



Alice Sendera · Martina Sendera

Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung

4. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung

Alice Sendera · Martina Sendera

Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung

4. Auflage

Mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Rainer Sachse

 Springer

Alice Sendera
Martina Sendera
Trausdorf an der Wulka, Österreich

Ergänzendes Online-Material zu diesem Buch finden Sie auf <http://extras.springer.com/>
und Eingabe der ISBN 978-3-662-49342-7 im Suchfeld.

ISBN 978-3-662-49342-7 ISBN 978-3-662-49343-4 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-49343-4

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

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005, 2007, 2012, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © privat A. Sendera

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Geleitwort

Die Borderline-Störung ist eine hoch komplexe Störung, die bei den Betroffenen zu großen internalen Problemen führt, wie zu massiven Störungen der Regulation von Emotionen, Gefühlen von Alleinsein und Leere, dem Eindruck, eigenen Gefühlen nicht vertrauen zu können, die aber auch viele interaktionelle Probleme und Kosten erzeugt, wie hohe Ambivalenzen, widersprüchliche Kommunikation, starke Ärgerausbrüche, Probleme in der Regulation von Nähe und Distanz u. Ä.

Klienten (Patienten) mit Borderline-Störung erzeugen aber auch im Psychotherapieprozess große Probleme: Sie weisen oft chaotisches Verhalten auf, testen Therapeuten in hohem Maße, entwickeln nur schwer Problemdefinitionen und Ziele, weisen ständig Krisen auf usw. Die Borderline-Störung ist von der psychologischen Theorie her gesehen hoch komplex: Sehr viele psychologische Prozesse sind relevant und sie interagieren auf vielfältige Weise, sodass die Störung äußerst „schillernd“ und schwer in Kategorien oder Begriffe zu fassen ist. Demzufolge sind Klienten mit Borderline-Störung schwer zu verstehen und schwierig zu behandeln.

Gerade auf der Grundlage dieser Erkenntnisse leistet dieses Buch Hervorragendes: Bei der Erarbeitung von Symptomen und bei der Beschreibung des „psychischen Funktionierens“ der Störung wird diese sehr nachvollziehbar, sehr konkret und sehr einfühlsam beschrieben: Beispiele helfen sehr gut, auch nicht nur theoretisch zu verstehen, sondern das Erleben der Betroffenen auch aus der „Innenperspektive“ nachvollziehen zu können. Andererseits wird dadurch aber keineswegs die theoretische Tiefe vernachlässigt: Es wird gut auf theoretisch relevante Konzepte wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie, die Schema-Theorie, Mentalisieren, Bindung u. Ä. eingegangen und diese Konzepte werden gut integriert und die theoretische Perspektive wird sehr gut mit der Erlebensperspektive verbunden.

In dem Buch nimmt auch die Beschreibung der Interaktionsproblematik breiten Raum ein, was für Leser von großem Interesse ist: Denn diese Aspekte sind sowohl für das Verständnis der Störung, als auch für das Verstehen der Handlungen der Klienten im Therapieprozess von großer Bedeutung. Deutlich und verstehbar werden dabei der Mangel an Vertrauen, auch in die eigene Einschätzung und in die Einschätzung anderer, die Ambivalenzen in Hinblick auf die Nähe und Distanz, die Probleme in der Bindung, das manipulative Handeln, die Probleme in sozialer Kompetenz und die daraus resultierenden Probleme und Kosten in Beziehungen mit anderen. Behandelt werden auch neuropsychologische Konzepte, die gerade für das Verständnis von Emotionsregulationsproblemen bedeutsam sind. Insgesamt wird der Frage der Emotionsgenese und Emotionsregulation ein breiter Raum gewidmet.

Was die Therapie der Borderline-Störung betrifft, so geht das Buch auf vorherrschende Therapiekonzepte ein, wie auf DBT (Dialektische Behaviorale Therapie), Transference Focused Therapy, Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), Schema-Therapie: Obwohl jede dieser Therapieformen in sich schon hoch komplex ist,

gelingt es dem Buch dennoch, die jeweiligen Prinzipien und Vorgehensweisen gut nachvollziehbar darzustellen; insbesondere das Kapitel über DBT ist sehr gut.

Die Ausführungen erlauben es Therapeuten, sich ein recht klares Bild von den therapeutischen Vorgehensweisen zu machen und auch spezifische Interaktionsstrategien benennen zu können. Besonderes Gewicht wird gelegt auf das psychotherapeutische Verstehen und Bearbeiten von Emotionen: Dies ist besonders wesentlich, da emotionale Prozesse von Klienten oft schlecht reguliert, aber oft auch schon schlecht verstanden werden, Emotionen aber eine sehr wesentliche interne Informationsquelle sind: Daher sind die vorgeschlagenen Vorgehensweisen von hoher therapeutischer Relevanz.

Das Buch befasst sich auch mit der Psychopharmakotherapie, ein Bereich, der zwar für Psychotherapeuten nicht von zentraler Bedeutung ist, den sie aber so weit verstehen sollten, dass sie wissen, welche Effekte durch welche Psychopharmaka erzeugt werden: Und dieses Wissen wird hier tatsächlich auch zur Verfügung gestellt.

Auf Vorgehensweisen, Indikationen und Wirkungen von Hypnose wird ebenso eingegangen, wie auf Strategien zur Erklärung ihrer Relevanz, zum Umgang mit Dissoziationen, zur körperorientierten Skills-Arbeit und zum allgemeinen Skills-Training.

Insgesamt liefert das Buch einen sehr guten Überblick über die Symptomatologie, Theorie und Therapie der Borderline-Störung: Das tun andere Bücher jedoch auch schon. Das Besondere an diesem Buch ist die gelungene Interpretation aus einer (theoretischen) Außenperspektive und einer (einfühlsamen) Innenperspektive: Man versteht die Störung nicht nur theoretisch, sondern auch aus der Erlebnisperspektive der Betroffenen. Und obwohl das Buch über weite Strecken besonders für Psychologen und Psychologinnen geeignet erscheint, die beginnen, sich mit der Borderline-Störung zu befassen, ist das Buch gerade auch im Hinblick auf die Kombination dieser beiden Perspektiven auch für erfahrene Psychotherapeuten und Experten aufschlussreich und bereichernd. Für Therapeuten, die ein erstes Bild von der Störung gewinnen möchten, ist das Buch hervorragend, gerade weil es einen exzellenten Überblick über viele relevante Perspektiven liefert.

