

**Damaris Bretzner**

# **Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Handlungsfeld der sozialen Arbeit**

**Ein Überblick über Ursachen, Verlaufsformen  
und Interventionsmöglichkeiten**

**Bretzner, Damaris: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Handlungsfeld der sozialen Arbeit: Ein Überblick über Ursachen, Verlaufsformen und Interventionsmöglichkeiten. Hamburg, Diplomica Verlag GmbH 2015**

Buch-ISBN: 978-3-95850-621-3

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95850-121-8

Druck/Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2015

**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.

---

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung 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.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© Diplomica Verlag GmbH

Hermannstal 119k, 22119 Hamburg

<http://www.diplomica-verlag.de>, Hamburg 2015

Printed in Germany

## **Inhaltsverzeichnis**

1.	Vorwort	3
2.	Begriffsklärung	5
2.1.	Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem Fachlexikon der sozialen Arbeit	5
2.2.	Geschichte des Begriffs	6
2.3.	Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	7
2.4.	Häufigkeit der Störung in der Bevölkerung	9
3.	Mögliche Ursachen der Borderline-Persönlichkeitsstörung	10
3.1.	Genetische Faktoren	11
3.2.	Unsichere und ungesunde Bindungen an Bezugspersonen	13
3.3.	Traumatische Erlebnisse	15
4.	Verlaufs- und Äußerungsformen	19
4.1.	Der Verlauf der Störung	19
4.2.	Äußerungsformen	20
4.2.1.	Vermeidung von Verlassenwerden	21
4.2.2.	Instabile zwischenmenschliche Beziehungen und Schwarz-Weiß-Denken	22
4.2.3.	Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung	25
4.2.4.	Selbstschädigende Aktivitäten und Süchte	26
4.2.5.	Suizidales Verhalten und Selbstverletzungen	27
4.2.6.	Affektive Instabilität	32
4.2.7.	Chronische Leere	33
4.2.8.	Wut	34
4.2.9.	Paranoide Vorstellungen und Dissoziation	35
5.	Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen	36
5.1.	Verhaltenstherapie und Verhaltensanalyse	37
5.2.	Übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie	38
5.3.	Traumatherapie	39

5.4.	Kreative Elemente	40
5.5.	Medikamentöse Behandlung	41
5.6.	Heilungschancen	41
5.7.	Die Recovery-Bewegung	43
6.	Handlungsfelder der Sozialen Arbeit	46
6.1.	Definition sozialer Arbeit	46
6.2.	Die Versorgungseinrichtungen	48
6.2.1.	Stationäre Versorgung	48
6.2.2.	Tageskliniken	49
6.2.3.	Wohn- und Rehabilitationseinrichtungen	49
6.2.4.	Ambulante Versorgung	50
6.3.	Tätigkeitsfelder der sozialen Arbeit	50
6.3.1.	Krankenhaussozialarbeit	50
6.3.2.	Vernetzung und Wiedereingliederung	53
6.3.3.	Selbsthilfegruppen und Internetportale	55
6.3.4.	Öffentlichkeitsarbeit	56
6.3.5.	Angehörigenarbeit	57
6.4.	Prävention	61
6.5.	Grenzen der sozialen Arbeit	63
6.6.	Sozialarbeiterische therapeutische Möglichkeiten	67
6.6.1.	Die Wichtigkeit einer guten Therapeut-Patient-Beziehung	67
6.6.2.	Systemische Gesprächsführung	69
6.6.3.	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	73
7.	Schlussbetrachtung	80
8.	Literaturverzeichnis	82

## **1. Vorwort**

Die Borderline-Störung stellt eine Persönlichkeitsstörung dar, die sich auf vielfältige Weise äußert und sowohl für die Betroffenen als auch für ihr Umfeld eine starke Belastung bedeuten kann. Unter anderem zählen Unsicherheit bezüglich des eigenen Selbstbildes, die Spaltung der Welt in Schwarz und Weiß sowie emotionale Instabilität, die unter anderem selbstschädigendes oder suizidales Verhalten mit sich bringen kann, zu den Erscheinungsformen der Störung. Den meisten Expertenschätzungen zufolge leiden ca. 2 % der Gesamtbevölkerung unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, von einer steigenden Tendenz wird ausgegangen.

