligsten von allen Störungsarten die Remission einer Borderline-Persönlichkeitsstörung behindert.)
- vermehrte andere Komorbidität (v. a. auch komorbide Persönlichkeitsstörungsdiagnosen),
(Risikofaktoren für Chronifizierung sind nach Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich und Silk (2004) neben Alkohol- und Drogenmissbrauch posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen und Essstörungen. Zudem ist keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus dem ängstlichen Cluster bei Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich und Silk (2006) ein Prädiktor für die Zeit bis zur Remission.)
- Substanzmissbrauch in der Herkunftsfamilie,
(Die Ergebnisse von Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich und Silk (2006) stützen diesen Risikofaktor.)
- Promiskuität,

- eingeschränkte Wahrnehmung des eigenen Affektes,
- mangelnde Aggressionskontrolle (Entwertung anderer, Manipulation und Feindseligkeiten in Beziehungen),
- Schwere und Chronizität der Symptome, (Höherer Schweregrad sowohl der Borderline-Symptomatik als auch der funktionellen Einschränkungen sagt das Ausmaß der Borderline-Symptomatik und den GAF-Wert nach zwei Jahren vorher (Gunderson et al., 2006).)
- eine Vorgeschichte an sexuellen Missbrauchserfahrungen. (Zanarini et al. (2006) bestätigen, dass kein sexueller Missbrauch in der Kindheit ein Prädiktor für die Zeit bis zur Remission ist. Und Gunderson et al. (2006) berichten, dass eine Vorgeschichte mit Kindheitstraumatisierungen ein Prädiktor für das Ausmaß an Borderline-Symptomatik und GAF-Wert (*Global Assessment of Functioning*) nach zwei Jahren ist.)

Als weitere Prädiktoren für die Zeit zur Remission sind im Sinne eines multifaktoriellen Modells (Zanarini & Hörz, 2011) nach dem 10 Jahren Follow up in der Studie von Zanarini et al. (2006):

- jüngeres Alter,
- ein guter beruflicher Hintergrund,
- niedrige Werte auf der Skala Neurotizismus und hohe Werte auf der Skala Verträglichkeit des Fünf-Faktoren Modells der Persönlichkeit von Costa und McCrae.

Für vollendete Suizide werden impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung und frühkindlicher Missbrauch als Risikofaktoren benannt (Remmel & Bohus, 2006). Komorbide andere psychische Störungen erhöhen die Suizidrate von Personen mit Persönlichkeitsstörungen um das Dreifache, aber auch Impulsivität, männliches Geschlecht, suizidales Verhalten in der Vorgeschichte und Selbstverletzungen erhöhen die Suizidwahrscheinlichkeit (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie & Nervenheilkunde, 2009).

Relativ lange wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung als nur schwer behandelbar gesehen. Dies hing u. a. mit den hohen Therapieabbruchraten (bis zu 75 %) zusammen (z. B. Jerschke et al., 1998; Skodol, Buckley & Charles, 1983; Waldinger & Gunderson, 1984). In einer aktuelleren Metaanalyse zeigt sich eine durchschnittliche Abbruchrate von 29 %, wobei sich die Studien stark unterscheiden (Barnicot, Katsakou, Marougka & Priebe, 2011). Interessanterweise wurde kein signifikanter Effekt der untersuchten Faktoren wie z. B. therapeutische Orientierung oder Behandlungssetting auf die Beenderrate gefunden.

Inzwischen liegen vier nachgewiesenermaßen wirksame *Behandlungsansätze* vor (Zanarini, 2009). Hiervon haben die *Mentalization-Based Therapy* (Bateman & Fonagy, 2008) und die *Transference-Focused Psychotherapie* (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999) psychodynamische und die *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (Linehan, 1996a) und die *Schematherapie* (Young, Klosko & Weishaar, 2003) kognitiv-behaviorale Wurzeln. Unter diesen vier Psychotherapieverfahren hat die Dialektisch-behaviorale bislang den höchsten Evidenzgrad (Ia = Metaanalyse(n) über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien; Doering, Stoffers & Lieb, 2011).

Auch wenn es inzwischen wirksame Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, sind die Gesamterfolge weiter ausbaubar. So sprechen nur etwa 50 % der Patientinnen auf die angebotenen Psychotherapieverfahren an (Bohus & Schmahl, 2006; 2007).

