

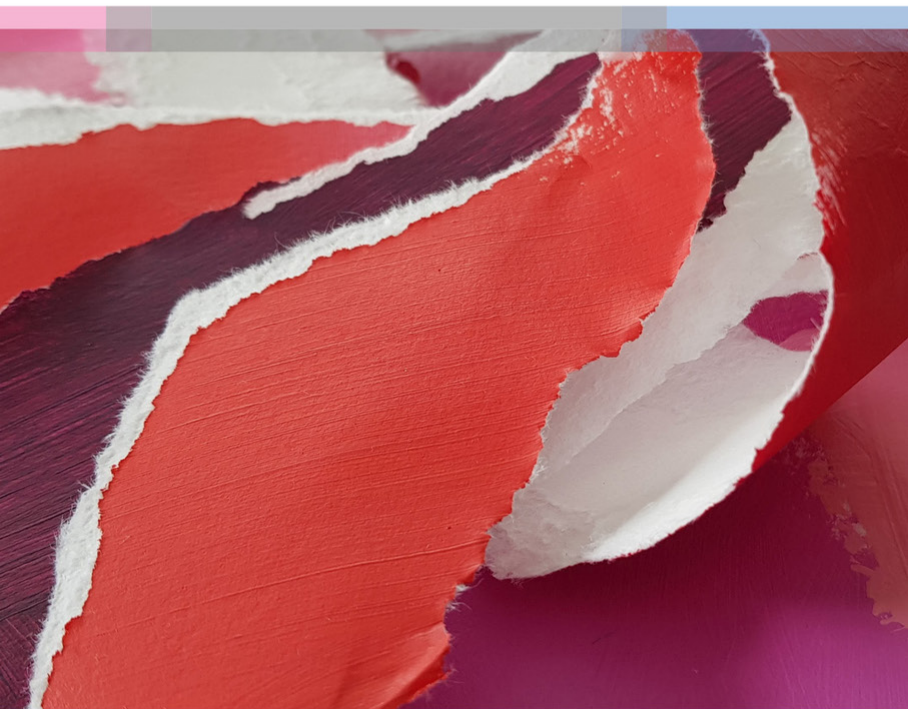
2. aktualisierte und  
überarbeitete Auflage

Thorsten Heedt

# Borderline- Persönlichkeits- störung

Die wichtigsten Therapieverfahren

GRIFFBEREIT



 Schattauer

 **Schattauer**

**GRIFFBEREIT**

Thorsten Heedt

# **Borderline- Persönlichkeitsstörung**

Die wichtigsten Therapieverfahren

2., aktualisierte und überarbeitete Auflage

**Dr. med. Thorsten Heedt, MHBA**

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Oberarzt, Akutklinik Bad Saulgau

Am Schönen Moos 9

88348 Bad Saulgau

thorsten.heedt@akutklinik-badsaulgau.de

#### Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe

Schattauer

www.schattauer.de

© 2024 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Nele Bäumer-Heedt

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektmanagement: Ulrike Albrecht

ISBN 978-3-608-40174-5

E-Book ISBN 978-3-608-12265-7

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20659-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen

Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Für meine Patientinnen und Patienten



## Vorwort zur ersten Auflage

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung, mitunter auch verkürzt als Borderline-Störung bezeichnet, hat mich schon seit Beginn meiner Laufbahn als ärztlicher Psychotherapeut und Psychiater in verschiedenerlei Hinsicht fasziniert: Ich verstand nicht, warum

- eine typische (wenn es denn so etwas gibt) Borderline-Patientin sich zunächst so freundlich bis passiv verhält, um mich dann im nächsten Augenblick aus einem Ärger heraus anzuschreien,
- diese Patientinnen oft eine gewaltige Unruhe auf der Station verbreiten, den Therapeuten – auch mich – zeitweise völlig innerlich destabilisieren können und Selbstzweifel induzieren können,
- sie oft Therapien scheinbar aus einer Laune heraus abbrechen,
- sie sich häufig so schwer verletzen,
- so oft Selbstmordversuche eine Rolle spielen,
- sie insgesamt so unglaublich schwer zu behandeln sind,
- sie von Therapeut zu Therapeut eilen, um doch keine Hilfe zu erfahren.

Und dergleichen mehr.

Ich begriff, dass es sich um die therapeutisch am schwierigsten zu behandelnde Gruppe handelt (neben den »Narzissen«, so meine ich jedenfalls) und dass man eine Menge Erfahrung und therapeutischer Kunstfertigkeit benötigt, um diesen Patientinnen wirklich helfen zu können. Daher begann ich, mich für das Thema zu interessieren, was im Übrigen Überlappungen zum Thema der Psychotraumatologie aufweist (vgl. Heedt 2017).



Eine erste Erkenntnis war, dass das Selbstbild der Patientinnen brüchig ist, aber auch die Fremdwahrnehmung fundamental gestört ist und dass diese Patientinnen häufig schwer traumatisiert sind, wenngleich nicht alle. Dann merkte ich, dass mein Uraltbild therapeutischer Abstinenz mit dem Therapeuten als »weiße Wand«, also jemandes, der sich als eigenständige Person wenig zu erkennen gibt, in diesem Fall zu nichts führt.