Prof. Dr. Rainer Sachse

Bochum, im März 2016

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Geschichte der Psychopathologie | 1 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 1.1 | Borderline-Störung (BLS) | 2 |
| 1.2 | Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) | 3 |
| 1.3 | Theoretische Grundlagen der Borderline-Störung | 5 |
| 1.4 | Ursachen (Ätiologie) der Borderline-Störung | 7 |
| | Literatur | 10 |
| 2 | Beschreibung der Problembereiche | 13 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 2.1 | Probleme bei der Emotionsregulation | 16 |
| 2.2 | Störungen des kontextabhängigen Lernens und der kognitiven Verarbeitung | 18 |
| 2.3 | Bindungsstörung | 18 |
| 2.3.1 | Sichere Bindung | 19 |
| 2.3.2 | Unsicher-vermeidende Bindung | 19 |
| 2.3.3 | Unsicher-ambivalente Bindung | 20 |
| 2.3.4 | Unsicher-desorganisierte Bindung | 20 |
| 2.4 | Dissoziative Phänomene | 21 |
| 2.5 | Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen | 22 |
| 2.6 | Beziehungen und Störung der Interaktion | 28 |
| 2.7 | Problembereich Verhaltensebene | 31 |
| 2.8 | Selbstbild und Identität | 31 |
| 2.9 | Erinnerungsdruck und Vermeidung | 32 |
| 2.9.1 | Flashback | 32 |
| 2.9.2 | Intrusionen | 32 |
| 2.9.3 | Pseudohalluzinationen | 33 |
| 2.9.4 | Patients out of hell | 34 |
| 2.10 | Somatoforme Störungen | 37 |
| 2.11 | Chronischer Schmerz | 38 |
| 2.11.1 | Physiologie des Schmerzes | 38 |
| 2.11.2 | Schmerz und Emotion | 40 |
| 2.11.3 | Chronifizierung von Schmerzen | 40 |
| | Literatur | 42 |
| 3 | Behandlungsansätze – Komorbidität | 45 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| | Literatur | 47 |
| 4 | Von der Topographie zum neuronalen Netzwerk | 49 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 4.1 | Historischer Rückblick | 50 |
| 4.2 | Morphometrie und anatomische Grundlagen | 51 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 4.2.1 | Das limbische System..... | 51 |
| 4.2.2 | Der Mandelkern (Nucleus Amygdalae)..... | 51 |
| 4.2.3 | Der Hippokampus..... | 52 |
| 4.2.4 | Der präfrontale Kortex..... | 53 |
| 4.3 | Hirnforschung | 53 |
| | Literatur..... | 55 |
| 5 | Kognition, Emotion, Gedächtnis und Wahrnehmung | 57 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 5.1 | Kognition und Emotion | 58 |
| 5.2 | Emotionsforschung | 58 |
| 5.3 | Gedächtnis | 62 |
| 5.4 | (Sinnes-)Wahrnehmung | 62 |
| | Literatur..... | 64 |
| 6 | Therapiekonzepte | 65 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 6.1 | Die Transference-Focused Therapy (TFP) | 67 |
| 6.1.1 | Konzepte der Transference-Focused Psychotherapy..... | 69 |
| 6.1.2 | Die Therapiemethode..... | 70 |
| 6.1.3 | Strategische Prinzipien in der TFP..... | 71 |
| 6.1.4 | Kontraindikation für die Anwendung der TFP..... | 73 |
| 6.2 | Die Schematherapie | 73 |
| 6.3 | Die Dialektisch-Behaviorale Therapie | 75 |
| 6.3.1 | Die biosoziale Theorie und das neuro-behaviorale Entstehungsmodell..... | 76 |
| 6.3.2 | Die Grundannahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)..... | 79 |
| 6.3.3 | Beziehungsgestaltung in der DBT..... | 80 |
| 6.3.4 | Das Therapiekonzept..... | 82 |
| 6.3.5 | DBT-Behandlungsstrategien..... | 83 |
| 6.3.6 | Das DBT-Gesamtkonzept..... | 89 |
| | Literatur..... | 93 |
| 7 | Psychopharmakotherapie | 95 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| | Literatur..... | 99 |
| 8 | Skills (Fertigkeiten) zur Problembewältigung | 101 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 8.1 | Das Skills-Training | 103 |
| 8.2 | Was sind Skills? | 105 |
| 8.3 | Die Skills-Gruppe | 110 |
| 8.3.1 | Struktur..... | 110 |
| 8.3.2 | Weitere Gestaltungshilfen..... | 117 |
| 8.4 | Module des Skills-Trainings | 121 |
| 8.5 | Innere Achtsamkeit | 122 |
| 8.5.1 | ZEN..... | 123 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 8.5.2 | Achtsamkeit in der Gruppentherapie | 125 |
| 8.5.3 | Übungsbeispiele | 129 |
| 8.6 | Emotionsregulation | 132 |
| 8.6.1 | Der bewusste Umgang mit Gefühlen | 134 |
| 8.6.2 | Arbeit an Gefühlen in der Skills-Gruppe | 144 |
| 8.6.3 | Umgang mit Schmerz | 162 |
| 8.7 | Stresstoleranz | 172 |
| 8.8 | Zwischenmenschliche Skills | 179 |
| 8.9 | Selbstwert | 186 |
| 8.10 | Tiergestützte Therapie | 189 |
| 8.11 | DBT-Werkstätte | 193 |
| 8.11.1 | DBT-A für Kinder und Jugendliche | 193 |
| 8.11.2 | DBT-S | 196 |
| 8.11.3 | DBT im Strafvollzug – Skills-Training mit jugendlichen Straftätern | 199 |
| 8.11.4 | DBT der Posttraumatischen Belastungsstörung | 200 |
| 8.11.5 | DBT-geleitete stationäre Depressionsbehandlung | 201 |
| 8.11.6 | DBT for emotionally over-controlled Disorders | 203 |
| 8.11.7 | DBT-orientiertes Gruppenangebot im gerontopsychiatrischen Bereich: theoretischer Bezug und Erfahrungsbericht | 204 |
| 8.12 | Skills-Training in der Pädagogik | 205 |
| | Literatur | 208 |
| 9 | Patiententexte | 209 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| 10 | Erkenntnisse und Ausblick | 215 |
| | <i>A. Sendera, M. Sendera</i> | |
| | Serviceteil | 217 |
| | Stichwortverzeichnis | 218 |

Geschichte der Psychopathologie

A. Sendera, M. Sendera

- 1.1 **Borderline-Störung (BLS) – 2**
- 1.2 **Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) – 3**
- 1.3 **Theoretische Grundlagen der
Borderline-Störung – 5**
- 1.4 **Ursachen (Ätiologie) der Borderline-Störung – 7**
Literatur – 10