Rüsch et al. (2008) schlussfolgern, dass auch mit einer spezifischen Behandlung wie der Dialektisch-behavioralen Therapie die Abbruchraten immer noch hoch sind (22 % bei Bohus et al., 2004, 16 % bei Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; 25 % bei Linehan et al., 2006). Ähnliches gilt auch für die *Transference-focused psychotherapy*. Hier zeigen sich Abbruchraten von etwa 30 % (Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin & Selzer, 1995), wobei Levy et al. (2006) berichten, dass sich in neueren Studien weniger Abbrüche zeigen (13–25 %). Die Drop-out-Rate liegt bei der Schematherapie mit ungefähr 27 % niedriger als bei der *Transference-focused psychotherapy* (Giesen-Bloom et al., 2006). Bei der *Mentalization-based therapy* werden eher niedrige Abbruchquoten referiert. So finden sich 15,5 % vorzeitige Beendigungen bei Bales et al. (2012) und in einer aktuellen Studie sind es sogar nur sehr niedrige 2 % (Kvarstein et al., 2015).

- Der *Krankheitsbeginn* liegt meistens in der frühen Adoleszenz.
- *Remissionen* sind häufig, benötigen aber Zeit.
- 3–10 % der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung begehen *Suizid*.
- Wichtige *Risikofaktoren* sind: Schwere der Symptomatik, Substanzmissbrauch der Patientin und in der Herkunftsfamilie, weitere Achse-1- oder Achse-2-Komorbidität, Vorgeschichte mit Kindheitstraumatisierungen.
- Es gibt vier wirksame *Behandlungsansätze*: Mentalization-based Therapy, Transference-focused Therapy, Dialektisch-behaviorale Therapie und Schematherapie.
- Trotzdem sprechen etwa 50 % der Borderline-Patientinnen nicht auf Psychotherapie an und die Therapieabbruchraten sind relativ hoch.

1.3 Komorbidität

Im DSM-5 wurde die in den vorherigen Versionen des diagnostischen Manuals vorhandene Achsenaufteilung aufgegeben (Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme; Achse II: Persönlichkeitsstörungen; Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren; Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme; Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus). Da viele der vorhandenen Studien eben diese Vorgängerversionen verwendeten, orientiert sich die folgende Darstellung der Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit anderen psychischen Störungen jedoch weiterhin an der Unterscheidung in Achse-1- und Achse-2-Störungen.

Die Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist sowohl mit Achse-1- als auch Achse-2-Störungen häufig (American Psychiatric Assoziation, 2005) und soll in diesem Kapitel ausführlicher dargestellt werden.

1.3.1 Komorbidität mit Achse-1-Störungen

Es treten bei Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig komorbide Achse-1-Störungen wie *Angststörungen*, *depressive Störungen* und *Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit* auf (Skodol, Gunderson, Pfohl et al., 2002; Zanarini et al., 1998a; Zimmerman & Mattia, 1999). Auch *Essstörungen* unterschiedlicher Art (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung, Eating Disorder Not Otherwise Specified) finden sich nach einer Zusammenfassung von vier Querschnitts- oder longitudinalen Studien (Fassbinder et al., 2007; Kleindienst et al., 2008; McGlashan et al., 2000; Zanarini et al., 1998a) mit 30–60 % häufig (Schweiger & Sipos, 2011). Nach Chen, Brown, Harned und Linehan (2009) stellen komorbide Essstörungen einen Risikofaktor für Selbstmordversuche (Bulimia nervosa) und selbstverletzendes Verhalten (Anorexia nervosa) dar. Deshalb sollte in einer Therapie, welche die Reduktion lebensbedrohlichen Verhaltens als oberstes Therapieziel formuliert, die Behandlung einer komorbiden Essstörung möglicherweise Priorität haben.

Bei dem Vergleich von Patienten mit und ohne Borderline-Diagnose zeigt sich nach Zimmerman und Mattia (1999), dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aktuell zwei Mal so wahrscheinlich drei oder mehr Achse-1-Störungen und vier Mal so wahrscheinlich vier oder mehr Diagnosen haben. Ähnliche Ergebnisse sollen sich für Störungen über die Lebensspanne finden.