Anfangs las ich – noch als Assistenzarzt – in einem Buch, dass der Therapeut mehr reden müsse als üblich. Längere Sprechpausen bewirkten, dass die Patienten sich eher verlassen fühlten. Also fing ich an unter dem Einfluss dieses holzschnittartigen Ratschlags in den Therapien gleichsam wie ein Wasserfall auf die Patienten einzureden und ständig aktiv zu suggerieren, dass ich ihnen helfen möchte. Natürlich führte dies zu nichts als Ärger. Im Laufe der Jahre wuchs meine Behandlungskompetenz schrittweise, wenngleich ich immer noch regelmäßig ratlos nach der einen oder anderen Therapiestunde zurückbleibe. Man lernt niemals aus, so sagt ja das Sprichwort, und so ist auch das Erweitern der Behandlungskompetenz ein »ongoing process«. Möge Ihnen dieses Buch ein wenig helfen, auch Ihre eigene zu erweitern und Sie anspornen, mehr über das Störungsbild zu lesen und vielleicht noch eine spezifische DBT-, MBT-, Schematherapie oder TFP-Fortbildung (das sind die Haupt-Therapierichtungen) zu beginnen. Das käme sicherlich Ihren Patienten zugute, und das würde auch mir in jeder Hinsicht eine große Freude bereiten, da es die Situation der Borderline-Patienten in diesem Land langfristig verbessern könnte, die allzu oft erst gar nicht in (Psycho-)Therapie ankommen, obwohl sie derer dringend benötigen. Vielleicht trägt es auch dazu bei, dass Ärzte weniger (in den meisten Fällen) überflüssige Medikamente verordnen, sondern lieber ihre psychotherapeutischen Kenntnisse erweitern. Möge es Ihnen ein Wegweiser im Dickicht der Borderline-Therapien sein.

Ich danke allen, die mir in irgendeiner Weise Inspiration und – auch indirekt – Hilfe beim Schreiben dieses Buchs gegeben haben. Zu erwähnen ist insbesondere meine Frau Nele Bäumer-Heedt, die mich jederzeit – auch durch die Erstellung eines wunderbaren Titelbildes – unterstützt hat.

Besonderer Dank gebührt zudem den nachstehend angeführten Forschern, die mir via Researchgate bereitwillig, ohne mich je persönlich getroffen zu haben, zahlreiche wertvolle Fachartikel, mich somit an ihrem reichen klinischen Erfahrungsschatz teilhaben lassend, zukommen ließen (der Platzersparnis halber ohne Titelnennung): Andreas Heinz, Peter Fonagy, Martin Bohus und Christian Schmahl.

Einzelne Artikel, die mir überaus nützlich waren, schickten mir zudem die folgenden Forscher: Egon Bachler, Darryl Bassett, Michael Berk, Edda Bilek, Andrea Bulbena-Cabré, Susan Brown, Chloe Campbell, Gabriele Ende, Eva Fassbinder, Christian G. Huber, Joost Hutsebaut, Jack R. Keefe, Hannah Little, Lars Mehlum, Inga Niedtfeld, David L. Streiner, Svenja Taubner, Katherine Thompson und viele mehr, die mir leider persönlich noch alle völlig unbekannt sind.

Nicht zuletzt danke ich Frau Nadja Urbani von Klett-Cotta/Schattauer für ihre fortwährende Unterstützung sowie Volker Drüke für die gewissenhafte Durchsicht des Manuskripts.

Thorsten Heedt, im Herbst 2018

## Literatur

Heedt, T. (2017). Psychotraumatologie. Stuttgart: Schattauer.

## Vorwort zur zweiten Auflage

Von meinen bisherigen Büchern hat die »Borderline-Persönlichkeitsstörung« am meisten Verbreitung gefunden. Dies scheint mir der Besonderheit geschuldet, die dieses Buch auszeichnet: die Gegenüberstellung der Haupttherapieverfahren, während man sonst eher Bücher über die einzelnen störungsspezifischen Therapieverfahren findet, nichts aber über die »Konkurrenten«. Es lohnt sich aber, die Besonderheiten aller dieser Therapien kennenzulernen. Für die zweite Auflage habe ich mich darauf konzentriert, Forschungsliteratur seit der Erstauflage systematisch zu sichten und hier darzustellen. Ich hoffe, dass dieses Buch weiterhin großen Zuspruch finden möge.