Zu allen Zeiten, in allen Kulturen und Gesellschaften finden sich Aufzeichnungen über und Erklärungen für psychisches Leid. Menschen mit psychischen Problemen werden im Allgemeinen anders beurteilt als Menschen mit körperlichen Erkrankungen. Sie werden stigmatisiert, gelten als unzurechnungsfähig und erleben soziale Zurückweisung. Die Symptombeschreibung klingt oft wie eine Auflistung schlechter Eigenschaften und Fehlverhaltensweisen (Fiedler 1997). Kulturübergreifend werden Menschen als abnormal bezeichnet, wenn sie unvorhersehbar und anders als üblich handeln, nicht mit anderen kommunizieren oder in disharmonischer Beziehung zur jeweiligen Gesellschaft stehen (Zimbardo 1995). Die Entscheidung, Menschen für psychisch gestört zu halten, unterliegt dem jeweiligen Zeitgeist und wissenschaftlichen Paradigmen. Jahrhundertlang wurden geistige Krankheiten als Folge von Besessenheit oder moralischer Verfehlung (moral insanity) gesehen. Die Begriffe *gesund* und *krank* entzogen sich der menschlichen Einsicht und abweichendes Verhalten galt als böse und schlecht. Bis ins 19. Jahrhundert wurden psychisch Auffällige nicht als Kranke gesehen, sie erhielten keine medizinische Behandlung und keine adäquate Betreuung, meist wurden sie interniert oder lebten am Rande der Gesellschaft. Bis heute werden Menschen, die auffällig im Beziehungs- und Leistungsbereich sind, die zu Regel- und Normverletzungen neigen, im allgemeinen Sprachgebrauch als Psychopathen und Verrückte bezeichnet. Der Umgang mit diesen Menschen unterliegt einer eigenen Dynamik, die Skala reicht von Ablehnung bis Überbehütung.

1.1 Borderline-Störung (BLS)

Die Borderline-Störung als psychiatrische Diagnose ist ein junger Begriff, der seine Wurzeln in der Psychoanalyse und Psychopathologie hat. Menschen, die in diesem Grenzbereich leben, wird ein Krankheitsbild zugeordnet, das bereits vor mehr als einhundert Jahren mit dem Begriff Hysterie beschrieben worden ist. Es inkludiert in seiner ursprünglichen Bedeutung alle Störungen, die durch emotionale Konflikte ausgelöst werden. Durch den verfälschten umgangssprachlichen Gebrauch des Wortes Hysterie wird dieser heute nur vorsichtig verwendet. Breuer und Freud veröffentlichten Falldarstellungen von Patientinnen, die nach heutiger Sicht als Borderline-Patientinnen diagnostiziert werden können (Breuer, Freud 1893/1955).

Die Vielfalt der Symptome mit ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen führte dazu, dass der Psychoanalytiker Stern am Ende der Dreißigerjahre den Begriff Borderline für ein Krankheitsbild einführte, das weder der psychiatrischen Gruppe der Neurosen noch der der Psychosen zugeordnet werden konnte (Stern 1938). Nach dem Verständnis der damaligen Krankheitslehre galten Psychosen als Geisteskrankheiten und Neurosen als entwicklungsbedingte Krankheiten. Zu erwähnen ist, dass Persönlichkeitsstörungen damals den Psychopathien zugeordnet wurden.

Die Zuordnung des Begriffes unterlag ab da einem regen Wandel und die Erklärung der unterschiedlichen Phänomene des Störungsbildes erfuhren laufend Änderungen und Ergänzungen. In den Siebziger- und Achtzigerjahren wurde der Borderline-Begriff als Sonderform der schizophrenen Psychose verstanden. Es entstanden Variationen wie Borderline-Organisation, Borderline-Schizophrenie, präpsychotische Schizophrenie, pseudo-neurotische Schizophrenie, pseudo-psychopathische Schizophrenie und Ähnliches. Anfang der Neunzigerjahre gab es 32 verschiedene Bezeichnungen, von denen sich einige bis heute noch hartnäckig halten (Saß und Koehler 1983). Die heute ebenfalls gleichzeitig verwendeten Begriffe wie Borderline-Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsorganisation und emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typus lassen erkennen, dass es eine große Spannweite

von Erklärungsmodellen gibt. Dazu kommen Grenzfälle, Überschneidungen und Komorbiditäten, die zu erkennen notwendig sind, um Betroffenen neue Behandlungsperspektiven zu eröffnen.

Das Bemühen um empirische Validierung der Störung wurde gegen Ende 1970 vorangetrieben und 1980 wurden mit der Aufnahme als Borderline-Persönlichkeitsstörungen in das DSM-III (1980) neue Weichen gestellt. Basierend auf den Arbeiten von Spitzer und Endicott (Spitzer RL et al, 1979) wurde der Begriff Borderline-Schizophrenie bzw. pseudo-neurotische Schizophrenie durch zwei abgrenzbare Störungsbilder, die schizotypische Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ersetzt.

Die Einführung von Kriterien, die sich auf wiederholt beobachtbare Interaktionsmuster beziehen und die Einführung des Begriffes der Komorbidität veränderten die Diagnostik grundlegend. Das ICD-10 (Dilling et al. 1993) charakterisiert die „emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus“ durch die deutliche Tendenz, Impulse auszuagieren, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen und wechselnder launenhafter Stimmung. Zusätzlich werden das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ als unklar und gestört bezeichnet. Intensive, aber unbeständige Beziehungen und wiederholte emotionale Krisen mit Suizidrohungen oder selbstschädigenden Handlungen gehören zu den wichtigsten, sich auf das soziale Leben der Patienten auswirkenden Kriterien.

Laut DSM-5 © kann die Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ anhand eines Kriterienkataloges von neun Kriterien gestellt werden, wobei für eine Diagnosestellung fünf Kriterien erforderlich sind (■ Tab. 1.1).

DSM-5 © ist die Abkürzung für die fünfte Auflage des ► Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Zwischen den beiden Klassifikationssystemen gibt es bedeutsame Unterschiede (Herpertz und Wenning 2002, Saß und Koehler 1983). Laut ICD-10 steht die Impulsivität im Mittelpunkt der diagnostischen Kriterien, im DSM-5 © dagegen die Instabilität von Affekt, Verhalten und der Beziehungsgestaltung.

Außerdem werden im ICD-10 die dissoziativen oder paranoiden Erlebnisse nicht angeführt. Das DSM-5 © hingegen unterscheidet nicht zwischen dem impulsiven Typ und dem Borderline-Typus (Herpertz und Wenning 2002).

1.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurden in den Achtzigerjahren Erklärungsmodelle geschaffen über Pathogenese, Traumaverarbeitung sowie Regulations- und Kompensationsmöglichkeiten, neurobiologische und gedächtnispsychologische Ursachen aber auch therapeutische Interventionsmöglichkeiten. Ursprünglich galt die Auffassung des Stoikers Epiktet:

» Es sind nicht die Ereignisse, die die Menschen beunruhigen, sondern die Vorstellung von den Ereignissen.

Demnach können Menschen auch schreckliche Ereignisse verkraften, wenn sie diese nur wieder richtig betrachten.