Dissoziative Störungen treten bei etwa 50–80 % der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (Gast, 2011; Korzekwa, Dell, Links, Thabane & Fougere, 2009; Sack, Sachsse, Overkamp & Dulz, 2013; Sar, Akyuz, Kugu, Ozturk & Ertem-Vehid, 2006; Sar et al., 2003). Dissoziative Symptome können in psychologische dissoziative Phänomene (Depersonalisation, Derealisation) und somatoforme dissoziative Phänomene (Analgesie, Verlust der Kontrolle über die Willkürmotorik, Veränderung der Optik, ...) unterschieden werden (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1996), die sich alle bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung finden lassen (Zanarini, Ruser, Frankenburg & Hennen, 2000; Zanarini, Ruser, Frankenburg, Hennen & Gunderson, 2000; Zweig-Frank & Paris, 1997). Am häufigsten sind die Abwesenheit von Gefühlen sowie Derealisations- und Depersonalisationsphänomene (Priebe, Schmahel & Stiglmayr, 2013). Es werden zwei sich nicht ausschließende Faktoren für die hohe Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dissoziativen Symptomen und Störungen diskutiert. Dissoziation kann entweder Folge einer (frühkindlichen) traumatischen Erfahrung und/oder der Borderline-Störung immanent (Dissoziationsneigung) sein (Priebe et al., 2013).

Eine komorbide *Posttraumatische Belastungsstörung* liegt bei 30–60 % der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vor (Lammers & Jacob, 2011; Lieb et al., 2004; Pagura et al., 2010; Swartz et al., 1990; Zanarini et al., 1998a) und ist bei ihnen zweimal so häufig komorbide vorhanden wie in der Allgemeinbevölkerung (Golier et al., 2003).

Trautmann (2004) sieht viele der komorbiden Achse-1-Störungen als Bewältigungsversuche der Klientinnen an. Und auch Rosenthal et al. (2008) verstehen einige der komorbiden Achse-1-Störungen als Manifestation dysfunktionaler Versuche, Affekte zu regulieren. So setzten die Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (etwa

50 % haben Alkohol- und etwa 40 % Drogenprobleme, Moggi & Donati, 2003) z. B. die Substanzen zur Befindens- und Affektregulation, v. a. zum Schutz vor inneren und äußeren Reizen ein (Tretter, 2011). Insgesamt gibt es jedoch unterschiedliche Erklärungsmodelle für den Zusammenhang von Achse-1-Störungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der als noch nicht hinreichend geklärt gilt (Skodol, Gunderson, Pfohl et al., 2002; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr, 2000).

Zanarini et al. (1998a) finden in Bezug auf die Komorbidität einen Effekt durch das Geschlecht. Während Männer häufiger Substanzstörungen aufweisen, treten bei Frauen häufiger Essstörungen und die Posttraumatische Belastungsstörung auf. Auch Zlotnick, Rothschild und Zimmerman (2002) finden bei männlichen Patienten im Vergleich zu weiblichen komorbide zur Borderline-Störung häufiger Substanzmissbrauch, antisoziale Persönlichkeitsstörung und intermitierende explosible Störung, wohingegen die Frauen häufiger Essstörungen berichten. Auch eine Posttraumatische Belastungsstörung scheint bei weiblichen Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger aufzutreten als bei männlichen (Johnson et al., 2003).

Es besteht eine ausgeprägte *Komorbidität mit Achse-1-Störungen*: Angststörungen, depressive Störungen, Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störungen.

1.3.2 Komorbidität mit Achse-2-Störungen

Zusätzlich zu den komorbiden Achse-1-Störungen findet sich eine hohe Komorbidität mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (American Psychiatric Association, 2005). Nach Zanarini et al. (1998b) erfüllen über 90 % der Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere Achse-2-Störung. Auch andere Autoren gehen von einer hohen Komorbidität mit anderen Achse-2-Störungen aus (z. B. Gunderson, Zanarini & Kisiel, 1991; Conklin & Westen, 2005; vgl. auch Bradley, Conklin & Westen, 2007).

Da sich verschiedene Studien zur Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit den anderen Persönlichkeitsstörungen stark in der prozentualen Häufigkeit unterscheiden, fasst Kröger (2002) die Studien für das ambulante (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt & Gilmore, 1983; Comtois, Cowley, Dunner & Roy-Byrne, 1999; Flick, Roy-Byrne, Cowley, Shores & Dunner, 1993; Frances, Clarkin, Gilmore, Hurt & Brown, 1984; Mehlum et al., 1991; Nurnberg et al., 1991; Zanarini et al., 1998b) und das stationäre (Becker, Grilo, Edell & McGlashan, 2000; Coid, 1993; Dahl, 1986; De Jong, van der Brink, Harteveld & van der Wielen, 1993; Pfohl, Coryell, Zimmerman & Stangl, 1986; Stuart et al., 1998; Zanarini, Frankenburg, Chauncey & Gunderson, 1987) Setting überblicksartig zusammen (s. Tabelle 2).