Thorsten Heedt, im Juli 2023

# Inhalt

Einleitung .....	15
<b>1 Allgemeines zur Borderline-Persönlichkeitsstörung ...</b>	<b>19</b>
1.1 Symptomatik .....	19
1.2 Die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ..	40
1.3 Kritik des Persönlichkeitsstörungskonzepts .....	47
1.4 Neurobiologie .....	49
1.5 Psychopharmakologische Behandlung .....	60
1.6 Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ....	67
1.7 Psychotherapie .....	69
Literatur .....	78
<b>2 DBT .....</b>	<b>91</b>
2.1 Der Glaube an die Patientin .....	91
2.2 Validieren als Behandlungsprinzip .....	93
2.3 Emotionsphobie .....	98
2.4 Dialektische Behandlungsstrategien .....	99
2.5 Information der Patientin .....	121
2.6 Verpflichtungsstrategien .....	121
2.7 Struktur der DBT .....	125
2.8 Therapievertrag .....	127
2.9 Telefonberatung .....	128
2.10 Dynamische Hierarchisierung der Therapieziele .....	129
2.11 Wochenprotokoll .....	130
2.12 Skills .....	131
2.13 Umgang mit Suizidalität in der DBT .....	135
2.14 Reduktion von therapiegefährdendem Verhalten .....	137
2.15 Aggressive Impulsdurchbrüche .....	139
2.16 Stationäre Krisenintervention .....	140

2.17	Supervision und Fallbesprechungen .....	142
2.18	Therapieabbruch durch den Therapeuten .....	142
2.19	Körpertherapie .....	143
2.20	Varianten der DBT .....	144
2.21	Neurobiologische Auswirkungen der DBT .....	151
	Literatur .....	155
<b>3</b>	<b>MBT</b> .....	<b>163</b>
3.1	Struktur der MBT .....	163
3.2	Mentalisieren .....	164
3.3	Wie Mentalisieren funktioniert .....	165
3.4	Die BPS aus MBT-Sicht .....	166
3.5	Prämentalistische Modi .....	166
3.6	Therapeutische Grundhaltung .....	170
3.7	Grundinterventionen .....	170
3.8	»Stop and rewind« .....	171
3.9	Diagnostik in der MBT .....	172
3.10	Therapieansatz der MBT .....	173
3.11	Mentalisierungsgerüst (»Mentalizing scaffold«) .....	173
3.12	Fremdes Selbst (»Alien self«) .....	174
3.13	Umgang mit selbstverletzendem Verhalten .....	175
3.14	Medikation .....	177
3.15	MBT bei anderen Störungsbildern .....	177
3.16	Ähnlichkeiten zwischen MBT und EMDR .....	178
	Literatur .....	182
<b>4</b>	<b>Schematherapie</b> .....	<b>187</b>
4.1	Grundlagen der Schematherapie .....	187
4.2	Ursachen der BPS aus schematherapeutischer Sicht ....	189
4.3	Schemata .....	190
4.4	Schema-Modi .....	190
4.5	Schemata von BPS-Patientinnen .....	192
4.6	Grundprinzipien der Schematherapie-Behandlung .....	194

4.7	Einzelheiten der Behandlung .....	196
	Literatur .....	228
<b>5</b>	<b>TFP</b> .....	<b>230</b>
5.1	Ansatz der Objektbeziehungstheorie .....	232
5.2	Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation .....	232
5.3	Therapieansatz der TFP .....	234
5.4	Containing, Klärung, Konfrontation, Deutung .....	235
5.5	Der stabile Behandlungsrahmen .....	238
5.6	Diagnostik der TFP .....	238
5.7	Therapeutische Strategien .....	240
5.8	Einzelne Behandlungstaktiken .....	258
5.9	Frühe Behandlungsphase .....	268
5.10	Mittlere Behandlungsphase .....	272
5.11	Fortgeschrittene Behandlungsphase .....	278
5.12	Veränderungsprozesse in der TFP .....	282
5.13	Zeichen der Besserung nach TFP .....	285
	Literatur .....	285
<b>6</b>	<b>STEPPS</b> .....	<b>291</b>
	Literatur .....	294
<b>7</b>	<b>Exkurs: die PTBS</b> .....	<b>295</b>
7.1	Neurobiologie der PTBS .....	295
7.2	Genetik .....	296
7.3	Epigenetik .....	297
7.4	Psychotherapie .....	297
	Literatur .....	298
<b>8</b>	<b>Vergleich der Borderline-Therapien</b> .....	<b>300</b>
8.1	Theoretische Fundierung .....	302
8.2	Erlernbarkeit .....	303
8.3	Erklärbarkeit .....	304

8.4	Erlernbarkeit durch andere Berufe .....	305
8.5	Adressierung aller Symptome des Störungsbildes .....	306
8.6	Diagnostik .....	308
8.7	Psychopharmaka .....	309
8.8	Komorbiditäten .....	310
8.9	Kindheitstraumata .....	311
8.10	Behandlungsindikation .....	312
8.11	Therapieabbruchstendenzen .....	312
8.12	Einzel- versus Gruppentherapie .....	313
8.13	Supervision und Selbsterfahrung .....	315
8.14	Grenzverletzungen .....	315
8.15	Spezifische Techniken .....	317
8.16	Evaluationskonzepte .....	318
8.17	Ideologie- und Religionsfreiheit .....	319
8.18	Zusammenfassung .....	319
	Literatur .....	320
<b>9</b>	<b>Die Borderline-Therapie der Zukunft .....</b>	<b>322</b>
9.1	Die ideale Borderline-Therapie .....	323
9.2	Was fehlt? .....	325
9.3	Die Zukunft .....	326
	Literatur .....	328
<b>10</b>	<b>Neuere Entwicklungen seit der ersten Auflage .....</b>	<b>329</b>
10.1	Die neue Borderline-Leitlinie .....	329
10.2	Interessante Veröffentlichungen seit 2021 .....	340
	Literatur .....	362
<b>11</b>	<b>Nachwort .....</b>	<b>369</b>
	<b>Sachverzeichnis .....</b>	<b>370</b>

