

Borderline- Störung

Martin Bohus

2., vollständig überarbeitete Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Borderline- Störung

Martin Bohus

2., vollständig überarbeitete Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Martin Bohus

Borderline-Störung

2., vollständig überarbeitete Auflage

 **hogrefe**

Fortschritte der Psychotherapie

Band 14

Borderline-Störung

Prof. Dr. Martin Bohus

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Prof. Dr. med. Martin Bohus, geb. 1956. 1978–1985

Studium der Medizin in Freiburg. 1985–1988

Grundlagenforschung im Bereich Immunologie an der
Universität Freiburg. 1988 Dissertation. 1988–2003

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie sowie an der Klinik für Neurologie der
Universität Freiburg. 2001 Habilitation. Seit 2003 Inhaber
des Lehrstuhls für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie an der Universität Heidelberg. 2003–2015
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie und seit 2015 Wissenschaftlicher
Direktor des Instituts für Psychiatrische und
Psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit, Mannheim. Gastprofessur Harvard
Medical School, Boston, MA.

Widmung

Für Christian Schmahl, Niko Kleindienst und Steffi Lis,
meinen unermüdlichen Kollegen*innen im steten Ringen um
wissenschaftliche Klarheit in den schweren Wassern der
Borderline-Therapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den
Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf
verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen
Informationen (Programme, Verfahren, Mengen,
Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend
dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt
oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz
sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes
und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz
ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und
Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und
keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf
irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk
enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.
Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht
besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines
solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass
es sich um einen freien Warennamen handelt.

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

Illustrationen: Renate Alf, aus M. Bohus & M. Wolf (2009).
Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Stuttgart:
Schattauer.

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: EPUB

2., vollständig überarbeitete Auflage 2019

© 2002, 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2853-6; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-2853-7)

ISBN 978-3-8017-2853-3

<http://doi.org/10.1026/02853-000>

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.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1 Beschreibung der Störung

1.1 Geschichte des Störungsbegriffs

1.2 Definition der Störung

1.2.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-11

1.2.2 Klinische Symptomatik

1.3 Epidemiologie

1.4 Borderline-Diagnose bei Jugendlichen

1.5 Verlauf und Prognose

1.6 Differenzialdiagnose und Komorbidität

2 Störungsmodell

2.1 Psychosoziale Komponenten

2.2 Biopsychosoziales Entstehungsmodell

3 Diagnostik und Indikation

4 Behandlung der BPS mit Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT)

4.1 DBT-Behandlungsmodule

4.2 Grundlegende Prinzipien der DBT

4.3 Therapeutische Grundannahmen

4.4 Beziehungsgestaltung

4.5 Behandlungsstadien

4.5.1 Stadium der Orientierung

4.5.2 Phase der Vorbereitung in den Therapiestadien I bis III

4.5.3 Therapiestadium I: Krisenerzeugendes Verhalten – Aufbau von Verhaltenskontrolle bei schwerwiegenden Verhaltensproblemen

4.5.4 Therapiestadium IIa: Schwerwiegende komorbide psychische Störungen

4.5.5 Therapiestadium IIb: Probleme mit emotionalem Erleben, negativem Selbstkonzept und sozialer Kooperation

4.5.6 Therapiestadium III: Das Leben entfalten

4.6 Therapeutische Strategien und Methoden

4.6.1 Verhaltensanalysen

4.6.2 Umgang mit drängenden Suizidgedanken

4.6.3 Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten

4.6.4 Umgang mit Dissoziation

4.6.5 Dialektische Strategien

4.6.6 Validierung

4.6.7 Kontingenzmanagement

4.7 Fertigkeiten-Training (Skills-Training) in der Gruppe

4.7.1 Rahmenbedingungen

4.7.2 Überblick über den Aufbau der Sitzungen

4.7.3 Achtsamkeit

4.7.4 Stresstoleranz

4.7.5 Umgang mit Gefühlen

4.7.6 Zwischenmenschliche Fertigkeiten

4.7.7 Selbstwert

4.8 Konsultationsgruppe für Therapeuten

4.9 Nutzung von digitalen Medien und Telefonberatung

4.10 Stationäre Behandlung nach DBT

4.10.1 Stationäre Krisenintervention

4.10.2 Elektive stationäre DBT

4.11 Arbeit mit Partnern und Angehörigen

4.12 DBT-Peer-Coaches

5 Alternative und andere evidenzbasierte Behandlungen

5.1 Datenlage

5.2 Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy

5.3 Schematherapie für Borderline-Störung nach Young

6 Pharmakotherapie

7 Fallbeispiel

8 Weiterführende Literatur

9 Literatur

10 Anhang

Karten

Checkliste Behandlungsstadium 0

Interview zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle (SBDI)