In einer neueren Studie von Zimmerman, Rothschild und Chelminski (2005) ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit sechs der anderen neun Persönlichkeitsstörungen signifikant assoziiert. Sie finden signifikant hohe Odds-Ratios, die angeben, wie wahrscheinlich es ist, dass eine Person die Kriterien für beide Diagnosen erfüllt, für die

schizotype (15,2), paranoide (12,3), antisoziale (9,5), abhängige (7,3), narzisstische (7,1) und ängstliche (vermeidende) (2,5). Dies entspricht teilweise den Ergebnissen von Zanarini et al. (1998b) in deren Studie die paranoide, die vermeidend-selbstunsichere und die dependente Störung diejenigen waren, die am besten zwischen Borderline-Patienten und der Kontrollgruppe unterschieden. Störungen aus dem ängstlichen Cluster scheinen auch die Remission der Borderline-Symptomatik am meisten zu behindern (Zanarini, Frankenburg, Vujanovic et al., 2004). Zudem scheint das Geschlecht eine Rolle bei der Komorbidität mit Achse-2-Störungen zu spielen (Zanarini et al., 1998b). Männer mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen eine höhere Komorbidität mit der paranoiden, der passiv-aggressiven, der narzisstischen und der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 2: Prävalenz komorbider Persönlichkeitsstörungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung im stationären und ambulanten Setting (aus Kröger, 2002, S. 18)

Persönlichkeitsstörungen	Stationäres Setting			Ambulantes Setting			Gesamt		
	Nr. = 9; Total = 711			Nr. = 6; Total = 190			Nr. = 16; Total = 1072		
	Md (%)	Min (%)	Max (%)	Md (%)	Min (%)	Max (%)	Md (%)	Min (%)	Max (%)
Cluster A									
Paranoid	8	0	49	12,5	3	42	12,5	0	49
Schizoid	0	0	11	2	0	6	5	0	11
Schizotyp	21	7	50	4,5	3	40	17	3	50
Cluster B									
Histrionisch	31	15	82	18,5	2	36	29	2	82
Narzisstisch	16	5	54	15,5	4	18	16	4	54
Antisozial	23	13	49	4	0	8	13,5	0	49
Cluster C									
Selbstunsicher-vermeidend	29	5	46	15,5	5	42	26,5	2	46
Dependent	34	3	58	13,5	7	16	22	3	58
Zwanghaft	9	0	32	2,5	0	33	8,5	0	33
Negativistisch	25	0	61	0	0	10	11,5	0	61

Anmerkungen: Gesamt = Auswertung der Studien im stationären und ambulanten Setting sowie Studien, die aus beiden Bereichen Patienten rekrutiert haben; Nr. = Anzahl der untersuchten Stichproben; Total = Anzahl der untersuchten Patienten; Md = Median (%); Min = Minimum (%); Max = Maximum (%).

Die komorbiden anderen Persönlichkeitsstörungen legen bei Borderline-Klientinnen zu Therapiebeginn oft andere Diagnosen nahe (Trautmann, 2004).

Die Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen ist hoch.

Möglicherweise ist die Art der komorbiden Achse-2-Störung abhängig vom Geschlecht.

1.4 Biographie

Es wird heute von einer multifaktoriellen Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgegangen (Doering, 2009; Paris, 2007; Paris, 2011; Zanarini & Frankenburg, 1997).

An dieser Stelle soll nicht auf Aspekte der Genetik, der Vulnerabilität und prädisponierender Persönlichkeitseigenschaften eingegangen werden – ohne dass diese von den Autoren damit als irrelevant markiert werden sollen. Vielmehr soll hier ein kurzer Überblick über häufige interpersonelle, biographische Erfahrungen gegeben werden, die in der Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen können. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass ungünstige biographische Erfahrungen (auch traumatische) in der Kindheit zur Ausbildung kognitiver Grundannahmen bzw. Schemata führen, die dann die Manifestation der Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit bedingen (vgl. auch Arntz, 2004; Arntz, Dietzel & Dreessen, 1999; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Auch wenn in diesem Abschnitt nicht ausführlich darauf eingegangen wird, ist die Wechselwirkung zwischen heftiger Emotionalität des Kindes und Verhalten und Reaktion der Eltern und der damit verbundenen Hochschaukelung emotionaler Prozesse relevant (Renneberg, 2001).