# Einleitung

Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, sind besonders und anders. Viele von ihnen haben schwere Traumatisierungen durchlitten, aber beileibe nicht alle; die Therapie gestaltet sich unglaublich schwer, weil hier Probleme auf ganz unterschiedlichen Ebenen lauern. Auf einer psychotherapeutischen Lehr-CD, die ich mir anlässlich der jedes Jahr stattfindenden und traditionell von mir besuchten Lindauer Psychotherapiewochen einmal kaufte, wurde folgender, anschaulicher Vergleich (sinngemäß) dargelegt: Man besucht eine Vorstellung von »Romeo und Julia«, aber irgendwie ist es seltsam. Der eigentliche Held der Vorstellung kauert hilflos in der Ecke und ist blind, an einer Stelle brennt es plötzlich, und an einigen Stellen der Bühne sind die Planken lose, sodass die Schauspieler drohen hineinzustürzen. Mit anderen Worten: Man kann sich überhaupt nicht auf die Geschichte konzentrieren, weil die Rahmenbedingungen nicht stimmen und man von einer Katastrophe in die andere stürzt. Und genauso verhält es sich tatsächlich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung: In der Behandlung dieses Störungsbildes kämpft man unaufhörlich mit der Einhaltung der Rahmenbedingungen durch die Patientinnen.

Auch ist es schwer, als Psychotherapeut die Contenance zu bewahren. Die Patientin zwingt den Therapeuten ständig in eine Art der therapeutischen Beziehung, die genauso instabil wie die Innenwelt der Patientin selbst ist.



**FALLBEISPIEL**

Einmal stritt ich mich mit meiner früheren Oberärztin, da wir in einer therapeutischen Gruppe eine Borderline-Patientin hatten, die die ganze Gruppe in Aufruhr brachte. Beziehungsweise: Es war gar nicht klar, ob die Patientin eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hatte, aber meine damalige Oberärztin hatte in der Gegenübertragung den Eindruck, ihr würde »der Boden unter den Füßen weggezogen«. Das war für sie das Diagnostikum, zu entscheiden, dass die Patientin wohl eine Borderlinerin sei. Ich hielt eine solche Einschätzung – ich glaube zurecht – für gefährlich. Natürlich kann dies ein Hinweis sein, ist aber nicht beweisend, da die momentane Verfassung des Therapeuten, seine eigene Vorgeschichte, aber auch temporäre Verfassungen des Patienten diesen Eindruck erwecken können. Auch die Gruppendynamik mag dazu beigetragen haben, auch mag es noch zahlreiche weitere Einflussfaktoren geben.

Ich halte scheinbare absolute Gewissheit über die Einschätzung der Patientin grundsätzlich für zweifelhaft. Aber der wahre Kern dieser Anekdote ist, dass Borderline- und generell strukturell schwer gestörte Patienten auch den Therapeuten selbst in Irritation und Aufruhr bringen können und dass dies eine der Hauptschwierigkeiten in der Behandlung ist. Es ist oft kompliziert, den therapeutischen Fokus aufrechtzuerhalten, man bedarf immer der Rückmeldung durch das Behandlungsteam und benötigt einen guten Supervisor im Hintergrund, sonst überfordert einen die Aufgabe.

Eine weitere Geschichte mag das übliche Problem illustrieren, welches sich oft zeigt:

**FALLBEISPIEL**

Ich untersuchte in der Notaufnahme eine Patientin mit Borderline-Störung, die sich kürzlich erneut schwer selbst verletzt hatte.

Ich bemühte mich, besonders auf die Patientin einzugehen und ihr mit besonderer Empathie zu begegnen. Schon nach wenigen Minuten hatte ich den Eindruck, dass sich die Patientin bei mir sehr gut aufgehoben fühlte. Ich saß letztlich länger als üblich bei Neuaufnahmen bei der Patientin und glaubte, es bestünde bereits ein erstes zartes Pflänzlein eines guten therapeutischen Arbeitsbündnisses. Zudem hatte ich mit ihr einen gemeinsamen Therapieplan entworfen und ihr schon einiges zum Störungsbild erklärt. Ich ging daher hochzufrieden aus dem Gespräch und fühlte mich prima. Eine Stunde später erfuhr ich, dass sich die Patientin überhaupt nicht von mir verstanden gefühlt, auf mich geschimpft und bereits die Klinik verlassen hatte.