Checkliste DBT-Behandlungsplanung

^[1] **Vorwort**

Es wäre ja auch fatal, wenn sich nach der ersten Auflage dieses Buches, also in den letzten achtzehn Jahren, unser Verständnis der Borderline-Störung nicht so weit verbessert hätte, als dass diese neue Auflage nicht völlig überarbeitet werden musste. Dank Neurobiologie, experimenteller Psychologie und Therapieforschung gestaltete sich in den letzten Jahren ein relativ konsistentes Bild dieser auf den ersten Blick so komplexen Störung. Mit guten und vielversprechenden Behandlungserfolgen, die sich noch weiter verbessern werden. Wir sollten jedoch nicht vergessen, dass es letztlich unsere Patientinnen und Patienten sind, die am meisten zu diesem Prozess beitragen: Nicht nur, weil sie die Forschung unterstützten, sondern auch, weil viele von ihnen bereit sind, ihr Leid, ihre Unsicherheit und ihr Engagement mit uns Therapeuten zu teilen, um neue Wege und Lösungen zu finden.

Daher würde ich gerne das Wort an eine Borderline-Patientin übergeben, deren Aussagen sicherlich profunder sind als meine:

„Ich hatte eine Borderline-Störung. Jetzt bin ich 30 und ich habe sie nicht mehr, aber ich profitiere immer noch davon.

Ich hatte schon zahlreiche und lange Klinikaufenthalte hinter mir, bis ich eine DBT-Station fand. Bis dahin waren Kliniken Orte gewesen, an denen ich in Watte gepackt wurde, wo man sich um mich kümmerte und wo mir sehr viel abgenommen wurde – es war fast ein bisschen angenehm.

Das erste Schlüsselerlebnis für mich war, dass ich sehr plötzlich verstand, dass die Verantwortung für eine Veränderung und die Entscheidung dafür tatsächlich bei mir liegen. Nach etwa zwei Wochen auf der DBT-Station saß ich bei meiner Therapeutin und sagte ihr, dass ich den inneren Druck nicht mehr aushalte, dass ich jetzt die Station verlassen würde, um mich zu verletzen und ‚auf den Putz‘ zu hauen. Ich machte mächtig Druck. Da ist sie ganz ruhig aufgestanden, hat die Türe ihres Büros geöffnet und gesagt, ich solle gehen und danach bitte wiederkommen. Mein erster Gedanke war ‚Darf die das!? Das darf die doch nicht!‘

Ich sagte damals wie heute: In diesem Moment war dies genau die passende Reaktion. Ich habe erfahren und verstanden, dass es in meinen Händen liegt, und ich habe ihre Bitte gehört, wiederzukommen. Letztendlich bin ich damals sitzen geblieben und habe sie gebeten, mit mir Skills zu suchen, um diese Situation zu bewältigen.

Nach diesem ersten Aufenthalt auf der DBT-Station habe ich noch einige Krisen erlebt, das lag vor allem an meiner Angst vor dem Gesundwerden. Gesundwerden war für mich gleichbedeutend mit Alleinesein. Dann hat eine Ärztin in der Klinik mein Bild von Gesundsein auf den Kopf gestellt und mir vorgeschlagen, ich sollte ‚meine Borderline-Störung‘ doch ruhig behalten und sie einfach dann [2] auspacken, wenn ich dies möchte. Das war damals für mich ein guter Kompromiss zwischen dem alten und dem neuen Weg. Außerdem hat sie mir vermittelt, dass ich im nächsten Jahr wiederkommen kann, wenn ich einige Aufgaben erledigt hatte. Es war also nicht mehr nötig, dass ich mich selbst in eine Krise manövrieren musste, um wieder in die Klinik, in einen beschützten Raum zu ‚dürfen‘. Nach einem Jahr kam ich dann tatsächlich wieder. Und nun hatte ich in der Klinik meinen persönlichen ‚Wunder-Moment‘: Inmitten einer tiefen Stimmungskrise bin ich aufgestanden, habe 35 Gründe aufgeschrieben, warum ich leben möchte und wusste, jetzt fängt mein neues Leben an. Was nicht vorbei war, war die Arbeit mit meinen Gefühlen und mit mir selbst. Und ich hoffe, dass wird auch nie vorbei sein – wie langweilig wäre das Leben dann. Und schließlich, eineinhalb Jahre später, habe ich nach meiner Ausbildung zur Schreinerin angefangen, Psychologie zu studieren, und heute freue mich auf die Zeit, selbst als Therapeutin arbeiten zu können.