Es gibt in einer Reihe von Studien Hinweise auf eine mögliche ätiologische Relevanz von *Traumatisierungen und speziell Missbrauchserfahrungen* in der Kindheit. Golier et al. (2003) finden in ihrer Studie hohe Raten von frühen Traumata und „Lifetime-Traumata“, und Sack, Sachsse und Dulz (2011) gehen von bis zu 80 % schweren kindlichen Traumatisierungen aus. Insgesamt geben Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen am häufigsten Traumatisierungen (v. a. sexuelle Traumata, auch im Kindesalter, aber auch andere Formen von Traumata) sowohl durch die Pflegeperson als auch durch andere Personen und das jüngste Alter bei Ersttraumatisierung an (Yen et al., 2002; Zanarini, Williams et al., 1997). Zusätzlich scheint zwischen der Schwere der Persönlichkeitsstörung und der Schwere der Traumatisierung ein Zusammenhang zu bestehen. Priebe et al. (2013) berichten im Rahmen einer Zusammenfassung verschiedener Studien über folgende Prävalenzen:

- 14–75 % sexueller Missbrauch,
- 17–65 % körperlicher Missbrauch im Kindesalter,
- 7–92 % Vernachlässigung,
- 82 % emotionaler Missbrauch.

Nach Arntz und van Genderen (2010) ist bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung körperlicher und sexueller Missbrauch leichter zu erkennen als emotionaler Missbrauch. Gründe dafür sehen sie in der Loyalität gegenüber den eigenen Eltern und in der Unwissenheit über den Verlauf einer normalen, gesunden Kindheit.

Nach Ergebnissen von Zanarini, Yong, et al. (2002) korreliert bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung der Schweregrad des kindlichen sexuellen Missbrauchs signifikant mit dem Schweregrad der Symptome (bezüglich der vier Bereiche Affekt, Kognition, Impulsivität und gestörte zwischenmenschliche Beziehungen) und mit der Schwere der psychosozialen Beeinträchtigungen. Auch das Ausmaß an Vernachlässigung und die Schwere von anderen Formen des Missbrauchs scheinen für die Schwere der Borderline-Symptomatik und das Ausmaß an psychosozialen Beeinträchtigungen von Bedeutung zu sein. Die Relevanz des Beginns des Missbrauchs bestätigt sich bei Heffernan und Cloitre (2000), wobei ein früherer Beginn die Entstehung einer Borderline-Störung zu begünstigen scheint.

Fiedler (2007, 2008) betont, dass zusätzlich zum sexuellen Missbrauch durch die Pflegepersonen auch *traumatische Erfahrungen außerhalb der Primärfamilie* für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine wichtige Rolle spielen und dass die relevanten Traumabedingungen häufig erst jenseits des 5. Lebensjahres liegen und auch spätere, bis in die Jugend reichende Traumaerfahrungen die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung erklären können.

Zudem gehören *andere interpersonelle Traumata* wie Vernachlässigung oder frühe Trennungen und Verlusterfahrungen, die häufig auf ein insgesamt ungünstiges familiäres und soziales Umfeld mit schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen, mit dissozialem Verhalten und mit psychischen Störungen in der Familie hinweisen, und in denen ausgleichende Interaktionen kaum oder gar nicht auftreten, zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Störung (Renneberg, Weiß, Unger, Fiedler & Brunner, 2003; Streeck-Fischer, 2011). Auch Bandelow et al. (2005) sehen psychiatrische Diagnosen in der Familie neben dem sexuellen Missbrauch als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zanarini, Barison, Frankenburg, Reich und Hudson (2009) fassen die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen, wobei sich eine erhöhte Lebenszeitprävalenz für Major Depression, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung bei den Verwandten ersten Grades der Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt. In ihrer Studie finden die Autoren zu den genannten Störungen eine Vielzahl von weiteren psychischen Störungen in den Familien (z. B. verschiedene Angststörungen, Dysthymie, Bipolar I-Störung und den vier untersuchten Achse-2-Störungen). Allgemeine familiäre Faktoren, v. a. emotionale Störungen und Impulsivität scheinen nach diesen Ergebnissen zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beizutragen.

Auch das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei den primären Pflegepersonen könnte ein Risikofaktor für psychische Störungen insgesamt, aber auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sein. Kinder von Müttern mit Borderline-Störung haben im Vergleich zu Kontrollpersonen mehr psychiatrische Diagnosen, mehr Impulskontrollstörungen und häufiger eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (Weiss et al., 1996).