Lang andauernden subjektiv belastenden Phänomenen, wie Erinnerungsverlust, ständigem Wieder-Erleben traumatischer Erlebnisse, Impulsdurchbrüchen, sozialem Rückzug und

Tab. 1.1 DSM-5 ©

| | |
|----|---|
| A | 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 das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: |
| 1. | Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) |
| 2. | Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. |
| 3. | Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung. |
| 4. | Impulsivität in mindestens zwei 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. |
| 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, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). |
| 9. | Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. |

Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 Hogrefe Verlag.

chronischen Erschöpfungszuständen stand man einerseits hilflos, andererseits abwertend gegenüber. Der deutsche Psychiater Kraepelin stellt 1899 verschiedene nervöse und psychische Erscheinungen unter der Bezeichnung Schreckneurose dar, die sich infolge heftiger Gemütserschütterungen, plötzlichen Schrecks oder großer Angst zeigt. In seinem Lehrbuch weist Kraepelin auf ein Zwischengebiet zwischen krankhaften Zuständen und persönlichen Eigenheiten hin (Kraepelin 1903).

Heute ist bekannt, dass traumatische Ereignisse zu psychischen Störungen führen können. Psychische Reaktionen auf schwere Belastungen werden mit dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet (PTSD).

Fachleute versuchen immer wieder, dieses Krankheitsbild in der Vielfalt seiner Beschwerden und Symptome zu verstehen, zu beschreiben und von anderen Störungen abzugrenzen. Die Hauptsymptome: Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und vegetative Übererregbarkeit treten nach Traumatisierungen unterschiedlichster Genese auf, abhängig von Schwere und Art des Traumas. Das Spektrum reicht von Verkehrsunfällen, Scheidungen, Mobbing am Arbeitsplatz bis zu Missbrauch und Gewaltverbrechen. Unabhängig vom jeweiligen Auslöser sind die

Dauer des Traumas und der lebensgeschichtliche Zeitpunkt von Bedeutung sowie die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur und Komorbiditäten. Nach Meinung der Autorinnen muss jedoch in jedem Fall von Theorien und Postulaten Abstand genommen werden, die meinen, über Ausmaß und Schwere eines Traumas urteilen und die Folgeerscheinungen als *angepasst* oder *unangepasst* bezeichnen zu können.

Die Notwendigkeit der Klassifizierung ist für viele Trauma-Opfer sowohl aus gutachterlicher Sicht wichtig, um Folgen von politischen und persönlichen Traumata geltend machen zu können, als auch aus therapeutischer Sicht, um entsprechende Hilfestellungen geben zu können. Erst seit Ende der Siebzigerjahre wird über sexuellen Missbrauch und Gewalterfahrung offen gesprochen und auch geforscht, wobei der Symptombereich immer mehr erweitert werden muss und immer neue Diagnosekriterien hinzukommen, wie z. B. dissoziative Symptome, Formen von Selbstverletzungen und selbstschädigendes Verhalten.

In über 80 % bestehen komorbide Störungen, was die Frage aufwirft, inwieweit durch Traumatisierung eine verminderte Belastbarkeit besteht. Eine mögliche Differenzierung wird von Leonore Terr (Terr 1991) vorgeschlagen, die als Typ-I-Trauma Traumatisierungen nach einmaligen kurzdauernden Ereignissen bezeichnet und als Typ II den Zustand nach langandauernden und/oder extremen Traumatisierungen, die zu einer Erschütterung existenzieller Grundschemata führen. Die amerikanische Forscherin Judith Herman (Herman 1993) beschreibt den Begriff der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, der auch im deutschsprachigen Raum verwendet wird (Sack 2004) und zu kontroversen Diskussionen geführt hat (Schweiger et al. 2005).

Die Vielfalt der Beschwerden kann erst verstanden werden, wenn die Symptome als Strategien, um zu überleben, sich anzupassen und zu bewältigen, gesehen werden. Negative Beziehungserfahrungen, gestörtes Selbstbild, Impulsdurchbrüche, schwer steuerbare Affekte, Flashbacks und Intrusionen lassen Menschen mit PTSD ein sehr belastetes und schwieriges Leben führen.

Ein weiterer, immer öfter Erwähnung findender Ausdruck ist die sogenannte Verbitterungsstörung (*Posttraumatic Embitterment Disorder*/PTED). Diese betrifft Menschen, die nach erlittenem Unrecht, wie zum Beispiel Mobbing, Kündigung oder Scheidung, nicht aufhören können, sich mit Rachegeanken zu quälen, und Schlafstörungen, Depressionen und Phobien entwickeln sowie zu unkontrollierten Aggressionsausbrüchen neigen. Dies führt zu sozialem Rückzug, oft Antriebschwäche, Resignation und Verbitterung. Beschrieben wurde dieses Störungsbild erstmals von Michael Linden (Linden et al. 2004). Dieser beschreibt die Patienten als meist uneinsichtig und schwer therapierbar, da es sich um Menschen handle, die in einem besonders engen Wertesystem erzogen wurden.

Die Posttraumatische Belastungsstörung wird im DSM-5 © nicht mehr im Kapitel der Angststörungen aufgeführt sondern gemeinsam mit der Akuten Belastungsstörung und den Anpassungsstörungen in einem neuen Kapitel als sogenannte *Trauma- and Stressor-Related Disorders*.

1.3 Theoretische Grundlagen der Borderline-Störung

Wir wissen heute, dass über 70 % der Borderline-Patienten einschneidende traumatische Erfahrungen haben. Zanarini et al. (2002) untersuchten 290 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, 62,4 % gaben sexuellen Missbrauch, 86,2 % andere Formen des Kindsmisbrauches und 92,1 % Vernachlässigung an. Die gegenwärtige Forschung orientiert sich bei der Definition des Traumas meist an objektivierbaren Vorgaben. Doch wir müssen die Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren, hervorgerufen durch Stress und schwere Irritationen im Beziehungs-

und Bindungssystem, ebenso berücksichtigen. Kinder reagieren oft durch Übererregung und bei fehlender Beruhigung von außen mit Dissoziation, um sich vor den Außenreizen zu schützen (► Abschn. 2.4 „Dissoziation“).

Es konnte jedoch kein direkter Nachweis erbracht werden, dass Traumata *per se* ausreichend für die Entwicklung einer BLS sind (Fossati et al. 1999). In unserem Buch über die Sekundäre PTSD berichten wir genauer über den Stressverarbeitungsmechanismus bei Menschen mit BLS und die dadurch vorhandene Prädisposition zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Wichtig zu erwähnen ist, dass kulturelle Unterschiede im Erleben dazu führen, dass die Störung bei Migranten spät oder gar nicht diagnostiziert wird. Die veränderten Lebensumstände können bei Migranten zu Verhaltensweisen führen, die den Symptomen der Borderline-Störung ähnlich sind. Zudem besteht häufig eine sprachliche Hürde bei Fachärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, und es gibt wenige muttersprachliche Hilfsangebote und Konzepte mit der erforderlichen Kulturkompetenz im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich.