Abgesehen davon, dass all dies auch Folge meines schlechten Ausbildungsstandes oder eigener therapeutischer Schwächen sein könnte, passiert so etwas nicht nur mir, sondern vielen Therapeuten in ähnlicher Weise bei Borderline-Patienten. Es kommt generell zu therapeutischen Missverständnissen. Woher das kommt und wie man das Behandlungsergebnis verbessern kann, davon handelt dieses Buch. Ich wünsche viel Freude bei der Auseinandersetzung mit der Materie. Gendertechisch sei noch erwähnt, dass meist in diesem Buch für Borderline-Patienten die weibliche Form verwendet wurde, weil die überwiegende Mehrzahl der Borderline-Patienten, die mir im klinischen Kontext begegnet sind, weiblich sind.

### **MERKE**

Fortwährende Missverständnisse in der Behandlung sind neben dem Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der mehrfach täglich plötzlich einschießenden aversiv erlebten inneren Anspannung, m. E. das Hauptcharakteristikum der Behandlung von Borderline-Patientinnen und prinzipiell unvermeidbar (so etwa wie man, aus der Physik bzw. der Hei-

senberg'schen Unschärferelation bekannt, aus prinzipiellen Gründen nicht gleichzeitig Ort und Impuls eines Teilchens bestimmen kann).

# 1 Allgemeines zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

## 1.1 Symptomatik

### Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Störung gehört zu den Persönlichkeitsstörungen, heißt daher auch, genauer, »Borderline-Persönlichkeitsstörung«. Was ist überhaupt eine Persönlichkeitsstörung? Sind wir nicht alle oder wenigstens viele ein bisschen »persönlichkeitsgestört«? Nein, in der Psychiatrie ist mit einer Persönlichkeitsstörung ein spezifisches Störungsbild gemeint, welches seinen Ursprung in Kindheit und Jugend nimmt und insbesondere zu fortwährenden Schwierigkeiten in den sozialen Beziehungen der betroffenen Personen führt. Es gibt eine ganze Reihe an Persönlichkeitsstörungen innerhalb der internationalen Krankheitsklassifikation ICD-10, und die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nur eine davon. Die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung sind in der Übersicht zu sehen.

**MERKE Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60 Schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens)**

- G1. Dauerhafte Abweichung von Normen in Bezug auf Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung, Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen
- G2. Allgemein unflexibles, unangepasstes, unzweckmäßiges Verhalten
- G3. Hoher Leidensdruck und nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt, bedingt durch G2
- G4. Stabile Abweichung von langer Dauer mit Beginn im späten Kindesalter oder Adoleszenz
- G5. Nicht erklärbar durch andere psychische Störung. Aber Überlagerung durch andere Störungsbilder möglich
- G6. Nicht bedingt durch organische Erkrankung, Verletzung oder anderweitige Funktionsstörung

Im Folgenden wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regel als »BPS« abgekürzt. Die BPS (Internationale Krankheitsklassifikation ICD-10: F60.31) ist eine Unterform der sogenannten **emotional instabilen Persönlichkeitsstörung** (ICD-10: F60.3), von der es auch einen impulsiven Typus (ICD-10: F60.30) gibt. Die Unterschiede kann man den folgenden Übersichten entnehmen. Der impulsive Typus ist vor allem charakterisiert durch emotionale Instabilität und reduzierte Impulskontrolle. Hier kommt es gehäuft zu Ausbrüchen von gewalttätigem Verhalten, insbesondere wenn die Patientin kritisiert wird. Die BPS hingegen zeigt noch eine Reihe weiterer Symptome, die in der Folge eingehend dargelegt werden.

Seit 2022 grundsätzlich einsetzbar, aber erst ab 2027 verbindlich ist das ICD-11, was die Schwerpunkte bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung verschiebt: Die BPS wird nun durch ein dimensionales Modell definiert anstatt durch ein kategoriales

Modell. Dies bedeutet, dass die BPS nicht mehr als eine Störung angesehen wird, die entweder vorhanden oder nicht vorhanden ist, sondern als eine Störung, die auf einem Kontinuum liegt. Die Schwere von Persönlichkeitsstörungen wird nun anhand der Ausprägung einzelner Symptome bestimmt, die eine Person erfüllt. Die bisher vertrauten Persönlichkeitsstörungen (zwanghafte PS, dissoziale PS usw.) sind verschwunden, nur aufgrund der besonderen klinischen Relevanz kann man weiterhin zusätzlich einen Borderline-Qualifier vergeben. Bis jetzt ist diese Klassifikation noch wenig verbreitet, auch sind hier vermutlich noch einige Veränderungen bzw. Modifikationen zu erwarten, sodass das Modell hier nicht im Detail dargelegt wird.