Die Relevanz von verbalem und physischem Missbrauch durch die Mutter und die höhere Wahrscheinlichkeit körperlicher und emotionaler Vernachlässigung für die Ent-

stehung der Borderline-Störung erklärt Bohus (2007b) damit, dass eine zweite Bezugsperson, eine Schutz und Sicherheit gewährende Person, die insbesondere die Wahrnehmung der Betroffenen teilt und deren Emotionen bestätigen könnte, fehlt. Gerade die Verbindung von traumatischen Erfahrungen und dem Fehlen einer anderen sicheren Bezugsperson, auf die sich das Kind verlassen kann, scheint zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beizutragen (Arntz, 1994). Entsprechend sehen Bateman und Fonagy (2008) vor allem das *Versagen beider Elternteile*, also die Kombination aus Vernachlässigung durch die weibliche Bezugsperson und Missbrauch durch die männliche Bezugsperson, insbesondere für weibliche Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, als charakteristisch.

Anhand der dargestellten Befunde wird deutlich, dass sich bei einem Teil der Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung *kein Hinweis auf Traumaerfahrungen* in Kindheit und Jugend findet. In diesem Zusammenhang berichten Graybar und Boutilier (2002), dass es zwar hohe Raten an frühen Traumatisierungen bei den Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, dass sich aber bei etwa 20–40 % der Klientinnen keine traumatische Vorgeschichte findet. Fiedler (2007) geht sogar von 40–60 % aus. Traumatisierung scheint für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung weder eine notwendige noch hinreichende ätiologische Bedingung zu sein (Gunderson & Sabo, 1993; Lieb et al., 2004). An dieser Stelle werden andere Faktoren des Umgangs der primären Bezugspersonen mit dem Kind als Entstehungsbedingung für eine Borderline-Störung angenommen. *Invalidierung* wird hierbei als zentraler Faktor gesehen (Fiedler, 2007). Nach Linehan (1996a) beinhalten invalidierende Erfahrungen immer eine unangemessene, unvorhersehbare, extreme, missachtende, abwertende bzw. abstrafende Reaktion auf das Mitteilen persönlicher Erfahrungen und Gefühle des Kindes. Dies kann von einem Nicht-Anerkennen der Gefühle des Kindes, einem Unverständnis seiner möglicherweise starken Emotionen gegenüber und der Unterstellung, seine Probleme seien nicht so groß wie es ihm vorkomme, über widersprüchliches, inkonsequentes und wechselhaftes Verhalten bis hin zu körperlicher oder sexueller Gewalt reichen und verunsichert das Kind in Bezug auf seine Gefühle, den Selbstwert, das Selbstbild und Selbstakzeptanz (Chapman & Gratz, 2014; Keller & Joraschky, 2009). Häufige Rückmeldungen an das Kind, dass seine Wahrnehmungen unsinnig und absurd sind, oder eine folgende Bestrafung behindert das emotionale Lernen. Das Kind kann nicht die Fähigkeiten entwickeln, seine Gefühle richtig zu benennen, ihnen zu vertrauen, sie als stimmig und adäquat anzusehen und zur Steuerung seine Handlungen zu nutzen (Unckel & Kröger, 2006).

Davon nicht unabhängig wird der *Bindungsstil* als wichtige Variable gesehen (Graybar & Boutilier, 2002). Empirische Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und unsicherer Bindung (Agrawal, Gunderson, Bjarne, Holmes & Lyons-Ruth, 2004; Bateman & Fonagy, 2011). Es wird bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig von desorganisiertem bzw. unsicher-verstricktem Bindungsstil mit der Zusatzklassifikation „ungelöstes Trauma“ berichtet (Buchheim, 2011; Buchheimer, Benecke, Dammann & Buchheim, 2003; Wöller, 2006a).

Entsprechend geht Fiedler (2007, 2008) von zwei unterschiedlichen Patientengruppen aus, die sich in der Symptomatik unterscheiden: Borderline-Persönlichkeitsstörung mit und ohne Traumagenese. Während bei einer Traumagenese eine PTBS und/oder

eine dissoziative Störung vorliegen soll und v. a. die DSM-Kriterien 3, 6, 7, 9 erfüllt sein sollen (Identitätsstörung, affektive Instabilität, chronisches Gefühl der Leere, paranoide Vorstellungen/dissoziative Symptome), scheinen die Interaktionsprobleme bei beiden Untergruppen ähnlich zu sein.

In den Biographien von Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung finden sich eine Vielzahl von *Traumatisierungen* (sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung) sowohl durch die Pflegeperson als auch durch andere Personen, aber auch frühe Trennungen und Verlusterfahrungen und *psychiatrische Diagnosen in der Familie*. Neben dem jungen Alter bei Ersttraumatisierung scheint die Kombination von traumatischen Erfahrungen und dem *Fehlen einer anderen sicheren Bezugsperson* ein Risikofaktor für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu sein.