Mein Interesse an diesem Thema wurde durch den Besuch einer Ausstellung geweckt, in der unterschiedliche Berichte von Betroffenen zu lesen waren, in denen diese ihre Gefühle und ihre Situation schilderten. All diese Berichte besaßen die Gemeinsamkeit, dass sie ein verzweifertes Ankämpfen gegen die Erkrankung und eine scheinbare Ausweglosigkeit, jemals von dieser Persönlichkeitsstörung geheilt zu werden, vermittelten. Die Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, die aus den Berichten sprach, waren erschütternd und führten mich zu der Frage, was in der Vergangenheit der Betroffenen vorgefallen sein musste, damit eine solche Störung entsteht. Zudem interessierte mich, ob die Situation der Betroffenen wirklich so ausweglos ist, wie sie in der Ausstellung vermittelt wurde, oder ob es nicht doch Chancen zur Heilung gibt.

Im vorliegenden Buch werde ich den genannten Fragen intensiver nachgehen. Hierbei stelle ich zunächst dar, welche Faktoren als Auslöser für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bekannt sind. Da sehr häufig traumatische Erlebnisse als ausschlaggebende Faktoren vermutet werden, möchte ich in diesem Abschnitt auch darauf eingehen, inwieweit auch noch andere Gegebenheiten für die Entstehung dieser Persönlichkeitsstörung ausschlaggebend sind. Außerdem werde ich der Frage nachgehen, ob wirklich keine oder kaum Heilungschancen bestehen, oder ob es auch Chancen gibt, von der Erkrankung zu genesen. Aufgrund meiner Berufstätigkeit als Sozialarbeiterin/-pädagogin gilt mein Interesse zudem der Frage, ob die Arbeit mit von der Störung Betroffenen nur ein Aufgabenfeld ist, das Psychologen und Ärzten vorbehalten ist, oder ob es hier auch Bereiche gibt, in denen Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen tätig werden können. Aus diesem Grund werde ich mich in dem vorliegenden Buch auch mit dieser Frage beschäftigen.

Zu Beginn des Buches wird zunächst eine Begriffsklärung erfolgen, die sowohl die Definition des Fachlexikons der sozialen Arbeit, die Geschichte des Begriffs „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ und die Merkmale der Störung nach der ICD-10 umfasst. Außerdem wird hier auf die Häufigkeit der Störung genauer eingegangen. Anschließend erfolgt die Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen der Erkrankung. Da sowohl genetische Faktoren als auch Umweltfaktoren ausschlaggebend sind, werden hier die unterschiedlichen Faktoren dargestellt werden. Danach werde ich auf Verlaufs- und Äußerungsformen der Erkrankung eingehen, wobei vor allem die im DSM-IV genannten Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung einen besonderen Stellenwert einnehmen werden. Nach diesem Teil des Buches erfolgt die Darstellung einiger Behandlungsmöglichkeiten der Störung, wobei zunächst einige Therapie- und Behandlungsmethoden vorgestellt werden und dann darauf eingegangen wird, welche Erfolge die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen erzielen kann. Neben einigen Zahlen aus Langzeitstudien werde ich am Beispiel der Recovery-Bewegung aufzeigen, wie wichtig auch das Vermitteln von Hoffnung ist.

Im weiteren Teil des Buches werde ich mich damit auseinandersetzen, in welchen Bereichen auch die Sozialarbeit in der Arbeit mit von der Störung Betroffenen tätig werden kann. Nach einer Definition der sozialen Arbeit und dem Vorstellen verschiedener Versorgungseinrichtungen werden verschiedene sozialarbeiterische Tätigkeitsfelder vorgestellt. Hierzu gehören unter anderem die Krankenhaussozialarbeit, die Öffentlichkeitsarbeit und die Angehörigenarbeit. Auch Grenzen der sozialen Arbeit werden in diesem Teil zur Sprache kommen. Zum Ende des Buches werden therapeutische Möglichkeiten dargestellt, in denen Sozialarbeiter mit Betroffenen arbeiten können.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass ich in der Arbeit aus Gründen der besseren Lesbarkeit meist die männliche Form gewählt habe. Ist also die Rede von „dem Betroffenen“ oder „dem Sozialarbeiter“, sind selbstverständlich auch weibliche Personen gemeint.

## **2. Begriffsklärung**

Im folgenden Abschnitt wird auf den Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung, den ich häufig mit BPS abkürzen werde, genauer eingegangen. Hier gebe ich zunächst wieder, wie das Fachlexikon der sozialen Arbeit die Störung definiert, danach wende ich mich der Geschichte des Begriffs zu. Anschließend werde ich die Ausführungen der ICD-10 zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung wiedergeben und einige Expertenschätzungen zur Häufigkeit der BPS in der Bevölkerung nennen.

### **2.1. Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem Fachlexikon der sozialen Arbeit**

Das Fachlexikon der sozialen Arbeit beinhaltet eine Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die einen guten Überblick über die Störung liefert. Hier wird ausgeführt, dass sich die Störung ursprünglich auf das Grenzgebiet zwischen Neurose und Psychose bezog. In der heutigen, vor allem psychoanalytisch geprägten Vorstellung der Borderline-Störung werden vor allem die Unsicherheit des eigenen Selbstbildes sowie die emotionale Instabilität mit launenhaften und wechselnden Stimmungen hervorgehoben. Borderline-Patienten tendieren stark dazu, Impulse in vielfältiger selbstschädigender Weise unreflektiert auszuagieren. Dies geschieht beispielsweise durch Selbstverletzungen und Suizidversuche, durch gestörtes Ess- und Sexualverhalten und durch Drogen- und Alkoholmissbrauch.

Weiter führt das Lexikon aus, dass die Psychoanalyse den zentralen Abwehrmechanismus in der sogenannten Spaltung sieht. Dieser dient dazu, durch das Einteilen der Selbst- und Objektrepräsentanzen in positiv bzw. negativ diese intrapsychisch voneinander getrennt zu halten. Als Ursache hierfür werden frühere Traumatisierungen vermutet, durch die das Kind keine Möglichkeit erhielt, ein überwiegend positives innerseelisches Bild von sich selbst und seinen wichtigen Bezugspersonen auszubilden. Empirische Untersuchungen stützen diese Hypothese, da eine große Anzahl von Borderline-Patienten in ihrer Biographie Trennungserlebnissen, traumatischen Erlebnissen und sexuellem Missbrauch ausgesetzt war. Da diese Traumatisierungen auf neurobiologischer Ebene offenbar Spuren hinterlassen, können sie als Folge eine Hypersensitivierung mit sich bringen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung galt lange Zeit als psychotherapeutisch schwierig zu behandeln, doch inzwischen hat sich, beispielsweise mit der Dialektisch-Behavioralen Verhaltenstherapie nach Linehan, ein wirksames, wenn auch aufwändiges Therapieverfahren etabliert. Auf diese Therapieform werde ich im Verlauf des Buches genauer eingehen. Eine

zusätzliche pharmakologische Behandlung ist, vor allem beim Vorliegen affektiver Störungen, häufig sinnvoll (vgl. Zimmermann 2007, S. 142 f.).

Diese Definition gibt einige sehr wichtige Aspekte wieder, dennoch fehlen hier wichtige Gesichtspunkte. So werden in der Definition beispielsweise vor allem Traumatisierungen als Ursache der Störung beschrieben. Bevor ich jedoch auf weitere Ursachen eingehen werde, befaße ich mich zunächst mit der Geschichte des Borderline-Begriffs, der Diagnose nach der ICD-10 und der Häufigkeit der BPS.

## **2.2. Geschichte des Begriffs**

Der Begriff Borderline bedeutet übersetzt Grenzlinie und wurde in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts als Sammelbegriff für Grenzfälle eingeführt, die zwischen den Kategorien Neurose und Psychose lagen. Dabei wurde festgestellt, dass es Patienten gab, die anhaltendere und tiefgreifendere Probleme als Neurotiker hatten, andererseits aber eine geringere Störung aufwiesen als Psychose kranke, wie beispielsweise an Schizophrenie erkrankte Menschen. So definierte sich die Borderlineerkrankung durch das, was sie nicht war, denn sie war mehr als eine Neurose und weniger als eine Psychose (vgl. Möhlenkamp 2004, S. 9). Als erster verwendete Adolph Stern den Begriff im Jahr 1938. Er nutzte ihn, um eine Patientengruppe zu beschreiben, die weder klassische Neurosen noch primäre Psychosen aufwies (vgl. Pfeifer/Bräumer 2004, S. 18). Stern arbeitete bestimmte Charakteristika der Borderline-Pathologie heraus. Hierzu gehörte beispielsweise die Tatsache, dass Borderline-Patienten ihren Therapeuten stark glorifizieren, solange er ihren Erwartungen entspricht, ihn jedoch schnell zum Feind deklarieren, wenn ihre Erwartungshaltung nicht mehr erfüllt wird.

Dass die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung jedoch zu einem eigenständigen Krankheitsbild wurde, ist vor allem Otto F. Kernberg zu verdanken, der zwischen 1967 und 1975 eine Theorie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation entwickelte. Hierbei war das wichtigste Kennzeichen eine spezifische Pathologie der Objektbeziehungen, bei der die Objekte in ganz gut und ganz böse aufgespaltet wurden. Außerdem betonte er eine Widersprüchlichkeit des Selbstbildes bis hin zur Identitätsdiffusion und sogenannte primitive Abwehrmechanismen wie vor allem die Spaltung, die Verleugnung und die Projektion.

Die von Kernberg entwickelte Konzeption der Borderline-Störung ging neben den von Gunderson und Singer entwickelten Kriterien in die Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein, als diese erstmals 1980 in das DSM-III (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) aufgenommen wurde. Elf Jahre später erhielt



die Borderline-Persönlichkeitsstörung auch Einzug in die ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation) (vgl. Rohde-Dachser 2003, S. 9 f.). In den gegenwärtigen Klassifikationen ist sie inzwischen eine der empirisch am besten belegtesten Persönlichkeitsstörungen geworden (vgl. Herpertz/Saß 2000, S. 123).

Seit den 1960er Jahren wurde der Borderline-Begriff immer wieder wichtigen Schwerpunktsverlagerungen unterzogen. Zunächst war von einer Persönlichkeitsorganisation die Rede, später sprach man von einem Borderline-Syndrom, nun wird die Bezeichnung Borderline-Störung verwendet (vgl. Gunderson 2005, S. 31).

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Krankheitsmodelle Neurose und Psychose brachte der ursprüngliche Ansatz eine Unvereinbarkeit mit sich. Durch das Erklären des Begriffs mit Stücken aus den Krankheitsbildern Neurose und Psychose war er zunächst beliebig einsetzbar, was zur Folge hatte, dass die Diagnose sehr häufig gestellt wurde.

Außerdem führten psychotherapeutische Haltungen und Techniken vielfach zu keinem Erfolg, so dass Borderline zu einem Synonym für komplikationsreiche Therapien wurde. Dies brachte mit sich, dass die Diagnose auf psychotherapeutisch orientierte Helfer abschreckend wirkte, da es diesen häufig nicht gelang, zwischen den betroffenen Menschen selbst und den Schwierigkeiten in der Therapie zu unterscheiden. So wurde „der Borderliner“ oft als Bedrohung empfunden und der Begriff Borderline zur Bezeichnung für problematische Patienten. Noch heute kommt es häufig vor, dass nach einer misslungenen Zusammenarbeit zwischen Helfer und Patient die Diagnose Borderline gestellt wird (vgl. Rahn 2003, S. 37). Außerdem ist es häufig nicht einfach, eine klare Diagnose zu stellen, da sich eine Borderline-Störung bei ein und derselben Person auf ganz unterschiedliche Weise äußern kann. Zudem weisen andere Persönlichkeitsstörungen zum Teil ähnliche Eigenschaften auf, beispielsweise die paranoide und schizotype, die narzisstische, die antisoziale und die abhängige Persönlichkeitsstörung (vgl. Pfeifer/Bräumer 2004, S. 28-30).

### **2.3. Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der ICD-10**

Um nun ein genaueres Bild der BPS darzustellen, gebe ich im Folgenden wieder, welche Merkmale in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeführt sind. Da in der Beschreibung des Borderline-Typs auf die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) und auf den

impulsiven Typ (F60.30 B) Bezug genommen wird, werde ich zunächst wiedergeben, welche Merkmale dort aufgeführt sind.

Das Kapitel F60 bezieht sich auf spezifische Persönlichkeitsstörungen und führt folgende diagnostische Kriterien auf:

„G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d. h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen);
2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion);
3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung;
4. Die Art des Umganges mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen.

G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).

G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.

G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.

G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0-F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.

G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden)“  
(Weltgesundheitsorganisation 2006, S. 220 f.).