**MERKE F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Impulsiver Typus**

Drei der folgenden Verhaltensweisen, darunter Punkt 2.:

1. Unerwartetes Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen
2. Streitereien und Konflikte mit anderen, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Wut-/Gewalt-Ausbrüche mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten bei Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Unbeständig-unberechenbare Stimmung

**MERKE F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline-Typus**

Mindestens drei von fünf Kriterien des impulsiven Typus, dazu zwei der folgenden:

- Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und »inneren Präferenzen«

- Neigung, sich in intensive/instabile Beziehungen einzulassen
- Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
- Häufig Drohungen/Handlungen mit Selbstbeschädigung
- Anhaltende Leeregefühle

## Kernsymptome

Bei der BPS findet man die Kernsymptome

- affektiver Instabilität (die Gefühlslage schwankt den ganzen Tag über, vor allem zeigen sich immer wieder heftige unerträgliche Anspannungszustände),
- emotionaler Dysregulation (die Gefühlslage läuft sozusagen aus dem Ruder, die Patientin bekommt es nicht hin, halbwegs in ausgeglichener Stimmung über den Tag zu kommen) sowie
- eines schlechten interpersonellen Funktionsniveaus (mit anderen Worten, die Beziehungen zu anderen gestalten sich meist überaus problematisch und anstrengend) (Lieb et al. 2004).

Besonders problematisch ist, dass die Suizidraten erhöht sind (6–8 %) und bis zu 90 % der Patienten selbstverletzendes Verhalten zeigen, welches nicht primär suizidal ausgerichtet ist, sondern anderen Funktionen dient (z.B. Abbau von Spannung, Selbstbestrafung, das Bedürfnis, sich zu spüren, usw.) (Zanarini et al. 2008). Typisch ist auch das Auftreten von Hochrisikoverhalten und impulsiver Aggression. Man findet eine dysfunktionale Emotionsverarbeitung und soziale Interaktion als psychologische Hauptmechanismen (Witt et al. 2017). Das typische Symptomenbild offenbart → Abb. 1-1.

	»Du darfst Dich nicht trennen! Dann bring ich mich halt um!«
	»Du bist der beste Mann für mich. Nie war ich so glücklich!« Zwei Stunden später: »Du Miststück! Ich hasse Dich! Du willst mich zerstören!«
	»Ich bin auf einem guten Weg! Bald werde ich alles überwunden haben!« Zwei Stunden später: »Ich bin nichts wert! Ich muss mich umbringen!«
	Therapeut: »Wie war ihr Tag?« – Pat.: »Ich bin mit 200 über die Autobahn gerast, weil ich so angespannt war. Dann habe ich in der Stadt, weil ich so gut drauf war, 10 CDs gekauft. Am Abend hab ich jemand kennengelernt. Wir sind rasch miteinander im Bett gelandet.«
	Therapeut: »Haben Sie sich schon mal selbst verletzt?« – »Ja, schon 10 x in diesem Jahr. Zuletzt gestern, als ich mich über meinen Freund geärgert habe.«
	Therapeut: »Wechselt Ihre Stimmung oft?« – »Ja, den ganzen Tag. Ein Wechselbad der Gefühle. Erst bin ich angespannt, könnte alles zusammenschlagen. Dann habe ich furchtbare Angst. Später gehts wieder, abends könnte ich mich schneiden.«
	Therapeut: »Fühlen Sie sich manchmal leer?« – »Eigentlich fühle ich mich immer leer, als sei da gar nichts an Gefühl.«
	»Ich war so wütend über den Pfleger, da habe ich ihm einfach in die Fresse geschlagen. Ich hab da nicht lange nachgedacht.«
	»Dann hatte ich Stress mit meinem Freund und dachte, aus der Wand heraus würden mich zwei Augen anstarren.«

Abb. 1-1: Kernsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung



## Probleme der Emotionsregulation

Stiglmayr et al. (2017) vergleichen die Emotionalität des BPS-Patienten mit eine Ferrari: Dieser reagiere sensibler auf Berührungen des Gaspedals. Da die BPS-Patientin den »emotionalen Ferrari« aber als nicht regelbar erlebt, vermeidet sie phobisch ihre Emotionen in Bezug auf sämtliche abgrenzbaren Emotionen wie Scham, Schuld usw. oder verwendet z. B. selbstverletzendes Verhalten oder Substanzkonsum zur Regulation.

BPS-Patientinnen können zwar Emotionen differenzieren und modulieren, mit zunehmender Anspannung geht diese Fähigkeit aber verloren (Ebner-Priemer et al. 2007; Stiglmayr et al. 2017). Stiglmayr benennt die Anspannung des BPS-Patienten als eine Art »Hintergrundrauschen«, welches die Entschlüsselung emotionaler Signale erschwere (Stiglmayr et al. 2008). Bei der BPS kommt es zu Schwierigkeiten bei der Verarbeitung emotionaler Stimuli (Yeomans et al. 2017). Die Patienten können negative Stimuli nicht angemessen verarbeiten oder durch Neubewertung dämpfen (Koenigsberg et al. 2009). Intensive Affekte werden häufig durch interpersonelle Probleme ausgelöst, durch z. B. Trennungen oder Erleben von Zurückweisung.