Traumata sind weder als notwendige noch als hinreichende ätiologische Bedingung zu sehen. Bei etwa 20–40 % der Klientinnen mit Borderline-Störung findet sich keine traumatische Vorgeschichte. *Invalidierung* wird dabei als zentraler Entstehungsfaktor gesehen.

1.5 Therapeutische Probleme und Herausforderungen

Viele Therapeuten empfinden Vorbehalte und Unsicherheiten gegenüber Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. gegenüber der ausgeprägten Symptomatik wie Suizidalität, Selbstverletzungen und Suchtproblematiken, aber auch wegen der schwierigen Interaktionen. Auch wenn es aufgrund der langen Wartezeiten für einen ambulanten Therapieplatz insgesamt nicht leicht ist, einen Therapeuten zu finden, scheinen Klientinnen mit einer Borderline-Diagnose besonders lange nach einem Therapieplatz suchen zu müssen. Eine Klientin erkundigte sich in der telefonischen Sprechstunde mit folgender Aussage nach einer Therapiemöglichkeit: „Hallo. Mein Name ist XXX und ich suche einen ambulanten Therapieplatz. Mir ist klar, dass es bei fast allen Praxen einige Wartezeit gibt. Ich wollte aber wissen, ob Sie mich überhaupt behandeln. Ich habe nämlich eine Borderline-Störung und bin schon bei vielen ihrer Kollegen direkt abgelehnt worden, weil ich so schwierig sei.“ Da Therapeuten sich durch Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig überfordert und hilflos fühlen, erleben sie diese als schwierig, empfinden ihnen gegenüber Vorbehalte und haben eine Tendenz, diese weiter zu überweisen (Fergusson & Tyrer, 1991; Langley & Klopfer, 2005; Lewis & Appleby, 1988).

Und tatsächlich *kann* eine Therapie mit einer Klientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung den Therapeuten vor besondere Herausforderungen stellen und ihn mit speziellen Problemen konfrontieren. Hierbei liegt die Betonung jedoch auf dem Wort „kann“. Wie im folgenden Abschnitt deutlich wird, handelt es sich bei der Borderline-

Störung um ein sehr heterogenes Störungsbild. Dementsprechend unterscheiden sich die Klientinnen stark in der Symptomatik und in ihrem Beziehungsverhalten. Es ist also nicht vorauszusehen (wenn eine Klientin die Diagnose hat), ob und welche Schwierigkeiten auf den Therapeuten zukommen.

Es ist trotzdem sinnvoll, sich mit den Schwierigkeiten, welche bei der Behandlung auftreten können, auseinanderzusetzen – ohne bei jeder Klientin direkt „mit dem Schlimmsten zu rechnen“ – um für den Fall der Fälle vorbereitet zu sein.

Zum Ersten kann schon die Konfrontation mit bestimmten *Aspekten der Symptomatik* für Therapeuten eine Herausforderung und belastend sein. Es können (gerade in der Therapieanfangsphase) Suizidversuche und Selbstschädigungen auftreten; der Therapeut kann mit dissoziativen Zuständen bei der Klientin konfrontiert sein und sich mit traumatischen Biographien oder auch aktuellen Traumatisierungen der Klientin auseinandersetzen müssen (Mayer-Bruns, Böhme & Frank, 2003).

Manche Klientinnen erleben häufige Krisen (Beck et al., 1999), um die sich der Therapeut kümmern soll, was einer kontinuierlichen Problembearbeitung entgegensteht. Zudem kann es schwierig sein, optimistisch zu bleiben, und die erzielten, wenn auch kleinen Erfolge zu sehen, gerade, wenn sich lange Phasen hindurch nichts verändert (Nadolny & Meyer, 2011), die Schwierigkeiten der Patientin jedoch zahlreich und schwerwiegend sind.

Zum Zweiten können *Schwierigkeiten in der Interaktion* auftreten. Bei den Klientinnen kann es zu extremen und häufigen Fehlinterpretation der Aussagen und Absichten des Therapeuten kommen und sie können ungewöhnlich heftig auf Veränderungen von Terminen, Zimmerwechseln oder Urlaub reagieren (Beck et al., 1999). Auch die Beendigung der Therapie kann für die Klientinnen schwierig sein und von heftigen Gefühlen begleitet werden (Beck et al., 1999).

Außerdem kann die Klientin neben einer ausgeprägten Sensibilität für die Befindlichkeit und die wunden Stellen des Gegenübers und der darauf folgenden Konfrontation des Therapeuten, aggressive Ausbrüche und verbale Angriffe in der Therapiesitzung zeigen, ohne dass der Therapeut zunächst den Auslöser dafür kennt (Mayer-Bruns, Böhme & Frank, 2003). Dazu und zu dem DSM-5-Kriterium des Schwankens zwischen Idealisierung und Entwertung passt, dass Patientinnen ihre Behandler und deren Bemühen entwerten können (Nadolny & Meyer, 2011).