Die Borderline-Störung galt und gilt teilweise noch immer als schwer zu behandelnde chronisch verlaufende Persönlichkeitsstörung. Studien (Stone 2000) zufolge ist die Wahrscheinlichkeit, die oben angeführten Kriterien einer Borderline-Störung zu erfüllen, relativ hoch und liegt bei Erwachsenen bei ungefähr 2 %, nach einer amerikanischen Untersuchung von Grant et al. beträgt die Lebenszeitprävalenz (Krankheitshäufigkeit) sogar ca. 5,9 % (Grant et al. 2008). Die bisherige Annahme, dass mehr Frauen betroffen sind, kann nicht mehr gehalten werden. Die Geschlechterverteilung gilt als gleich hoch, wobei noch immer angenommen wird, dass die männlichen Borderline-Patienten eher zur Fremdaggression und die weiblichen zu Selbstverletzungen neigen. Durch die mit der Krankheit in Zusammenhang stehende chronische Suizidalität und den enormen Leidensdruck ist die Suizidrate hoch, in Zahlen ausgedrückt wird sie unterschiedlich angegeben und liegt im Durchschnitt bei 8 %. Es lässt sich nämlich nicht immer eindeutig feststellen, ob es ein eindeutiger Suizidversuch oder eine tödlich ausgehende Selbstverletzung war.

Die Auswirkungen sind den Betroffenen bewusst, vor allem wenn es wegen der Störung zu sozialen und beruflichen Einschränkungen kommt. Die Auffälligkeiten lassen sich bis in die Kindheit und Jugend zurückverfolgen und zeigen ein Muster, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Nach ICD-10 ist die Diagnose Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 16.–17. Lebensjahr zu stellen, obwohl festgehalten wird, dass störungsspezifische, stabile und anhaltende Verhaltensmuster bereits in der Kindheit auftreten können. Häufig kumulieren die Symptome der Borderline-Störung in der frühen Adoleszenz.

Die Frage, ob es in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Störung gekommen ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Wenn man die Zahl der hilfesuchenden Borderline-Menschen in den psychiatrischen Kliniken und psychotherapeutischen Praxen sieht, hat es den Anschein, dass es zu einer Zunahme von Borderline-Patienten gekommen ist. Man könnte annehmen, dass allein durch den Bekanntheitsgrad der Diagnose die Häufigkeit der Erkrankung zunimmt. Ferner muss man die Kulturzugehörigkeit beachten, wobei wir kaum Vergleichsdaten aus allen Ländern und Kulturkreisen haben.

Außerdem hat sich die Auffassung, was Borderline-Störung bedeutet, in den letzten Jahren geändert. Als Verständnisgrundlage müssen wir folgende Komponenten beachten:

- Ätiologie
- Problembereiche:
 - Emotionsregulationsstörung
 - Störungen des Lernens und der kognitiven Verarbeitung
 - Bindungsstörung

- Dissoziative Phänomene
- Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen
- Beziehungen und Störung der Interaktion
- Erinnerungsdruck und Vermeidung
- Störung der Selbstwahrnehmung und Identität
- Problembereich Verhaltensebene
- Chronic somatic disorder und körperliche Erkrankungen
- Chronischer Schmerz

1.4 Ursachen (Ätiologie) der Borderline-Störung

Adolph Stern ist einer der Pioniere, der versucht, die typischen Charakteristika von Borderline-Patienten zu beschreiben. Er weist bereits auf eine begrenzte Realitätsprüfung, psychotische Dekompensation, Phänomene wie Überidealisation und Entwertung, Entwicklung starker Ängste und Projektionen hin. Stern erwähnt auch die Bedeutung der Mutter in der Ätiologie von Borderline-Patienten und vermutet bereits eine frühe Störung in der Mutter-Kind-Interaktion (Stern 1938).

Seine Beschreibung der überbesorgten Borderline-Mutter (heute spricht man auch von der Haupt-Bindungsperson, die nicht zwangsläufig die Mutter sein muss), der es an spontaner Zuwendung fehlt, wird von **Masterson und Rinsley** dreißig Jahre später präziser untersucht. In ihrem Konzept heben sie die Bedeutung der emotionalen Verfügbarkeit hervor, die dem Kind nur dann zur Verfügung steht, wenn es sich regressiv an die Mutter bindet (Masterson und Rinsley 1975).

Für Masterson und Rinsley ist bedeutsam, wie die Borderline-Mutter auf das Autonomiebestreben (► Abschn. 2.3 „Bindung“) ihres Kindes reagiert. Sie stellten fest, dass die Mutter-Kind-Interaktion nur dann funktioniert, wenn das Kind auf die Fürsorge der Mutter angewiesen bleibt. Entfernt sich das Kind, um seine eigenen Fähigkeiten und eine emotionale Autonomie zu entwickeln, reagiert die Mutter mit Unruhe und Angst. Nur bei regressivem Verhalten des Kindes reagiert die Mutter liebevoll und liebt das Kind, weil es Kind bleibt. Nach Masterson und Rinsley stabilisiert dadurch das Kind die Mutter.

Winnicott lenkt die Aufmerksamkeit auf die zentrale Rolle der Mutter, die er als „gut genug“ (*good enough*) bezeichnet. Die gelungene Anpassung an das Kind gibt diesem das Gefühl der Kontrolle und Allmacht. Es fühlt sich mit der Mutter eins (*symbiotisch*). Die Mutter hat die Aufgabe, dem Kind die Informationen über die äußere Welt zu vermitteln, ohne dessen Gefühlswahrnehmung und Phantasie zu unterdrücken. Nach und nach löst sich die Symbiose auf. Es kommt die Phase der relativen Abhängigkeit, dabei unterstützt die Mutter das Kind auf dem Weg in die Unabhängigkeit. Sobald es beginnt, zwischen *Ich* und *Nicht-Ich* zu unterscheiden, bekommen sogenannte *Übergangsobjekte* Bedeutung. So vermittelt z. B. der Geruch der Mutter das Gefühl, dass diese wirklich existiert und da ist (Winnicott 1965/1974/1984). Die Mutter hat aber auch die Aufgabe, dem Kind Informationen über die äußere Welt zu vermitteln, ohne seine eigene Gefühlswahrnehmung und/oder Phantasie zu unterdrücken. Nach Winnicotts Ansicht schützt eine gute Mutter ihr Kind auch vor Ängsten und unterstützt die Erfahrungsbildungen des Kindes mit anderen Personen und Situationen (Winnicott 1971/1973).