DBT ist für mich lebensnah, unglaublich logisch und ‚eigentlich‘ ganz klar. Es fühlt sich für mich natürlich an: Es ist wie eine Anleitung zum Leben, die jede Frau und jeder Mann, jedes Kind und jeder Jugendliche gebrauchen kann. DBT nötigt einen, wenn man sich wirklich darauf einlassen möchte, genau auf die Gefühle zu sehen. Dahin, wo es

schmerzhaft und schwierig wird. Und ich habe mir Veränderungen erarbeitet, die ich zu Beginn meiner Therapie für schwer vorstellbar gehalten habe.

Geholfen haben mir auf diesem Weg Therapeut*innen, die mir ohne Wenn und Aber zur Seite standen und die trotzdem die Verantwortung für mich in meine eigenen Hände gelegt haben. Therapeut*innen, die zugleich liebevoll und klar waren, mich meinen eigenen Weg gehen ließen und mich dabei begleiteten. Bei all dem war meine Familie an meiner Seite, und wir pflücken jetzt die Lorbeeren von unserem gemeinsamen Weg.

Als Letztes mein Wunsch an Therapeut*innen und solche, die wie ich, es werden wollen: Sagen Sie Ihren Patienten, was Sie selbst fühlen und was Sie selbst denken. Versuchen Sie es, und seien Sie mutig, Ihre Patienten können damit umgehen. Wenn Sie das nicht tun, spüren Patient*innen es sowieso. Denn nur mit dieser aufrichtigen Offenheit kann sich die Therapie, wie es in diesem Buch erläutert und beschrieben wird, meiner Meinung nach entfalten und wirken.“

(Margareta Grün)

Mannheim, April 2019

Martin Bohus

Beschreibung der Störung

1.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Der Begriff „Borderline“ wurde 1938 von Adolf Stern geprägt. Der Terminus „Borderline“ meinte damals eine unscharfe und fluktuierende „Grenzlinie“ zwischen Psychose und Neurose. Im Zeitraum zwischen 1920 und 1965 erschien eine Vielzahl von Arbeiten, welche die Borderline-Störung dem schizophrenen Formenkreis zuordnete. Mitte der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts veröffentlichte dann [Kernberg \(1967\)](#) seine klassische Arbeit „Borderline Personality Organization“. Die entwicklungspsychologisch-genetischen Vorstellungen Kernbergs basieren auf der Annahme, die Borderline-Organisation sei eine Art „Fixierung“ auf einer entwicklungspsychologisch frühen Phase. Das von Kernberg entwickelte Borderline-Konstrukt umfasst alle schwereren Formen der Persönlichkeitsstörungen (etwa 10 % der Bevölkerung) und betont drei Charakteristika: „Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“ wie Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung sowie „intakte Realitätstestung“ bei hoher Vulnerabilität gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld. Die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in das Klassifikationssystem DSM-III basierte weitgehend auf einer viel zitierten

Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1975. [Gunderson und Singer \(1975\)](#) postulieren hier fünf Dimensionen, die das Störungsbild auf deskriptiver Ebene abbildeten: dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, psychoseähnliche Kognitionen sowie Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. Später kam noch das Kriterium der „instabilen Identität“ hinzu. Diese acht Kriterien bildeten schließlich als Gesamtheit den Kriterienkatalog des DSM-III. Die einzige Änderung im DSM-IV war schließlich die Einführung des neunten Kriteriums „Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“. Das DSM-5 und schließlich auch die ICD-11 übernahmen weitgehend die Kriterien des DSM-IV. Therapeutisch galt die Borderline-Störung bis in die 1980er Jahre als kaum behandelbar. Die vorwiegend psychodynamischen Ansätze postulierten in der Regel hochfrequente jahrelange Behandlungen ohne nachweisliche Wirksamkeit. Dieser therapeutische Nihilismus änderte sich erst 1991, als Marsha Linehan ([Linehan et al., 1991](#)) mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) erstmals einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis erbrachte. Basierend auf eigenen persönlichen Erfahrungen postulierte sie eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation als das zentrale Problem der BPS. Die DBT zielte daher auch vornehmlich auf die Verbesserung der Fertigkeiten im Bereich der Stresstoleranz und Emotionsregulation. Dieser bahnbrechende Ansatz einer phänomenologisch orientierten Psychopathologie und Therapie bereitete auch die Basis für die nun einsetzende

neurobiologische Forschung, die erheblich dazu beitrug, die BPS zu entmystifizieren. In den letzten Jahren wurden mehrere störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze aus verschiedenen Schulen entwickelt und evaluiert, so dass heute die Behandlung^[4] der BPS ihren angemessenen Platz in der psychiatrischen Versorgung und Therapieausbildung gefunden hat.

1.2 Definition der Störung

1.2.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-11

Die ICD-11 unterzog die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen einer grundlegenden Revision im Sinne eines dimensional Modells. Als einzige kategoriale Störung blieb die Borderline-Störung jedoch erhalten und die neun Kriterien des DSM-5 wurden übernommen. Im Folgenden berücksichtigen wir hier die Diagnosekriterien des DSM-5 ([APA/Falkai et al., 2018](#)). Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen erfolgt auf zwei Ebenen: Zunächst muss geprüft werden, ob die *allgemeinen Kriterien* vollständig erfüllt sind (vgl. Kasten).

Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-5¹

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

1. Kognition (d. h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren).
 2. Affektivität (d. h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
 4. Impulskontrolle.
 5. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- B. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- D. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- E. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. nach Hirnverletzung).

Im zweiten Schritt wird der Subtypus spezifiziert (vgl. Kasten).

|5| Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (F60.3)¹

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. Verzweifelter Versuch, 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. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

1.2.2 Klinische Symptomatik

Auf *klinischer Ebene* lässt sich die weitgefächerte Symptomatik von Patientinnen mit BPS in drei Dimensionen gliedern, die sich wechselseitig beeinflussen: Emotionsregulation, Identität und soziale Interaktion.

Problembereich Emotionsregulation

Patientinnen mit Borderline-Störungen erleben Emotionen intensiver und länger anhaltend als Gesunde. Dies betrifft das gesamte Spektrum des emotionalen Systems, also sowohl unangenehme (aversive) als auch angenehme (appetente) Gefühle. Die Betroffenen sind also hypersensitiv, und dies ist zunächst ein wertfreier Begriff.

Intensive Wahrnehmung von Natur, von Kunst, von zwischenmenschlicher Schwingung, ^[6] Körperlichkeit und Sexualität gehören genauso dazu wie starke negative Gefühle bis hin zum Selbsthass. Es ist wichtig, dies den Patienten, und evtl. deren Angehörigen, von Anfang an zu vermitteln: Sie zeichnen sich durch eine besondere Gabe aus, diese erfordert jedoch ihren Preis und will berücksichtigt werden.

Unter starkem Stress werden die starken Emotionen vielfach nicht differenziert wahrgenommen. Die Patientinnen erleben dann häufig „überflutende Emotionen“, „Gefühlswirrwarr“ oder zeitgleich sehr unterschiedliche, widersprüchliche Gefühle, die als unerträglich wahrgenommen werden. Gemeinsam aber ist fast allen Patientinnen, dass sie oft mehrmals täglich starke aversive Spannungszustände erleben. Diese Spannungsphänomene schießen häufig sehr schnell ein bzw. schaukeln sich auf und können manchmal über Stunden anhalten. Das logische, planerische und selbstreflektierende Denken ist in diesen Hochstress-Phasen stark eingeschränkt bzw. darauf fixiert, Möglichkeiten zu finden, um diese Zustände rasch zu beenden. In diesem Sinne können die meisten Verhaltensmuster, wie z. B. Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten oder Intoxikationen, als dysfunktionale, das heißt nur kurzfristig wirksame Problemlösestrategien verstanden werden, um diese starken Anspannungen zu lindern.