Des Weiteren kann von dem Therapeuten erwartet werden, er solle die Probleme der Klientin lösen und Entscheidungen für sie treffen (Beck, 2014) oder häufig für Telefonate zur Verfügung stehen und der Klientin eine spezielle Behandlung bei der Festlegung von Sitzungsterminen, endgültigen Vereinbarungen usw. zukommen lassen (Beck et al., 1999).

Auch Steinert et al. (2014) benennen den Versorgungswunsch mancher Borderline-Patientin explizit als Schwierigkeit. Bei diesen Klientinnen können durch eine passiv-abhängige Rolle verbunden mit dem Delegieren von Verantwortung an andere, dem Einfordern von Unterstützung und dem fortwährenden Inanspruchnehmen von Hilfesysteme vorhandene Kompetenzen verkümmern und eine Versorgungserwartungen in allen Bereichen des Lebens entstehen.

Nach Arntz und van Genderen (2010) können Therapeuten, wenn sie zu viel Fürsorge geben, die Patientin dazu verleiten, die Grenzen der therapeutischen Beziehung

zu überschreiten. Andererseits kann es eine Tendenz geben, sich stark zu bemühen, dem Therapeuten zu gefallen (Beck, 2014) oder aber auch eine geringe Toleranz gegenüber Nähe sowie eine Haltung, dass Vertrauen und Intimität gefährlich sind (Beck et al., 1999), bestehen.

Dies zeigt, dass es eine Hauptschwierigkeit sein kann, angemessen mit der Vielzahl an widersprüchlichen und schnell wechselnden Persönlichkeitsanteilen (Arntz & van Genderen, 2010) und mit sogenannten Beziehungstests (vgl. Kapitel 6.3.3.4) umzugehen.

Gerade die Kombination aus realer, krisenhafter Belastung und einer Versorgung fordernden, selbst keine Verantwortung übernehmenden Haltung der Klientin kann für den Therapeuten eine Herausforderung darstellen.

Der Umgang mit den bislang beschriebenen Situationen kann für den Therapeuten eine technische Herausforderung sein. Er benötigt eine Idee, wie er professionell in den einzelnen Situationen reagieren kann.

Hinzu kommt jedoch, dass viele der beschriebenen Schwierigkeiten beim Therapeuten *negative emotionale Zustände* aktivieren können. Während Selbstverletzungen und Suizidalität häufig Sorge um die Patientin auslösen, können Unberechenbarkeit und Vehemenz zu Verunsicherung, Unverständnis und Ärger führen. Auch Sorge um eigene Grenzen wäre eine mögliche Reaktion (Mayer-Bruns, Böhme & Frank, 2003). Viele Behandler empfinden Ärger bei Entwertung und müssen eigene Hilflosigkeit bei fehlenden Erfolgen aushalten (Nadolny & Meyer, 2011).

Zum Letzten werden häufig im Zusammenhang mit der Borderline-Störung *Schwierigkeiten im Therapieprozess bei der Arbeit an Veränderungen* beschrieben. So können ungewöhnlich hohe Ambivalenz in Bezug auf zahlreiche Themen und Angst vor Veränderungen oder ungewöhnlich starker Widerstand gegen Veränderungen bestehen (Beck et al., 1999). Klientinnen können sich auch Hausaufgaben widersetzen, die z. B. Selbstbehauptung beinhalten (Beck, 2014). Das Fehlen einer stabilen Identität (aber auch die widersprüchlichen Anteile einer Klientin) bedingt unklare Ziele und Prioritäten, die sich von Woche zu Woche ändern; dadurch kann eine zielgerichtete therapeutische Arbeit erschwert werden (Beck et al., 1999). Zudem fehlt bei einigen Klientinnen die Motivation, sich um Emotionsregulation zu bemühen, und die positiven Aspekte der Dissoziation behindern die therapeutische Arbeit daran (Steinert et al., 2014).

In der Behandlung von Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann sich ein Therapeut mit einer Vielzahl an Schwierigkeiten und Herausforderungen konfrontiert sehen, welche die Konfrontation mit der Symptomatik der Klientinnen, die therapeutische Arbeit an Veränderungen, die therapeutische Interaktion und die eigenen emotionalen Zustände des Therapeuten betreffen.