**Besonderheiten der Gesichtserkennung** Interessant ist in dem Zusammenhang, dass BPS-Patientinnen Schwierigkeiten haben, den Ausdruck von Gesichtern richtig zu interpretieren. Als Beleg sei folgende Studie erwähnt: Matzke et al. (2014) untersuchten, ob sich BPS-Patienten signifikant in Bezug auf die eigene emotionale Reaktion auf Gesichter unterscheiden. Zu diesem Zweck erhielten 28 weibliche BPS-Patienten im Vergleich zu 28 gesunden Personen eine Gesichtserkennungsaufgabe mit dynamischen Gesichtsbildern, wobei die Aktivität verschiedener Gesichtsmuskeln erfasst wurde. Außerdem bewerteten die Teilnehmer die emotionale Intensität der gezeigten

Gesichter und die Intensität ihrer subjektiven Gefühle. Im Vergleich zu den Kontrollen zeigten BPS-Patienten eine verstärkte Antwort des *M. corrugator supercilii* («Augenbrauenrunzler-Muskel») in Bezug auf ärgerliche, traurige oder Ekelausdrücke und abgeschwächte Antworten des *Levator labii superioris* («Oberlippenheber») in Bezug auf glückliche und überraschte Gesichtsausdrücke. Diese Untersuchung belegt, dass die Gesichtserkennung bei BPS-Patienten nicht generell schlechter ist und dass Borderline-Patienten in Bezug auf die emotionale Verfassung anderer auch nicht generell überreagieren. Stattdessen zeigten sie eine reduzierte Gesichtsreaktion auf positive soziale Signale und eine gesteigerte Gesichtsreaktion auf negative soziale Signale. Dieses Muster könnte zu den Schwierigkeiten beitragen, die BPS-Patienten in ihren sozialen Interaktionen zeigen.

## **Negatives Selbstbild**

Laut Winter et al. (2017) sind negative Selbstbewertungen bei Patientinnen mit BPS sehr häufig, aber erstaunlich wenig untersucht. Auch Santangelo et al. (2017) betonen, welche große Rolle die Instabilität des Selbstbildes bei der BPS spielt und wie eng dies mit der affektiven Instabilität bei BPS-Patientinnen zusammenhängt.

## Interpersonelle Schwierigkeiten

Während Gesunde es schaffen, vertrauensvolle Beziehungen, auf die sie sich verlassen können, aufzubauen, gelingt dies BPS-Patientinnen extrem schlecht (Krueger et al. 2007). Sie können vor dem Hintergrund individueller Faktoren, häufig in Verbindung mit Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Vorgeschichte, soziale Interaktionen schlecht emotional regulieren. Sie fühlen sich oft vom Gegenüber abgelehnt, unabhängig davon, ob dies auch real zutrifft (Renneberg et al. 2012; Staebler et al. 2011). Die Patientinnen reagieren feindselig auf drohende Zurückweisung (Berenson et al. 2011) und reagieren eher reflexhaft statt reflektiert. BPS-Patientinnen sind zudem im Sinne der Bowlby'schen Bindungstheorie überzufällig häufig »unsicher gebunden« (Barone 2003).

**Hyperaktivierungsstrategien** Um ihre Innenwelt und die Interaktionen mit anderen zu regulieren, benutzen BPS-Patientinnen häufig sogenannte Hyperaktivierungsstrategien. So baut die BPS-Patientin unangemessen enge Bindungen zu anderen auf, was auch neuronale Kreisläufe beeinträchtigt, die der Überprüfung der Vertrauenswürdigkeit anderer dienen. Diese Patientinnen idealisieren ihre Therapie und den Therapeuten und neigen dazu, natürliche Grenzen der Beziehung zu überschreiten. Wenn die eigenen Bedürfnisse dann nicht wie erwünscht erfüllt werden, kippt die Stimmung rasant, und sie werden entwertend und feindlich gesinnt. Gerade in stationären Einrichtungen, die ja schnell die Aufnahme einer vertrauensvollen Bindungsatmosphäre stimulieren, kann es schnell dazu kommen, dass das Bindungssystem der Patientin rapide hyperaktiviert wird. Therapien, die die Aufnahme einer zu frühen intensiven Bindung stimulieren sind daher nicht ohne Risiko. Daher intensiviert beispielsweise die Mentalisierungsbasierte Thera-

pie (MBT), eine der etablierten Verfahren zur Behandlung der BPS, die Therapeutenbeziehung erst in späteren Therapiephasen, wenn die Patientin gelernt hat, besser unter Stress zu mentalisieren, d.h. sich in die eigene seelische Innenwelt und die eines anderen einzufühlen, was diesen Patientinnen üblicherweise unter Stress nicht so gut gelingt (Bateman und Fonagy 2013).