Abbildung 1 zeigt die typische emotionale und physiologische Reaktion von Borderline-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen: Die emotionale Reaktion

ist intensiver und hält deutlich länger an. Unter Alltagsbedingungen zeigen sich diese emotionalen Störungen als heftige Schwankungen, die häufig als sehr belastend und unkontrollierbar erlebt werden.

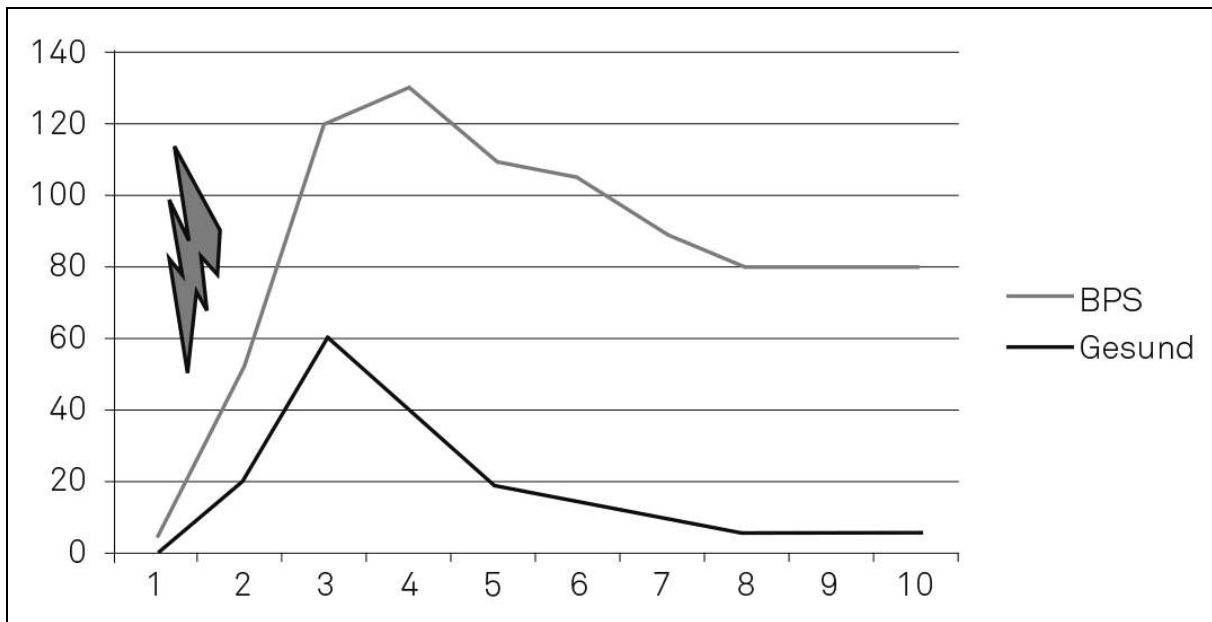


Abbildung 1: Stressreaktion von Borderline-Patienten und Gesunden (Höhere Amplituden und langsamer Rückgang auf das Ausgangsniveau).

Abbildung 2 zeigt das typische Anspannungsprofil einer Borderline-Patientin, gemessen mithilfe elektronischer Tagebuchaufzeichnung unter Alltagsbedingungen. Aus Sicht der Patientinnen liest sich dies dann so: *„Am schlimmsten aber sind die Stimmungsschwankungen – die sind kaum auszuhalten. Ich fühle mich permanent getrieben – unter Hochspannung, wenn ich nicht gerade völlig depressiv bin und nur schlafe oder von den Medikamenten ruhiggestellt werde.“*

[7] Bezüglich der *neuropsychologischen Mechanismen* der Emotionsregulation der BPS weisen die meisten Studien auf eine Störung der fronto-limbischen Regelkreise hin ([Schmahl et al., 2014](#)). Dies betrifft sowohl strukturelle als auch funktionelle Komponenten wie Amygdala, Hippokampus, Insula, vorderes Cingulum, ventrale und dorsolaterale Areale des präfrontalen Cortex sowie die entsprechenden Konnektivitäten. Diese Befunde sind allerdings weder störungsspezifisch noch vollständig ausgereift. Die Erforschung von intra-amygdalären Regelkreisen sowie Bottom-up-Regulationsprozessen einschließlich stärker basal verorteter Strukturen wie etwa periaquäduktales Grau (PAG), stehen erst in den Anfängen. Bei aller Vorsicht besteht jedoch kein Zweifel, dass Borderline-Patienten erhebliche morphologische und funktionelle Normabweichungen in der zentralen Emotionsregulation zeigen.