Das wahre *Selbst* entfaltet sich seiner Ansicht nach nur in einer hinreichend empathischen und fürsorglichen mütterlichen Umwelt. Im Falle eines Versagens dieser empathischen Versorgung entsteht ein *falsches Selbst*, das das *wahre Selbst* vor den destruktiven mütterlichen

Einflüssen schützen soll. Das *falsche Selbst* ist eine Verteidigungsstrategie, eine Art Maske, die hilft, den Erwartungen anderer zu entsprechen. Borderline-Menschen nehmen seiner Meinung nach die realen Wesenszüge anderer nicht immer wahr. Sie entwickelten nicht die Fähigkeit zur Besorgnis und Empathie. Für den Erwerb dieser Fähigkeiten setzt Winnicott ein *Ich* voraus, das von der *Hilfs-Ich-Funktion* der Mutter unabhängig geworden ist.

Das Konzept von **Margaret S. Mahler** ist von der entwicklungspsychologischen Perspektive aus zu betrachten. Während der Entwicklungsprozesse erlebt das Kind verschiedene Stadien der Loslösung von der Mutter. In Mahlers Objektbeziehungstheorie werden die Psyche und ihre Strukturen als etwas verstanden, das sich durch menschliche Interaktionen entwickelt. Während des Loslösungs- und Individuationsprozesses ist das mütterliche Verhalten durch Ambivalenz geprägt. So zeigt sich das Kind in seinem Autonomiebestreben einerseits mutig, um Neues auszuprobieren, andererseits vorsichtig den mütterlichen Rockzipfel loszulassen. Wenn es Angst hat, die Mutter körperlich und emotional zu verlieren, und die Mutter das Kind zwar vordergründig unterstützt, emotional aber unter Druck gesetzt wird, gerät es in ein Dilemma.

Verzichtet das Kind auf die Autonomiebestrebung, kommt es später zu einer Borderline-Struktur, Mahler spricht von einer Fixierung im Rahmen der Symbiose-Separationstheorie.

Im Handbuch der Borderline-Störungen versuchen die Autoren diesen Ansatz mit folgendem Kinderlied zu untermauern (Dulz et al. 2011):

- » Hänschen klein ging allein in die weite Welt hinein,
Stock und Hut stehn ihm gut, ist gar wohlgemut.
Aber Mutter weinet sehr, hat ja nun kein Hänschen mehr,
da besinnt sich das Kind, kehret heim geschwind. (Kinderlied)

Das Konzept der Mentalisierung von Fonagy und Target baut auf der Bindungstheorie und der Fähigkeit auf, das eigene und das Verhalten anderer Menschen vorauszusehen und zu erklären. Die Anlagen zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit sind uns angeboren. Mentalisierung dient der Selbstorganisation, der Impulskontrolle, der Affekt- und Gefühlsregulation und der Beziehungsgestaltung und setzt die Entwicklung von Selbstreflexionsfähigkeit und Selbsterkenntniskompetenz voraus (Fonagy et al. 2004).

Die Mentalisierungsfähigkeit wird wesentlich durch interpersonelle Erfahrungen bestimmt und durch einen feinfühligsten Abstimmungsprozess zwischen dem Kleinkind und seinen Bezugspersonen allmählich erworben. Eine entscheidende Bedeutung kommt der von John Bowlby entwickelten Bindungstheorie zu, weil eine sichere Bindung den Erwerb von Selbstreflexionskompetenz fördert. Das setzt voraus, dass mentale Zustände des Kindes von feinfühligsten, liebevollen Bezugspersonen erkannt werden und darauf adäquat reagiert wird.

Mentalisierung bedeutet, die psychischen Zustände anderer und die dem Verhalten zugrunde liegenden mentalen Zustände zu erkennen (*mind reading*).

- **Es bedeutet aber auch, Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche folgerichtig nachvollziehen zu können.**

Beispiel

Wie geht die Geschichte aus?

Franz hat Hunger und ist unzufrieden. Er geht bei einer Bäckerei vorbei ...

(Mentalisierungsprozess des möglichen Handlungsablaufes und Lösung z. B.: Franz kauft sich eine Semmel und ist zufrieden! Oder: Er hat kein Geld und geht traurig weiter!)

Durch affektarme und traumatisierende Entwicklungsbedingungen kann die Entwicklung zur Mentalisierung beeinträchtigt werden. Psychische Zustände können gedanklich nicht gefasst werden und es besteht kein psychischer Raum, in dem eine Reflexion der emotionalen Befindlichkeit oder eine Distanzierung von konflikthaftem Erleben möglich ist. Häufig ist die Wahrnehmung behindert, wodurch die Kinder Schwierigkeiten haben, interne und externe Stimuli zu unterscheiden. Zusätzlich können die betroffenen Kinder keine Frustrationen ertragen und werden von äußeren und inneren Stimuli überflutet. Borderline-Menschen können zwar überdurchschnittlich gut die Gefühle anderer wahrnehmen, diese aber nicht nachvollziehen und in den richtigen Kontext setzen.

Die BLS wird auch als eine Störung der Mentalisierungsfähigkeit gesehen. Es wird angenommen, dass die Entwicklung in affektgesteuerten Beziehungen stattfand. Folge dieser *geladenen Atmosphäre* ist eine Mentalisierungshemmung auch ohne offensichtliches Trauma. Es ist daher wichtig, die gesunden wie auch pathologischen Aspekte dieser frühen Beziehungsmuster zu untersuchen.

Verbunden mit den verinnerlichten Beziehungserfahrungen sind mentale Repräsentationen dieser Muster, die die aktuellen Beziehungen beeinflussen und verzerren, da die Realität mit der mentalen Repräsentation der Kindheitserfahrung vermischt wird.

Die Art und Weise, wie die ersten Beziehungen erlebt wurden, hat demnach großen Einfluss auf alle weiteren Beziehungen. Als besonders bedrohlich wird das Auftauchen von Erfahrungsinhalten aus der Zeit vor der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit erlebt. Durch die sogenannte *projektive Identifikation* wird versucht, eine bedrohliche innere Realität als nicht zu sich gehörig wahrzunehmen. Dieser Vorgang erklärt, dass in engen Beziehungen sowohl die eigenen Gedanken und Empfindungen als auch die des anderen fehlinterpretiert werden. Der Begriff stammt von der Psychoanalytikerin Melanie Klein. Es handelt sich bei diesem Begriff um einen unbewussten Abwehrmechanismus von Konflikten, bei dem Teile des Selbst abgespalten und auf eine andere Person projiziert werden. Diese Person wird dann unbewusst als Teil des eigenen Selbst empfunden.

Beispiel

Wie geht die Geschichte aus?

Frau D. sieht im Krankenhaus Bezugsschwester M. Schwester M. blickt sehr ernst.

Frau D. denkt automatisch in ihren Denkmustern: „Sie will mich loswerden. So jemand wie mich kann man nicht lieben.“

Mentalisierungsprozess gelingt nicht: Frau D. interpretiert den Blick als Ablehnung. Sie hält die unerträgliche Spannung nicht aus und verletzt sich selbst.

Die Fähigkeit, über den mentalen Zustand des anderen nachzudenken und sich einzufühlen, scheint beeinträchtigt zu sein. Fonagy weist jedoch auch darauf hin, dass Borderline-Menschen zeitweise eine besondere Feinfühligkeit für den inneren Zustand anderer entwickeln, um diesen besser kontrollieren und sich dadurch besser vor einem für sie emotional bedrohlichen Umfeld schützen zu können. Sie haben jedoch Schwierigkeiten, adäquat auf Affekte zu reagieren.

➤ Borderline-Menschen sind Seismographen für die Gefühle anderer.

Bei den psychoanalytischen Konzepten haben vor allem die Beziehungen zu den primären Bezugspersonen große Bedeutung. Diese Überlegungen werden in der Fachwelt unter dem Begriff *Objekttheorie* oder *Ich-Psychologie* diskutiert. Menschen mit einer BLS setzen hauptsächlich Abwehrformationen wie *Spaltung* und *projektive Identifizierung* ein.

Außerdem bestehen Defizite in der Ich-Struktur und eine mangelnde Integrationsfähigkeit für widersprüchliche Gefühle, die zur *Identitätsdiffusion* führen. Näheres dazu finden Sie in ► Abschn. 6.1 „Therapiekonzepte: Otto F. Kernberg und die Transference Therapy (TFP)“.

Das **biosoziale Modell** berücksichtigt die Wechselwirkung von biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten. Wir wissen heute, dass die psycho-sozialen Faktoren (Familie, *Peers*, Umfeld) einen großen Einfluss bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen haben können. So werden bei der Ursachenforschung biogenetische Ursachen bzw. eine *Vulnerabilität* in Form von innerer Unruhe, Anspannung, Nervosität und damit mangelhafter *Reaktionsfähigkeit bei der Einwirkung von Reizen* sowie eine erhöhte emotionale Verletzbarkeit und verminderte Frustrationstoleranz vermutet. Außerdem geht man davon aus, dass die genetische Prädisposition immer in Kombination mit belastenden Umweltfaktoren in Zusammenhang steht (► Abschn. 6.3 „Die Dialektisch-Behaviorale Therapie“).

Forscher wie Lieb oder Zanarini gehen bezüglich der Ätiologie der BLS von einem multifaktoriellen komplexen Modell mit mehreren kausalen Faktoren aus, die in verschiedener Weise miteinander interagieren. Lieb et al. vertreten z. B. die Meinung, dass genetische Faktoren und traumatische Erfahrungen während der Kindheit zu einer emotionalen Dysregulation und erhöhten Impulsivität führen können. Diese führen zu dysfunktionalen Verhaltensweisen und psychosozialen Konflikten, die wiederum eine Verstärkung der emotionalen Dysregulation zur Folge haben können.

Literatur

- Breuer J, Freud S (1893/1955) Studies on hysteria. In: Strachey H (ed. and trans) Complete psychological works of Sigmund Freud (standard edn, vol 2), Hogarth Press, London
- Dilling H, Mambour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD. Huber, Bern
- Dulz B, Herpertz SC, Kernberg O, Sachsse U (2011) Handbuch der Borderline-Störungen, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Fiedler P (1997) Persönlichkeitsstörungen, 3. Aufl. Beltz, Weinheim
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fossati A, Madeddu F, Maffei C (1999) Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Department of Neuropsychiatric Sciences, University of Milan, Milano
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ (2008) Prevalence correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Clin Psychiatry* 69(4):533
- Herman JL (1993) Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In: Davidson JR, Foa EB (Hrsg) Posttraumatic Stress Disorder - DSM IV and beyond. American Psychiatric Press, Washington
- Herpertz S, Wenning B (2002) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen. Thieme, Stuttgart
- Kraepelin E (1903) Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 7. Aufl. Barth, Leipzig
- Linden M et al (2004) Die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). *Nervenarzt* 75:51–57
- Masterson JF, Rinsley DB (1975) The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 56:163–177
- Sack M (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75:451–459
- Saß H, Koehler K (1983) Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandland? Zur klinisch-psychiatrischen Relevanz von Borderline-Diagnosen. *Nervenarzt* 54:221–230

- Schweiger U, Sipos V, Hohagen F (2005) Kritische Überlegungen zum Begriff der „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“. *Nervenarzt* 76:344–347
- Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M (1979) Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Arch Gen Psychiatry* 36:17–24
- Stern A (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 7:467–488
- Stone MH (2000) Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart
- Terr L (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148:10–20
- Winnicott DW (1965/1974/1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München
- Winnicott DW (1971/1973) *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Winnicott DW (1965/1974/1984) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München
- Zimbardo PG (1995) *Psychologie*, 6. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (Original (1988), *Psychology and Life*, 12th edn. Inc. Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois)

Beschreibung der Problembereiche

A. Sendera, M. Sendera

- 2.1 Probleme bei der Emotionsregulation – 16**
- 2.2 Störungen des kontextabhängigen Lernens und der kognitiven Verarbeitung – 18**
- 2.3 Bindungsstörung – 18**
 - 2.3.1 Sichere Bindung – 19
 - 2.3.2 Unsicher-vermeidende Bindung – 19
 - 2.3.3 Unsicher-ambivalente Bindung – 20
 - 2.3.4 Unsicher-desorganisierte Bindung – 20
- 2.4 Dissoziative Phänomene – 21**
- 2.5 Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen – 22**
- 2.6 Beziehungen und Störung der Interaktion – 28**
- 2.7 Problembereich Verhaltensebene – 31**
- 2.8 Selbstbild und Identität – 31**
- 2.9 Erinnerungsdruck und Vermeidung – 32**
 - 2.9.1 Flashback – 32
 - 2.9.2 Intrusionen – 32
 - 2.9.3 Pseudohalluzinationen – 33
 - 2.9.4 Patients out of hell – 34
- 2.10 Somatoforme Störungen – 37**
- 2.11 Chronischer Schmerz – 38**
 - 2.11.1 Physiologie des Schmerzes – 38
 - 2.11.2 Schmerz und Emotion – 40
 - 2.11.3 Chronifizierung von Schmerzen – 40
- Literatur – 42**

Es gibt keine Antwort auf die Frage, welches Ereignis außerhalb der normalen Lebenserfahrung als Stressor erlebt wird und welche prä-, peri- und posttraumatischen Reaktionen – biologisch, sozial und psychisch – erforderlich sind, um ohne langen Leidensweg verarbeitet werden zu können.

- » Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? (Eissler 1963)

Die Spannbreite mit all den sichtbaren und nicht sichtbaren Symptomen ist groß und Betroffene beschreiben ihr Leben als unerträglich. Chronische Suizidalität sowie das Gefühl, nicht verstanden zu werden, auf Patientenseite und das Gefühl, nicht verstehen zu können, auf der Helferseite bringt beide Seiten an die Grenzen der Belastbarkeit. In der Interaktion mit anderen genügt oft nur ein kleiner Auslöser, eine vermeintliche Zurückweisung und es wird ein Prozess eingeleitet, der Betroffene zusammenbrechen, sie den Bezug zur Realität verlieren lässt und zu suizidalen Krisen führt. Hinter der Fachsprache verbirgt sich oft das von Patientinnen so bezeichnete *namenlose Grauen* und ein Schmerz, der nicht mit Worten zu beschreiben ist, eine emotionale Achterbahn ohne Ziel und Ende.

- » Wer bin ich, was bin ich? Bin ich wirklich das herzlose kalte Monster, das manipuliert und die Mitmenschen gar nicht wahrnimmt? Ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr – Hilfe! – Für mich gibt es keine Hilfe. Der Schmerz ist so groß, so unendlich groß und wird nie aufhören. (Patientin)

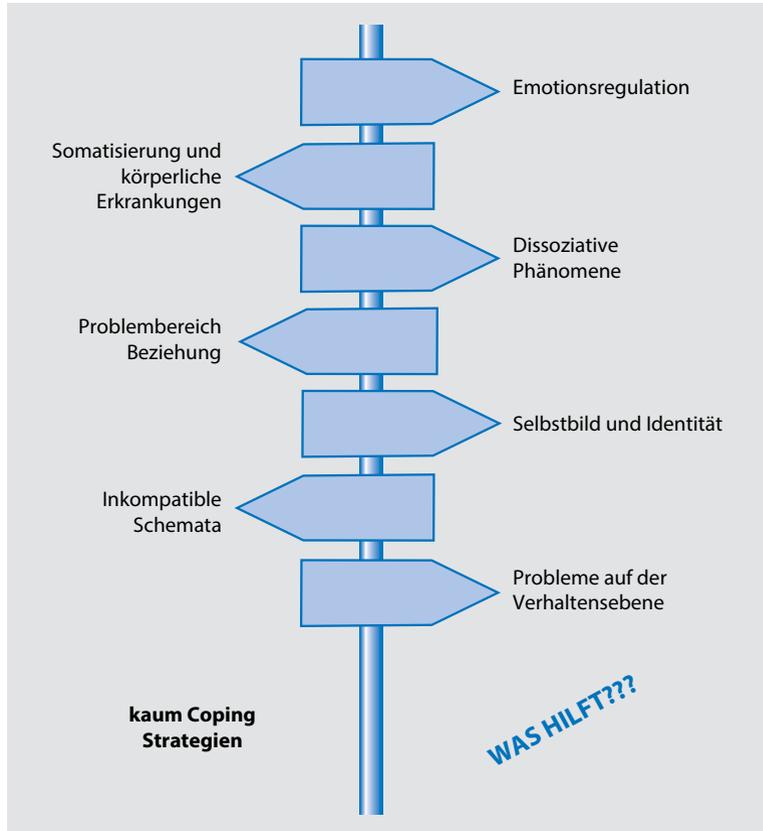
Die Problematik zu verstehen und zu lernen, damit zu leben, stellt eine Herausforderung für professionelle Helfer und Betroffene dar. Es ist wichtig, die Hintergründe, Zusammenhänge und Auswirkungen der jeweiligen Problembereiche zu erkennen. Für beide Seiten kann dieses Wissen Entlastung bringen.

- » Ich kann nicht mehr, es ist zu viel. Im normalen Zustand würde ich sagen, es geht mir schlecht. Da ich aber etwas verändern möchte, werde ich versuchen, es so zu beschreiben, was ich denke und fühle. Im Moment fühle ich mich schrecklich! Dieser Gedanke zu sterben, diese Todessehnsucht lässt mich nicht los. Eigentlich muss ich aber sagen, dass ich ziemliche Angst vor dem Sterben habe. Aber die Angst vor dem Leben ist stärker. Was ist Leben? Leben, um verletzt zu werden und Schmerzen zu ertragen, psychisch und physisch? Ich wurde im Leben sehr verletzt und musste viele Schmerzen ertragen. Ich denke sehr viel nach über Sein und Nichtsein. (Patientin)

Die extremen Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen lassen erkennen, dass die Grenze zwischen Krankheit und der sogenannten Normalität fließend sein kann. Für Betroffene bedeutet es, sich ständig im Grenzbereich zwischen Realität und Wahn, Liebe und Hass, Leben und Tod zu bewegen (Kreismann 2000).

- » Am Abend war die Welt in Ordnung, ich war gut gelaunt, fühlte mich zufrieden und bin EINS. Am nächsten Morgen beim Aufwachen ist alles anders. Ich bin ZWEI. Der Eine will weiterschlafen, ist mürrisch, der Andere will aufstehen, ist voll Tatendrang. Es findet ein Kampf statt. Es dauert Stunden. Aufstehen, essen, anziehen. Gelingt es, jetzt aus dem Haus zu gehen, endet das Ganze in einem Fiasko, meistens weiß ich dann nicht, was ich gemacht habe, es fehlen Stunden. (Patientin)

■ **Abb. 2.1** Problembereiche



Die emotionale Regulationsstörung ist sicherlich mitverantwortlich für das typische Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, für die Verwirrung im Selbstbild, für eine Impulsivität zwischen Wut und Ekstase, für die Stimmungsschwankungen und Selbstzerstörungsversuche. Betroffene sind geprägt durch das verzweifelte Bemühen, in der realen Welt ihren Platz zu finden, zu leben, besser gesagt, zu überleben. Sie werden überschwemmt von dem Gefühl der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und der Verzweiflung. Alpträume, Flashbacks und ungewollte Erinnerungen, die sich dem Bewusstsein intrusiv aufdrängen, machen das Leben, so wie es ist, zur Hölle. Diese Welt, die anderen Menschen, das eigene Selbst, der eigene Körper werden als bedrohlich, gefährlich und zum Teil als unecht erlebt. Ein latentes Gefühl der Bedrohung sowie permanente Schuldgefühle und die Angst, anders und etwas ganz Schreckliches zu sein, begleitet sie.

- » Ein Borderline ist ein Nobody unter vielen „Somebodies“ bzw. Borderline ist ein nicht fassbarer und artikulierbarer chronischer seelischer Zustand, hervorgerufen durch Ereignisse, die genauso waren. (Patientin)

Die Bandbreite der Problematik, deren Manifestation in jedem Alter und in verschiedenen Lebensbereichen möglich ist, umfasst viele psychische und somatische Bereiche. Im Folgenden wird besonders auf die Problembereiche eingegangen, die für das Skills-Training von Bedeutung sind (■ **Abb. 2.1**).