**Deaktivierungsstrategien** Andere BPS-Patientinnen nutzen eher Deaktivierungsstrategien, d.h., sie neigen dazu, im Fall von emotionalem Stress sich innerlich emotional zu distanzieren. Je höher der Stress allerdings wird, desto schwieriger wird es, diese Maske aufrechtzuerhalten – Gefühle von Unsicherheit und negative Selbstrepräsentationen nehmen zu. Sie haben physiologische Auffälligkeiten, etwa erhöhte Blutdruckwerte, erscheinen aber äußerlich relativ ruhig und geben auch an, nicht gestresst zu sein. Dies kann bei nichttolerablem Stress dann in plötzliches Schwitzen und Schwindelgefühle umschlagen. Einen plötzlichen Anstieg des Stresslevels attribuieren sie selbst dann eher äußeren Umständen als dem Thema (z.B. mit der Behauptung, zu schlecht geschlafen zu haben). Ihre Mentalisierungsfähigkeit ist limitiert. Sie neigen dazu, intellektualisierende und rationalisierende Erklärungen abzugeben, was man als »Als-ob-Modus« (»Pretend-mode«) bezeichnet, ein zentraler Begriff, auf den ich noch zu sprechen kommen werde (Bateman und Fonagy 2013).

**Mischstrategien** Andere Patientinnen, und zwar solche mit eher desorganisiertem Bindungsverhalten, zeigen sowohl Schwierigkeiten beim Mentalisieren als auch eine Tendenz zum Hypermentalisieren, benutzen aber deaktivierende Strategien, wenn die hyperaktivierenden scheitern. Die hyperaktivierenden Strategien führen oft letztlich zu einem Verlust der Mentalisie-

rungsfähigkeit, während die deaktivierenden Strategien dazu führen, dass die wesentlichen emotionalen Inhalte vermieden werden. Diese Patientinnen verlieben sich z.B. rasch, fühlen sich dann genauso schnell vernachlässigt oder betrogen, können aber auch ihren Eigenanteil an dieser Entwicklung nicht reflektieren – aufgrund ihres Mangels an Mentalisierungsfähigkeit.

### **MERKE**

Patientinnen, die eher deaktivierende Strategien verwenden, ziehen sich häufig aus den Beziehungen zurück und beschäftigen sich allein; wenn man versucht, ihre Innenwelt zu explorieren, langweilen sie einen mit sachlichen Schilderungen ohne Gefühlsinhalt. Man sollte dann in der Therapie genau herausarbeiten, welche Situationen jeweils das hyperaktivierende und welche das deaktivierende Verhaltensmuster triggern, sodass man besser herausfinden kann, was sensible Felder sind, die in der Therapie zu Problemen führen könnten (Bateman und Fonagy 2013).

Die bereits erwähnte MBT, die noch eingehend im Verlaufe dieses Buchs dargestellt wird, fokussiert daher auf die Stabilisierung des Selbsterlebens. So soll die kontinuierliche Fähigkeit zur Mentalisierung während interpersoneller Kontexte sichergestellt und der Patientin geholfen werden, ein optimales »Arousal« (Erregungsniveau) während ihrer Interaktionen aufrechtzuerhalten.

Die Patientinnen sind ständig in ihren Interaktionen vom Verlust ihrer Mentalisierungsfähigkeit bedroht. Währenddessen sind die eigenen Erfahrungen entweder überreal oder aber erscheinen bedeutungslos. Diese verzerrten subjektiven Zustände sind jeweils von reißendem psychischem Schmerz begleitet, den andere oft nicht nachvollziehen können. Daher ist

ein wichtiges Therapieziel, Affekte bei sich und anderen richtig zu identifizieren und eigene auszudrücken. Dies ist so wichtig, weil sonst oft die therapeutische Beziehung wegen permanenter Missverständnisse in der Therapie nachhaltig gefährdet ist.

**Alexithymie** New et al. (2012) untersuchten die Rolle der Alexithymie (Unfähigkeit, Gefühle zu lesen) bei BPS (da man annahm, dass Borderlinerinnen diese häufiger zeigen). Die Untersuchung hatte 79 BPS-Patientinnen, 76 gesunden Kontrollen und 39 Patienten mit vermeidender Persönlichkeitsstörung zur Grundlage, wobei es darum ging, den Einfluss der Alexithymie und ihren Einfluss auf das interpersonelle Funktionieren zu beurteilen. Dazu wurden u. a. die Reaktionen auf emotional gefärbte Bilder mittels einer Computeraufgabe gemessen, wo sich die Probanden entweder auf die Erfahrung des im Bild gezeigten Individuums oder auf die eigene vorgestellte Erfahrung fokussieren sollten. Patienten mit BPS hatten große Schwierigkeiten, einen Perspektivwechsel vorzunehmen, und zeigten zugleich ein hohes Stresslevel. Sie offenbarten ein intaktes »empathisches Besorgtsein«. Die klarsten Unterschiede zu Kontrollen bei der Computeraufgabe zeigten sich während selbstbezogener Antworten auf negatives Bildmaterial. Die BPS-Patientinnen reagierten stark auf die Gefühle anderer, waren aber darin beeinträchtigt, die Gefühle und die Perspektive anderer zu beschreiben.