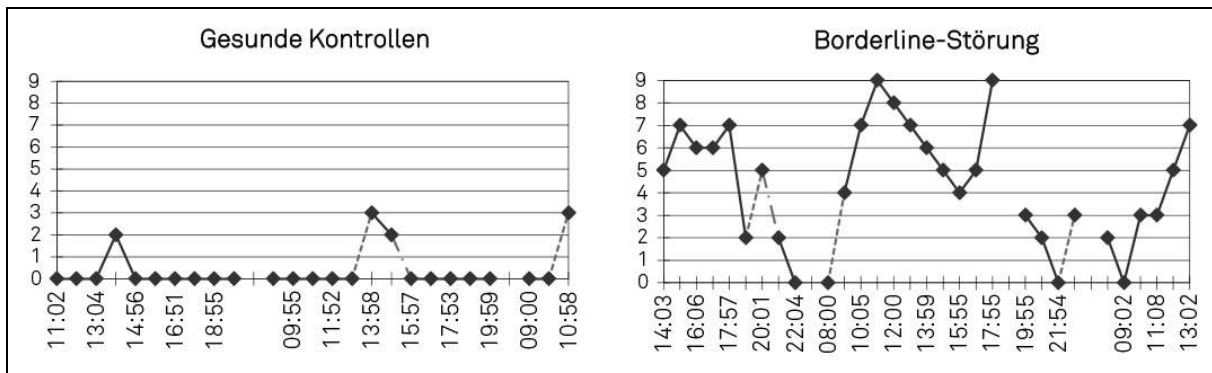


Abbildung 2: Spannungszustände bei Borderline-Patienten und bei Gesunden über 24 Stunden (Die senkrechte Achse gibt das Ausmaß der erlebten Anspannung an, die waagrechte Achse den jeweiligen Zeitpunkt).

Die meisten Patienten und deren Angehörige reagieren erleichtert, wenn man ihnen dies im Aufklärungsgespräch vermittelt. Dazu hat sich die grob vereinfachte Skizze in [Abbildung 3](#) gut bewährt, die mit folgenden Worten begleitet werden kann:

Die Amygdalae (Mandelkerne) reagieren bei BPS rasch und hoch empfindlich. Die Verbindungen zu den vorderen Arealen, die normalerweise als „Bremsen“ dienen, sind nicht gut ausgeprägt. Dies ist in etwa so, als würden Sie ein Auto mit Porsche-Motor fahren, welches jedoch nur mit Bremsen für einen VW-Polo ausgestattet ist: Dies macht nur bedingt Spaß. Aber – und das ist die gute Nachricht –, es gibt erste Hinweise, dass diese neurobiologischen Veränderungen einer plastischen Überformung durch Psychotherapie zugänglich sind.

Viele Borderline-Patientinnen erleben sich selbst als impulsiv und unberechenbar. Experimentell aber lassen sich Störungen der Exekutiv-Funktionen lediglich bei komorbider

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bzw. unter Hochstress nachweisen. Auch das häufig problematisierte aggressive Verhalten der Borderline-Patientinnen sollte differenzierter betrachtet werden: In aller Regel handelt es sich hier um sogenannte sekundäre, oft inhibierte aggressive Muster, die häufig als Sekundär-Emotionen zur Bewältigung etwa von Beschämung, Schuld oder Angst vor Verlassenwerden zu verstehen sind. Primäre, disinhibierte aggressive Impulskontrollstörungen sind eher die Ausnahme. Die meisten manifesten Probleme auf der Verhaltens^[8]ebene können als unmittelbare Folgen von Störungen der Emotionsregulation verstanden werden oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategien: