

Borderline-Störung

A. Sendera, M. Sendera

- 2.1 Begriff – 9**
- 2.2 Kriterien der Borderline-Störung (BLS) – 9**
- 2.3 Komorbidität – 12**
 - 2.3.1 Langzeitverlauf – 12
 - 2.3.2 Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen – 12
- 2.4 Diagnose und Differenzialdiagnose – 13**
 - 2.4.1 Diagnosestellung – 14
 - 2.4.2 Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen – 15
- 2.5 Symptomatik und Problembereiche – 16**
 - 2.5.1 Emotionsregulation und kognitive Beeinträchtigung – 16
 - 2.5.2 Emotionsregulation (Affektregulation) – 16
 - 2.5.3 Dissoziative Symptome – 17
 - 2.5.4 Angst – 17
 - 2.5.5 Hochstress und kognitive Beeinträchtigung – 18
 - 2.5.6 Spannungszustände – 18
 - 2.5.7 Schmerzwahrnehmung – 19
 - 2.5.8 Zwischenmenschliche Beziehungen – 20
 - 2.5.9 Die andere Seite von Borderline – 22
- 2.6 Neurobiologie – 24**
 - 2.6.1 Mandelkern (Nucleus amygdalae) – 24
 - 2.6.2 Hippocampus – 25
 - 2.6.3 Präfrontaler Kortex – 26
 - 2.6.4 Hirnforschung – 26
 - 2.6.5 Genetik – 27

2.7	Psychoedukation – 28
2.8	Psychopharmakotherapie – 28
2.8.1	Antidepressiva – 29
2.8.2	Neuroleptika – 31
	Literatur – 31

2.1 Begriff

Der Begriff „Borderline“ hat seine Wurzeln in der Psychoanalyse und in der Psychopathologie. Er wurde in den 30er-Jahren von dem Psychoanalytiker Stern für ein Krankheitsbild geprägt, das Ärzte, Therapeuten und Wissenschaftler weder der Gruppe der Neurosen noch der Psychosen zuordnen konnten (Stern 1938).

Nach dem Verständnis der damaligen psychiatrischen Krankheitslehre wurden Geisteskrankheiten den Psychosen, entwicklungsbedingte Erkrankungen den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen den Psychopathien zugeordnet. In den 70er- und 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Borderline-Begriff als Sonderform der schizophrenen Psychose verstanden. Patienten in diesem Grenzbereich wurde ein Krankheitsbild zugeordnet, das bereits vor mehr als 100 Jahren unter dem Begriff „Hysterie“ beschrieben worden war. Ursprünglich wurden damit vor allem Störungen benannt, die durch emotionale Konflikte ausgelöst werden.

In der heutigen Zeit spiegelt Borderline das zunehmende Interesse der Menschen an einem Störungsbild, das angesichts seiner Komplexität und Schwierigkeit die Suche nach Erklärungsmodellen fordert. Der Begriff selbst wird zunehmend inflationär verwendet. Fehlendes Wissen und mangelnde Informationen über Ursachen, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten haben einen hohen Preis.

Der Trend, den Borderliner plakativ zu beschreiben, so genannte selbst- und fremdgefährdende Verhaltensmuster in den Vordergrund zu rücken und das Aufzeigen von chaotischen Beziehungen lässt Mythen, Vorurteile und Stigmatisierung erkennen.

Der Aufklärungsbedarf ist groß, denn zunehmend lassen Studien über die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) aufhorchen. So ist die Borderline-Störung in der allgemeinen Bevölkerung häufiger vertreten als bisher angenommen. Die Lebenszeit-Prävalenz beträgt, je nach Studie, 1,6 bis 5,9 %, wobei kein Unterschied bezüglich der Prävalenzrate zwischen Männern und Frauen festgestellt wurde (Grant et al. 2008).

Von den Betroffenen suchen 80 % psychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfe auf, davon stehen ca. 20 % in ambulanter und 15 % in stationärer Behandlung. Die Prävalenz kann im Alter abnehmen. Die Neigung zu Suizidversuchen ist sehr hoch und liegt bei 60 %, das Suizidrisiko bei 7 %.

Suizidversuche sind nicht immer als Impulsdurchbrüche zu sehen, Borderline-Patienten leben oftmals in einer Form der chronischen Suizidalität, die das Leben unerträglich macht.

■ Entwicklung der Borderline-Störung (BLS)

Der Beginn fällt meist in das junge Erwachsenenalter, in dem Phasen mit schwerer Instabilität, Kontrollverlust, Impulsdurchbrüchen und Suizidalität vorherrschen. Mit zunehmendem Alter wird ein Nachlassen der akuten Symptomatik beobachtet.

Borderline ist nicht heilbar, die biologisch bedingte Vulnerabilität bleibt bestehen, doch Intensität und Häufigkeit schwerer Phasen können abnehmen. Ab dem 30. bis 40. Lebensjahr nimmt die Stabilität zu, manche Patienten erfüllen die Borderline-Kriterien nicht mehr, vorausgesetzt es finden keine neuen Traumatisierungen statt.

2.2 Kriterien der Borderline-Störung (BLS)

Das Bemühen, die Borderline-Störung in Kriterien zu fassen, die sich auf wiederholt beobachtbare Interaktionsmuster beziehen, wird gegen Ende 1970 vorangetrieben. Das Klassifikationssystem – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statisti-

2 sches Handbuch Psychischer Störungen – DSM) wird von der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung in den USA herausgegeben. Der Inhalt des DSM wird von Experten festgelegt, um Diagnosen reproduzierbar und behandelbar zu gestalten.

1980 erfolgt die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung in das DSM-III. Eine Erweiterung erfolgt durch die deutsche Publikation und durch ein zusätzliches Item, die kurze, situativ bedingte paranoide oder dissoziative Symptomatik sowie die Hierarchisierung der diagnostischen Kriterien im DSM-IV (1994). Der jetzt gültige Kodex ist das DSM-5.

Die **Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“** kann anhand eines Kriterienkataloges von neun Kriterien gestellt werden, wobei für eine Diagnosestellung fünf Kriterien erforderlich sind.

DSM-5, diagnostische Kriterien

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. 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 potentiell 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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Der 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.

DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) ist die deutsche Ausgabe der 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der APA (American Psychiatric Association).

Als zugehörige Merkmale zur Diagnosesicherung beschreibt der DSM-5 die Verhaltensweise, sich genau dann selbst zu untergraben, wenn das Ziel nahe ist. Psychoseähnliche Symptome sind bei starker Belastung möglich.

Eine hohe Selbstmordwahrscheinlichkeit besteht bei komorbider Depression und/oder Substanzmissbrauch. Komorbidität mit Essstörungen, PTSD, ADHS und anderen Persönlichkeitsstörungen kommt häufig vor.

Die **ICD-10** übernimmt die phänomenologische, deskriptive Sichtweise des DSM und charakterisiert die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus und vom impulsiven Typus. Der ICD-10 beschreibt die Tendenz zu Impulsivität ohne Berücksichtigung der Folgen sowie eine Tendenz zu wechselhafter Stimmung. Beschrieben werden u. a. eine geringe Planungsfähigkeit, spontane Wutausbrüche sowie Gewaltbereitschaft. Es gibt zwei Erscheinungsformen, wobei in beiden Formen Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle auftreten.

Impulsiver Typus Bei diesem Typus dominieren emotionale Instabilität und ein Mangel an Impulskontrolle. Ausschluss: dissoziale Persönlichkeit.

Borderline-Typus Symptome sind v. a. emotionale Instabilität sowie Probleme mit dem Selbstbild. In den meisten Fällen leiden die Betroffenen an chronischer innerer Leere. Es finden sich intensive, aber unbeständige Beziehungen und emotionale Krisen, gekennzeichnet durch übertriebene Bemühungen, nicht verlassen zu werden, Selbstmorddrohungen oder selbstschädigendes Verhalten.

Die Vielfalt der Borderline-Symptomatik erschwert die Diagnosestellung, doch Untersuchungen mit der International Personality Disorder Examination (IPDE), ein strukturiertes Experteninterview, gilt für die Erfassung der Borderline-Störung als Instrument der Wahl, da es die Kriterien des DSM-IV und ICD-10 integriert (Loranger 1999).

Um eine genaue spezifische Diagnostik der Borderline-Störung zu gewährleisten, wurde eine Reihe von Instrumenten entwickelt. Wissenschaftlicher Standard ist das Diagnostische Interview für Borderline-Syndrome, DIB-R. Im DIB-R werden maximal zehn Punkte vergeben, ab acht Punkten spricht man vom Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Zur Erfassung des Schweregrades der Borderline-Störung wurde die Borderline Symptomliste, ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Quantifizierung der intrapsychischen Belastung von Borderline-Patienten, erstellt (Bohus 2002).

Weiters stehen das SKID-I zur Diagnostik der Komorbiditäten und eines eventuellen Ausschlusses von schizophrenen Störungen sowie das SKID-II zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen als diagnostisches Instrumentarium, wie es derzeit an eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapieforschung gestellt wird, zur Verfügung (Dulz et al. 1997).

Doch die Forschung steht nicht still. Weiterhin werden Subgruppen-Klassifizierungen und die Zuordnung der Borderline-Störung diskutiert. Fest steht, dass es ein breites Spektrum von Borderline-Störungen gibt, die genaue diagnostische Unterteilung ist noch nicht abgeschlossen. So weisen Daten darauf hin, dass zwischen 62 und 89 % der Borderline-Patientinnen traumatisiert sind und daher auch an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden können (Bohus 2000).

Von klinischer und therapeutischer Relevanz ist die Unterscheidung in Subgruppen, da Beziehungsgestaltung, Abbruchrisiko, Auswahl der Veränderungsstrategien und Verlaufsprognose davon abhängig gemacht werden können, ob Patientinnen der dependenten, ängstlich-unsicheren oder der narzisstischen Subgruppe angehören.

2.3 Komorbidität

Die hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen erfordert eine Erweiterung und Ergänzung der Therapie. Fünf Achsen werden zur Diagnosestellung herangezogen:

Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme: Zustandsstörungen und schwere mentale Fehlstörungen wie zum Beispiel Angststörungen, Schizophrenie, Essstörungen.

Achse II: Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-, schizoide, schizotypische oder paranoide, narzisstische, vermeidende, selbstunsichere, dependente, zwanghafte, antisoziale Persönlichkeitsstörung

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren wie körperliche Probleme, die bedeutsam für die psychische Erkrankung sein können.

Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Viele Patientinnen mit Borderline-Störung weisen zusätzliche psychiatrische Störungen auf. Sie beinhalten zum einen klinische Syndrome im Sinne von Achse-I-Störungen nach DSM-III bis IV sowie eine Kombination mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

Im Vordergrund stehen

- depressive Erkrankungen,
- Angststörungen,
- dissoziative Störungen,
- Schlafstörungen,
- Störung des Essverhaltens,
- posttraumatische Belastungsstörung,
- Substanzmissbrauch,
- somatoforme Störungen.

2.3.1 Langzeitverlauf

Im Langzeitverlauf konnte nachgewiesen werden, dass sich mit einer Rückbildung der Borderline-Störung in den meisten Fällen, mit Ausnahme der dysthymen Störungen, die komorbide Symptomatik der Achse-I-Störungen zurückbildet (Zanarini et al. 1998).

Pope et al. (1983) erforschten komorbide Diagnosen („major depression“) bei Borderline-Patienten und deren Einfluss auf Therapieergebnisse.

Borderline-Patienten mit Depression zeigten im Verlauf ein besseres Funktionsniveau, das soziale Funktionsniveau und die Abwesenheit von Symptomen betreffend. Die Annahme ist, dass diese Patienten besser auf die pharmakologische Behandlung angesprochen hätten.

Zanarini et al. (1990) stellten fest, dass sich verschiedene Bereiche der Borderline-Pathologie unterschiedlich rasch verändern. Affektive Symptome sind die stabilsten, kognitive und interpersonelle Symptome können schneller und impulsive Symptome am raschesten veränderbar sein.

2.3.2 Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen

Häufig besteht Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Die Persönlichkeitsstörungen sind nach DSM-5 (Falkai et al. 2015) in drei Cluster geordnet.

- Cluster A:
 - Schizoide Persönlichkeitsstörung
 - Schizotype Persönlichkeitsstörung
 - Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Cluster B:
 - Narzisstische Persönlichkeitsstörung
 - Antisoziale Persönlichkeitsstörung
 - Histrionische Persönlichkeitsstörung
 - Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Cluster C:
 - Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
 - Dependente Persönlichkeitsstörung
 - Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen erfassen Veränderungen, die Symptome aus mehreren Clustern enthalten oder in diesen nicht aufgeführt sind. Eine **Persönlichkeitsstörung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors** bezeichnet überdauernde Veränderung einer Persönlichkeit nach somatischen Erkrankungen, zum Beispiel Frontalhirn-schäden.

Die Erfassung der körperlichen Symptomatik (somatische Anamnese) darf bei der Erfassung von Komorbiditäten – trotz der erheblichen psychischen Symptomatik – nicht außer Acht gelassen werden. Auf dieser Ebene finden wir auch altersbedingte Symptome und Beschwerden.

2.4 Diagnose und Differenzialdiagnose

Identitätskrisen- und unsicherheit im Jugendalter, die nicht das Ausmaß einer psychischen Störung erreichen, werden von der BLS-Diagnose abgegrenzt.

Die klassifikatorische Diagnostik der Borderline-Störung ist im klinischen Alltag oftmals nicht zufriedenstellend gelöst. Vor allem die klare Grenzziehung zu Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises erweist sich als schwierig. Noch immer werden Pseudohalluzinationen und dissoziative Symptome als psychotisch diagnostiziert und borderlineähnliche Symptome während einer schweren depressiven Episode der Borderline-Störung zugeordnet.

Differenzialdiagnostisch muss die Borderline-Störung von anderen psychischen Störungen, wie Psychosen, Angst- und depressiver Störung, PTSD, Essstörung, ADHS und Substanzkonsum abgegrenzt werden.

Es ist wichtig, zwischen Halluzinationen und Pseudohalluzinationen zu unterscheiden. Halluzinationen sind Erscheinungen, die ausschließlich vom Patienten selbst wahrgenommen werden, unkorrigierbar sind und vom Patienten als real eingestuft werden, in der Realität aber nicht existieren. Die ich-syntone (zu mir gehörige-das bin ich-stimmige) halluzinatorische Symptomatik wird bei Borderline-Störung unter Hochstress ausgelöst, kann von Minuten bis zu einigen Tagen dauern und geht bei Stressreduktion (Spannungsabfall) zurück.

Bei den meist akustischen oder optischen Pseudohalluzinationen ist sich der Betroffene der Irrationalität seiner Wahrnehmung bewusst. Es handelt sich nicht um echte Wahrnehmungsstörungen, sie haben keine vollständige sensorische Qualität.

So berichten Patienten, dass sie bestimmte Personen oder Dinge sehen, diese als real wahrnehmen, aber gleichzeitig wissen, dass das nicht stimmen kann (einige der Patientenaussagen sollen auf Wunsch der Betroffenen anonym bleiben, deshalb Bezeichnungen mit Buchstaben des Alphabets):

- » Ich sehe meine Mutter in der Küche und höre wie sie mich beschimpft – ich weiß, dass sie nicht hier sein kann, ich glaube ich bin verrückt (A.).

Der Betroffene merkt selbst, dass die Erscheinung und die Stimme keine echten Wahrnehmungen sind. Argwohn, magisches und paranoides Denken findet sich bei fast allen diagnostizierten Borderline-Patienten. Eine besonders hohe Suizidrate findet sich bei Borderline-Patienten mit komorbider depressiver Störung und Substanzkonsum.

2.4.1 Diagnosestellung

Für eine sorgfältige Diagnosestellung sind außer den Kriterien der Borderline-Störung die Erfassung der psychischen und körperlichen Komorbiditäten (Essstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, andere Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, PTSD mit dissoziativer Symptomatik, Schlafstörungen usw.) sowie die Erfassung des Schweregrades der Störung von Bedeutung. Wie erwähnt, weisen viele Patienten mit einer Borderline-Störung zusätzliche psychiatrische Störungen auf.

Die sorgfältige Differenzialdiagnose ist vor allem für die Entscheidung, welche psychotherapeutischen Verfahren für die Patienten indiziert sein könnten, von Bedeutung. Ein individueller Therapieplan kann nur nach einer sorgfältig durchgeführten psychodiagnostischen, neurologischen und allgemeinmedizinischen Untersuchung sowie aufgrund der aktuellen Symptomatik erstellt werden.

Borderline-Patientinnen suchen häufig primär wegen Panikattacken, depressiven Episoden oder somatoformen Schmerzstörungen therapeutische Hilfe. In diesen Fällen verführt die scheinbare Kompetenz der situationsbedingten augenblicklichen Problematik dazu, dass bei der Diagnosestellung die Borderline-Störung nicht erkannt wird.

Oft wird aufgrund der vordergründigen Symptomatik wie Angst und Panik diesem Krankheitsbild der diagnostische Vorrang eingeräumt. Therapiemaßnahmen wie zum Beispiel Expositionen ohne ausreichende Stabilisierung, die bei diesen Störungsbildern durchaus sinnvoll und hilfreich sind, können bei Borderline-Patientinnen zu einem Aufflammen der Borderline-Symptomatik und zur Dekompensation führen. Das kann zum Beispiel bei Patientinnen mit Missbrauchserfahrungen ein bei Panikattacken durchaus hilfreiches Atem- und Entspannungstraining sein.

- Gerade die typischen verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen bei Agoraphobie und Zwangsstörungen (Exposition, „flooding“) können zu heftigen Emotionen führen, die ein Patient mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation nicht mehr regulieren kann (Trautmann-Sponsel und Gleich 2001).

Doch auch für jene Borderline-Patientinnen, die wegen akuter Krisen im privaten oder beruflichen Umfeld, aber auch wegen Selbstverletzungen und Suizidgedanken zur Behandlung in

psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen kommen, ist eine sorgfältige Diagnosestellung erforderlich. Borderline-Patientinnen brauchen ein klares Setting.

Die komplexe und vielfältige Symptomatik erfordert eine Therapie, in der die medikamentöse Therapie, das innerpsychische Erleben und die aktuellen sozialen und zwischenmenschlichen Problembereiche ihren Platz haben müssen. Wird das nicht beachtet, verschlechtert sich in der Regel die Problematik und es kommt zur Chronifizierung.

Für viele Borderline-Patientinnen ist das der Beginn einer immer tiefer in das Problemverhalten führenden Spirale, wo Krisen einander ablösen, dysfunktionale Verhaltensweisen, die zur Symptomerleichterung eingesetzt werden, einander verstärken und Suizidversuche, aber auch Suizid der letzte Ausweg sind.

In den dargestellten Klassifikationssystemen findet sich die Auflistung von Symptomen, die eine Patientin mit folgenden Worten beschreibt und auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

Beispiel

Meine Freunde will ich immer ganz für mich haben, so ganz toll und eng. Doch dann ist von einer Sekunde auf die andere alles anders. Ich merke, dass ich wieder nur Dreck bin. Ich versuche alles zu tun, damit es nicht so ist, und dass ich nicht verlassen werde. Ich kann und will nicht allein sein, das überlebe ich nicht. Ich bin hilflos und fühle mich unsicher, das macht mich total wütend. Dann kommen dieser namenlose Schmerz und die Leere in mir drinnen. Dann will ich nur noch sterben (B.).

2.4.2 Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen

Symptome und Auffälligkeiten im Verhalten und im inneren Erleben können bereits in der Kindheit und im Jugendalter beginnen und manifestieren sich dann in ausgeprägter und typischer Form im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund des Entwicklungsaspektes wird eine psychiatrische Diagnose vor Abschluss der Pubertät und Eintritt in das Jugendalter, das heißt vor dem 16. bis 17. Lebensjahr nur dann gestellt, wenn die geforderte Mindestzahl der Kriterien für die jeweilige Störung erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten. Die jeweiligen Zustandsbilder dürfen nicht auf andere psychiatrische Störungen zurückzuführen und nicht die Folge einer organischen Schädigung oder Erkrankung sein (Trautmann-Sponsel und Gleich 2001).

Die Diagnose einer Borderline-Störung im Jugendalter kann dann gestellt werden, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien überdauernd zutreffen

- mangelhafte oder fehlende Impulskontrolle,
- Affektinstabilität,
- unzureichende Handlungsplanung,
- Neigung zu aggressivem oder streitsüchtigem Verhalten,
- Wutausbrüche, insbesondere wenn impulsives Verhalten behindert oder kritisiert wird.

Zusätzlich muss ein weiteres Kriterium erfüllt werden

- Unsicherheit über das eigene Selbstbild und die Identität (einschließlich der sexuellen),
- intensives, unbeständiges (in heterosexuellen Beziehungen häufig promiskuitives) Beziehungsverhalten, das nicht selten Auslöser emotionaler Krisen ist,
- parasuizidale oder selbstverletzende Handlungen.

- **Jugendliche mit einer Borderline-Störung haben ein sehr hohes Selbstmordrisiko. Selbstmordandeutungen müssen stets ernst genommen werden. Bei Anzeichen für eine Borderline-Störung sollte auf jeden Fall professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden.**

2.5 Symptomatik und Problembereiche

2.5.1 Emotionsregulation und kognitive Beeinträchtigung

In der Beschreibung basiert die bizarre Welt der Borderline-Patienten im Wesentlichen auf einer gestörten Affektregulation und Selbstwahrnehmung, einer Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung, begleitet von extrem starken fehlgeleiteten (dysfunktionalen) Informations- und Verarbeitungsmustern – affektiven und kognitiven Schemata (► Kap. 6) sowie selbstschädigenden Verhaltensweisen.

2.5.2 Emotionsregulation (Affektregulation)

Das zentrale Problem ist die Störung der Affektregulation. Eine für die Störung typische, extrem niedrige Reizschwelle führt zur Auslösung von Emotionen, die sich auf sehr hohem Erregungsniveau halten und nur langsam abklingen.

Autoren wie Cowdry et al. (1991) und Coid (1993) zeigen in ihren Arbeiten eine erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, eine verstärkte emotionale Auslenkung und eine verzögerte Rückkehr auf das emotionale Ausgangsniveau auf. Die Grundlagenforschung widmet sich derzeit psychophysiologischen, kognitiven und neurobiologischen Aspekten der Affektregulation bei Borderline-Patienten.

- **Die unterschiedlichen Emotionen werden von den Betroffenen nicht differenziert wahrgenommen und verursachen aversive Spannungszustände. Dazu kommt die Schwierigkeit Gefühle zu steuern, die mangelnde Impulskontrolle und eine enorme Angst vor Gefühlen.**

Borderline-Patienten reagieren meist impulsiv und wesentlich heftiger als andere Menschen in ähnlichen Situationen. Es scheint, dass Borderline-Patienten ganz ihre Gefühle sind. Wie im Buch *Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung* (Senders und Senders 2012) ausführlich dargestellt wird, gibt es hier gezielte Hilfestellungen. So erfahren Borderline-Patienten, dass Gefühle differenziert wahrgenommen, beschrieben und zugeordnet werden können. Die daraus resultierenden Handlungen unterliegen der freien Entscheidung, auf diese Weise entsteht das Gefühl der Kontrolle und der emotionalen Stabilität.

Patienten selbst beschreiben diesen Zustand als extrem belastend, verbunden mit einer durchgängig hohen Anspannung. Man vermutet heute, dass chronischer Stress dabei eine entscheidende Rolle spielt, so finden sich in der Lebensgeschichte vieler Borderline-Patienten auffallende Zusammenhänge mit traumatischen Erfahrungen. Wie schon erwähnt, leiden viele Borderline-Patienten gleichzeitig unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (Traumafolgestörung).

2.5.3 Dissoziative Symptome

- **Dissoziative Symptome lassen sich zumeist von traumatischen Erfahrungen und Erlebnissen herleiten und werden durch intrapsychischen Stress ausgelöst.**

Unter extrem hoher Anspannung wird das Flucht- und Kampfpotential des Körpers bis hin zum Totstellreflex („freezing“) aktiviert. Es entsteht ein Zustand von Emotionsüberflutung und ein Gefühlswirrwarr, verbunden mit Körperwahrnehmungsstörungen, Wahrnehmungsverzerrungen, Hyperästhesie (Schmerzüberempfindlichkeit) oder Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit), Veränderung der Sinneswahrnehmung und somatoformen Veränderungen.

Das psychische und körperliche Erleben im Hier und Jetzt löst sich auf. Das Dissoziationspotential des Körpers wird ausgeschöpft, sensibilisiert und konditioniert. Selbstauflösung, Sprachlosigkeit und Kommunikationsschwierigkeiten, das Gefühl der Leere und Realitätsverlust lassen das Leben so wie es ist für viele Borderline-Patienten als nicht lebbar erscheinen.

2.5.4 Angst

Der eigene Körper wird als fremd empfunden, Geräusche werden nur mehr entfernt wahrgenommen, optische Konturen lösen sich auf. Die Angst steigert sich zur Panik und verstärkt das Gefühl der Unwirklichkeit, der Fremdheit und der Bedrohung, begleitet von überdimensionalen Gefühlen, die plötzlich da sind, unerträglich sind und nicht abklingen wollen.

Selbstverletzungen und die Vorstellung von Suizid helfen, um aus dieser Situation herauszukommen. Handlungen werden oft als fremd (ich-dyston) erlebt – „Das passiert nicht mir“ – bis hin zu einem Nicht-erinnern-Können (Amnesie) gesetzter Handlungen, da diese nicht im Kurzzeitgedächtnis gespeichert werden.

Ungeschulte Beobachter können oft von außen keine sichtbaren Veränderungen wahrnehmen, für die Betroffenen selbst bedeutet das einen Kontrollverlust, der das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit entstehen lässt.

Es kann aber auch Wut zur Überlebensstrategie werden, um unerträgliche Gefühle oder ein Trauma (im Sinne von Wiedererinnern, Flashback) nicht nochmals durchleben zu müssen. Bei zwischenmenschlichen Konflikten stehen vor allem Wut, Selbsthass und dysfunktionale Bewältigungsstrategien im Vordergrund. Diese Strategien stehen in einem engen Zusammenhang mit der für die Borderline-Störung zentralen Emotion – dem Schamgefühl.

- **Scham ist laut Linehan Primärgefühl und Auslöser für das sekundäre Gefühl Wut, da dieses meist leichter auszuhalten ist.**

Scham- und Schuldgefühle stehen wieder in einem engen Zusammenhang mit dem Selbstwert und der Selbstabwertung (► Kap. 5, Selbstwert und Beziehungen) und werden zum Motor für inneres Chaos, chronische Suizidalität und zwischenmenschliche Probleme. Scham- und Schuldgefühle lassen die Welt und die anderen Menschen als richtig handelnd erscheinen, der Patient selbst entwickelt dadurch die Grundannahme: „Ich bin nicht in Ordnung“ (► Kap. 6).



■ Abb. 2.1 Die Feuerwehr übt **nicht**, wenn's brennt!

2.5.5 Hochstress und kognitive Beeinträchtigung

Die mit Hochstress in Zusammenhang stehenden Symptome beeinträchtigen die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu machen, denn Realität kann oft nicht situationsadäquat wahrgenommen werden. Dissoziative Phänomene, Scham- und Schuldgefühle erschweren die Gesprächsführung bzw. machen sie in diesem Augenblick unmöglich.

Neurobiologische Studien haben ergeben, dass unter Hochstress die Lernfähigkeit deutlich herabgesetzt ist, sodass in diesen Situationen kein neues Verhalten gelernt oder eingeübt werden kann. Linehan verwendet im Skills-Training dafür die Metapher der Feuerwehr, die auch nur dann übt, wenn es **nicht** brennt (■ Abb. 2.1).

Bei der Beziehungsgestaltung muss daher sowohl der Hochstresssymptomatik als auch der Selbstverletzung Beachtung geschenkt werden, denn die Motivation, sich selbst zu verletzen, ist auch unter dem Aspekt des Kontrollverlustes zu sehen. Wie schon beschrieben, unterbricht sie einerseits unerträgliche Spannungszustände, andererseits unterliegt sie auch einer mystisch-magischen Vorstellung von Selbstbestrafung und Kontrolle.

Viele Betroffene haben Erfahrungen mit Ohnmacht und Kontrollverlust gemacht. Der daraus resultierende niedrige Selbstwert, die leichte Kränkbarkeit, der Selbsthass und die Selbstverachtung lassen wenig Handlungsspielraum. Durch Selbstverletzung kann möglicherweise der Kontrollverlust unterbrochen werden. In der Therapie sollten jedoch andere Möglichkeiten erarbeitet werden, das gleiche Ziel zu erreichen.

Das für jede Beziehung notwendige Vertrauen muss in vielen Fällen erst aufgebaut werden. Der achtsame Umgang mit sich selbst sowie den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen gegenüber ist sicher ein Weg für ein positives Gelingen.

2.5.6 Spannungszustände

- Wir können davon ausgehen, dass keinem anderen Störungsbild das klinische Leitsymptom der intensiven äußerst unangenehmen Anspannung (Spannung) zugeordnet werden kann.

Betroffene setzen unterschiedliche – oft selbstschädigende – Maßnahmen ein, um die Anspannung zu beenden und unangenehme Gefühle zu verbessern. Sie berichten von sportlicher Betätigung (Schwimmen und Laufen bis zum Umfallen), Hochrisikoverhalten (Autorasen, gefährliche Balanceübungen ...), bis hin zu Essstörungen (Hungerphasen, Essanfälle, Ess- und Brechsucht) und Selbstverletzungen.

2.5.7 Schmerzwahrnehmung

Forschungsberichte zeigen, dass Borderline-Patienten Schmerzen in der Regel weniger intensiv wahrnehmen als gesunde Personen. Sie fügen sich unter Hochstress selbst Verletzungen zu und berichten dabei von reduzierter Schmerzwahrnehmung. Im Zustand hoher Anspannung kann sich die Schmerzempfindlichkeit bis hin zu völliger Schmerzlosigkeit reduzieren. Selbstverletzendes Verhalten dient bei einem Teil der Patienten dazu, den unangenehmen Zustand der Anspannung und die Unfähigkeit der Schmerzwahrnehmung zu beenden, sich selbst wieder zu spüren.

- » ... und dann schneide ich mich, tief, sehr tief und wenn der Schmerz endlich kommt, wird es wieder erträglich, ich spüre mich wieder ... (C.)

Betroffene berichten, dass sie sich oft schon im Volksschulalter selbst verletzt haben. Im Laufe der Zeit gewöhnt sich der Körper an den Schneideeffekt, es muss immer tiefer geschnitten werden, um die Spannungsreduktion zu erreichen. Zu erwähnen ist, dass die Selbstverletzung nicht immer Verlust der Impulskontrolle ist, Patienten nehmen sich oft Zeit für die genaue Vorbereitung.

- » ... Es ist wie ein Ritual, ich richte mir alles her: Klopapier, das Messer, Verbandzeug, Desinfektionsmittel und dann schneide ich mich, tief, sehr tief ... ich sehe das Blut fließen und beruhige mich ... (D.)

Forschungsergebnisse zeigen, dass bei Borderline-Patienten die Entstehung von Schmerzempfindung im Gehirn aktiv unterdrückt wird. Nicht nur während der oft tranceartigen Zustände, in denen Selbstverletzungen ausgeführt werden, ist die Schmerzempfindlichkeit dieser Patienten reduziert, auch experimentelle Schmerzreize, beispielsweise von Forschern applizierte Hitze- oder Druckreize, erzielen eine vergleichsweise geringe Wirkung.

Anspannung auf der einen und dissoziative Zustände auf der anderen Seite konnten nachgewiesen werden. Je stärker diese – für das Borderline-Syndrom typischen – Zustände ausgeprägt waren, desto unempfindlicher waren die Patienten gegenüber den Schmerzreizen.

Es konnte festgestellt werden, dass der Bereich der kognitiven Bewertung im Frontalhirn nach einem Schmerzreiz eine erhöhte Aktivität aufweist, während in zwei anderen Hirnregionen, nämlich dem vorderen Cingulum und der Amygdala, die Aktivität zurückgeht. Von diesem Hirnzentrum aus wird offenbar die emotionale Bewertung der Schmerzen unterdrückt.

Das Forscherteam Schmahl et al. (2004) untersuchten die Schmerzleitung und die schmerzverarbeitenden Nervenzellen im Gehirn. Ihre Studie bestätigte die vermutete reduzierte Schmerzwahrnehmung, konnte jedoch eine generelle Beeinträchtigung der sensorisch-diskriminativen Schmerzverarbeitung erstmals vollständig ausschließen.

Die beiden Forscher beschreiben einen völlig neuartigen, aktiven neurobiologischen Mechanismus der Schmerzunterdrückung, ein Ansatz, der sowohl für das Verständnis der Borderline-Störung als auch für die Therapie des chronischen Schmerzsyndroms von Bedeutung ist.

2.5.8 Zwischenmenschliche Beziehungen

Bei den Kriterien zur Erfassung der Borderline-Störung im DSM-5 steht an erster Stelle das verzweifelte Bemühen, ein tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Allgemein kann gesagt werden, dass wir auf der einen Seite schwierige Beziehungsmuster mit häufig wiederkehrenden Trennungs- und Wiederannäherungs-Prozessen, begleitet von einer ausgeprägten Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden, finden. Auf der anderen Seite zeigen Langzeitverläufe, dass viele Borderline-Beziehungen selten ganz aufgelöst werden, lange bestehen, jedoch sehr turbulent sind.

Zu den so genannten typischen destruktiven (zerstörerischen) Beziehungsmustern zählen Idealisierung und Entwertung, Spaltung, Projektion und projektive Identifizierung, die in der psychoanalytischen Literatur ausführlich beschrieben werden (Kernberg 1998). Ferner finden sich in der Literatur detaillierte, oft stigmatisierende, Beschreibungen über die Unberechenbarkeit, Aggressivität, das Misstrauen, die Depressivität und das manipulative Verhalten von Borderline-Patienten.

Doch neben den etikettierenden Beschreibungen der Borderline-Beziehungsmuster finden wir auch viele ermutigende und positive Eigenschaften. Seine Fähigkeit zu Leidenschaft, seine Offenheit, sein ausgeprägter Gerechtigkeitssinn und sein gutes Gespür für zwischenmenschliche und emotionale Prozesse machen den Borderline-Menschen zu einem Partner, der facettenreich ist und den man nicht missen möchte.

➤ **Borderline-Menschen sind wie Seismographen für die Gefühle und Bedürfnisse anderer.**

Die Forscher Kuhl und Kazén (Kuhl und Kazén 1997) konnten die Spontaneität als positive Ressource der Borderline-Menschen erfassen und benennen. Wichtig ist es daher, nicht zu stigmatisieren und die Eigenschaften hervorzuheben, die zwischenmenschliche Beziehungen erschweren, sondern die Destruktivität und Unkontrollierbarkeit negativer Tendenzen zu erkennen und zu durchbrechen.

So kann es sein, dass überlebensnotwendige destruktive Strategien in bestimmten Situationen geholfen haben. Der weitreichende Mangel an Akzeptanz von Geborgenheits- und Anerkennungsbedürfnissen und/oder auch Missbrauchserfahrungen haben zu einem verminderten Selbstwertgefühl und verminderter Selbstakzeptanz geführt. Das schließt eine Störung der Beziehung zu sich selbst und zu anderen mit ein. Wie in ► Kap. 6 (Schemata) näher erklärt wird, finden sich häufig Selbstüberzeugungen wie:

- „Ich bin nichts wert“.
- „Allein bin ich schwach und hilflos. Andere Menschen sind gefährlich und wollen mich verletzen“.
- „Ich muss mich anpassen und verstellen, um geliebt zu werden. Wenn jemand erfährt, wie ich wirklich bin, wird er mich sofort verlassen“.

Diese Überzeugungen, die früheren Erfahrungen entsprechen können, stimmen meist mit der gegenwärtigen Realität nicht mehr überein. Dennoch wird unbewusst so gehandelt, als hätten sie auch noch in der Gegenwart Gültigkeit.

Die Angst vor dem Alleinsein und die Überzeugung „allein bin ich nicht überlebensfähig“ ist der Motor bei der Suche nach dem verständnisvollen Partner, der Stabilität gibt und die innere Leere füllt, einem Partner, der immer da ist, einen umsorgt und einen immer so liebt, wie man ist.

So kann es sein, dass Menschen mit einer Borderline-Störung dem Partner zuliebe alles mit sich geschehen lassen, um ein Verlassenwerden zu verhindern. Es kann aber auch sein, dass nur die totale Kontrolle über den Partner – bis hin zur Suiziddrohung – Sicherheit gibt. Allein die Abwesenheit von wichtigen Bezugspersonen, die häufig als Verlassenwerden interpretiert wird, aktiviert unerträgliche Spannungszustände.

» Enttäuschung

Es war einmal, ich dachte, echt.
Es war einmal, ich dachte, schön,
es war einmal, doch ich weiß nicht recht,
kann Echtes denn so schnell vergeh'n?

Du hast geschworen, versprochen,
mir alles gesagt,
was Glück und Vertrauen schafft.
Zu kurz war die Zeit,
die Versprechen gebrochen,
am Ende die Nacht.

Was bleibt, ist Enttäuschung, Trauer und Wut
keine Zeit heilt die Wunden,
unzählige Stunden,
einsam, verraten und ohne Mut.

(Sendera 2013)

- **Die Entweder-oder-Haltung, d. h. die borderlinetypische Kompromisslosigkeit, die zu Schwierigkeiten im sozialen Bereich, in zwischenmenschlichen Beziehungen, Schule, Beruf und Leistungsfähigkeit führt, ist oft der einzig mögliche Kompensationsversuch, um die innere Spannung zu verhindern.**

Die aktive Demonstration von Hilflosigkeit und Leid, die aktive Passivität resultiert aus der Vorstellung: „Wenn mein Gegenüber erkennt, wie schlecht es mir geht, hat es auch die Macht, mein Befinden zu verbessern“.

Die Beziehungsgestaltung wird sowohl von Betroffenen als auch von Bezugspersonen als Achterbahn der Gefühle erlebt. Das Gefühl, nicht verstanden zu werden auf der einen Seite und das Gefühl, nicht verstehen zu können auf der anderen, bringt beide Seiten an die Grenzen der Belastbarkeit.

Dabei kommt es zu Problemen mit Nähe- und Distanzregulation. So dominiert auf der einen Seite der Wunsch nach Nähe und Verschmelzung und gleichzeitig wird die Angst, verletzt und ausgelöscht zu werden, aktiviert. Erschwert wird die Situation durch eine mangelnde Wahrnehmung der eigenen Emotionen, fallweise durch eine Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls sowie einen kurzzeitigen Kontroll- und Realitätsverlust, verbunden mit Depersonalisations- und Derealisationserleben.

Borderline-Patientinnen trauen der eigenen Gefühlswahrnehmung nicht, sie haben gelernt, diese entweder als falsch zu interpretieren oder zu unterdrücken. Wichtige Bezugspersonen

reagieren auf dieses Verhalten oft intolerant. Sie vermitteln den Betroffenen, dass Gefühle und Reaktionen nicht stimmig, das heißt falsch, seien. Negative Gefühlsäußerungen werden als Überreaktion, Überempfindlichkeit und als verzerrte Sichtweise bezeichnet oder auf eine mangelnde positive Einstellung zurückgeführt.

Viele Patienten haben wiederholte traumatische Beziehungserfahrungen, in denen sie als Kind physischen und emotionalen Misshandlungen ausgesetzt waren, vernachlässigt wurden, nicht geschützt wurden, ständig wechselnde Bezugspersonen hatten oder Zeugen von Gewalt und Missbrauch wurden.

In der Folge versuchen sie, weitere Verletzungen und Traumatisierungen zu verhindern. Zu diesen Schutzmechanismen zählen magische Rituale, Zwänge, psychosomatische Symptome, depressive Verstimmung, pathologische Regression und, wie schon erwähnt, Selbstverletzung und Kontrollversuche (Voitsmeier 2001).

2.5.9 Die andere Seite von Borderline

Wir schreiben im Titel dieses Buches bewusst „Die andere Art zu fühlen“, da wir von der Pathologie der Borderline-Gefühlswelt wegkommen möchten.

Vulnerabilität		
Borderline ist nicht nur eine psychische Störung, sondern dahinter verbergen sich Menschen, die mit ihrer emotionalen Verletzlichkeit jeden Tag leben und in Beziehungen stehen.		

Es gibt Borderline- und/oder traumatisierte Menschen, die im sozialen Leben voll integriert sind und im Gegensatz zu dem bekannten Borderline-Bild nicht auffallen. Borderline-Betroffener zu sein bedeutet auch, eine enorme Sensitivität, eine besondere Emotionalität, sowie ein großes Einfühlungsvermögen zu haben und Menschen gegenüber absolut loyal zu sein, die es geschafft haben, ihr Vertrauen zu gewinnen.

Die besondere Kreativität und Sprachgewandtheit gehören bei ihnen genauso dazu wie ein facettenreiches Persönlichkeitsbild, sie sind häufig sehr charmant, sehr phantasievoll, hilfsbereit, flexibel und oftmals überdurchschnittlich intelligent. Sie erkennen den Kern einer Sache sofort und erfassen Situationen intuitiv, sie geben nicht auf und haben einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn.

Die Österreichische Gesellschaft für Dialektisch-Behaviorale Therapie und Skills-Training (ÖDBT) hat als Logo einen Kaktus mit einer wunderschönen Blüte gewählt (■ Abb. 2.2).

Charakteristik		
Der Kaktus symbolisiert das charakteristische Verhalten von Abwehrbereitschaft und Angst, durch andere verletzt und enttäuscht zu werden, die Blüte die Sehnsucht nach Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Liebe, aber auch die Anziehungskraft, die Borderline-Menschen oft auf andere ausüben.		

■ Abb. 2.2 Kaktus



Der Kaktus

Sie lernen einen wunderschönen, blühenden „Kaktus“ kennen. Seine strahlende Schönheit und Einzigartigkeit ziehen Sie stärker an, als Sie es jemals für möglich gehalten hätten, er scheint Sie schier zu blenden und Sie wollen ihn kennen lernen, Sie wollen ihm nahe sein. Je näher Sie ihm kommen, desto größer scheint die Glückseligkeit zu werden, in der Sie schweben, desto berausender ist das Gefühl, in gemeinsamer Umarmung scheinbar in den siebenten Himmel hinauf zu fliegen.

Doch dann passiert, was Sie niemals für möglich gehalten hätten: in Ihrem Glück haben Sie übersehen, dass dieser Kaktus gefährlich spitze Stacheln hat, die sich nun tief in Ihr Fleisch bohren. Erschrocken lassen Sie den Kaktus jäh los, verwirrt, wütend und traurig. Was war passiert? Haben Sie etwas falsch gemacht? Waren Sie zu nahe, haben Sie den Kaktus zu fest gedrückt? So wie Sie gemeinsam in das höchste Glück hinauf gestiegen sind, so fallen Sie nun beide getrennt voneinander hinunter auf den harten, kalten Boden. Sie sehen, dass Sie bluten und können nicht verstehen, wie Ihnen der schöne Kaktus das antun konnte. Sie wenden sich ab, möchten ihn zurücklassen (wie er Sie im Stich gelassen hat). Doch nach einer Weile blicken Sie noch einmal zurück und sehen ihn. Diesen wunderschönen, blühenden Kaktus, der wie Sie zu Boden gefallen und verletzt ist, verstört wahrscheinlich noch als Sie selbst. Er kann nicht begreifen, warum er das getan hat, fühlt sich schuldig und gleichzeitig selbst verdammt. Er hat Angst verlassen zu werden, will vor dem Chaos in seinem Inneren fliehen, einfach nur noch sterben.

Während Sie zurücksehen, beginnen sich Ihre Wunden bereits zu schließen, der Schmerz verblasst zu einer Erinnerung, diese zu einem Nichts. Sie sehen nur noch diesen hilfsbedürftigen, bezaubernden blühenden Kaktus, strahlend wie die Sonne, welche uns die Sterne nicht sehen lässt und verspüren den Wunsch, ihm nahe zu sein, ihn in den Arm zu nehmen und ... die Geschichte wiederholt sich. Mag sein, dass es beim nächsten Mal bereits länger dauert, bevor sie zurück sehen und wieder auf den herrlichen Kaktus zugehen. Sie haben Angst, wieder und wieder verletzt zu werden, glauben,

nun aus Erfahrung klug geworden zu sein – schließlich müssen Sie sich selbst schützen und verhindern, dass Sie eines Tages nicht mehr die Kraft haben, zurückzuspringen und an den Stacheln verbluten. Oder Sie verschließen Ihr Herz und werden wütend, lernen, sich zu wehren und dem Kaktus Ihrerseits Schaden zuzufügen.

Sie beginnen zu kämpfen. Gut möglich, dass Sie gewinnen – viel mehr Schutz als seine Stacheln hat der Kaktus nicht. Wenn Sie dann aber sehen, um welchen Preis sie gewonnen haben, die Zerstörung des geliebten und bewunderten Kaktus, wird dieser Sieg bitter werden und Sie wahrscheinlich verzweifelter als vorher zurück lassen. Die sich immer wiederholende Schleife mag wie eine ausweglose Situation erscheinen und die einzige Lösung ein Vermeiden jeglichen Kontaktes zu sein und auf das erfahrene Glück zu verzichten. Vielleicht gibt es aber einen anderen Weg – vielleicht können Sie dem Kaktus zeigen, dass er auf seine Stacheln verzichten kann, wenn Sie bei ihm sind. Vielleicht können Sie selbst lernen, die Stacheln schon im Vorhinein zu sehen und aufzupassen, sich nicht zu verletzen ... (Sonja K. Sutor).

Vielleicht können wir Ihnen in diesem Buch Möglichkeiten und Ansätze zeigen, wie Sie und Ihr Kaktus Ihr Glück leben können ohne an den Stacheln zu verbluten. Eine Garantie, dass keiner von Ihnen verletzt wird, gibt es nicht, aber eine Chance auf ein erfülltes – garantiert nie langweiliges – Leben.

2.6 Neurobiologie

In allen unseren Kursen, aber auch in Einzeltherapien, erklären wir Patienten und oft auch – auf deren Wunsch – Angehörigen die Grundlagen neurophysiologischer Vorgänge und die entsprechenden Veränderungen, die im Gehirn von Borderline- und traumatisierten Menschen stattfinden. Wie schon erwähnt, kann dies eine enorme Entlastung bringen, Schuldgefühle reduzieren und Verhalten plausibel machen.

Die Entschuldigung bedeutet jedoch nicht, dass der Patient nicht Verantwortung trägt, sein Wissen und seine Kraft einzusetzen, um Veränderung zu erreichen – für sich selbst, seine Lebensqualität, aber auch die Menschen in seinem Umfeld.

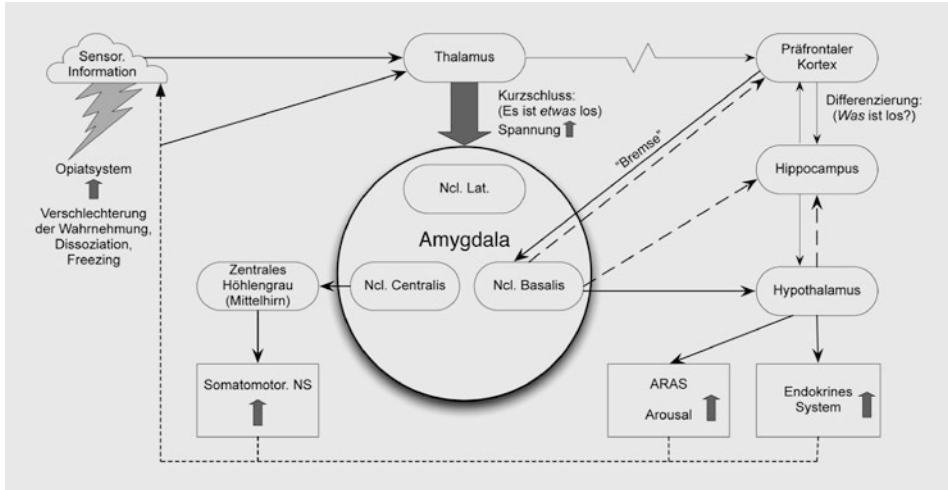
In der Neurobiologie wurden vor allem in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Für die Arbeit in der Borderline-Forschung sind vor allem die Bereiche des limbischen Systems mit all seinen Verbindungen wichtig.

2.6.1 Mandelkern (Nucleus amygdalae)

Der Mandelkern setzt sich aus mehreren Anteilen zusammen, steht einerseits mit dem olfaktorischen System (Riechhirn) in Verbindung, wird andererseits mit seinen medialen und zentralen Anteilen dem limbischen System zugeordnet. Über die Striae terminales bestehen Verbindungen zum Thalamus, dem Tor zum Bewusstsein.

Wie man im sensorischen Regelkreis sehen kann (■ Abb. 2.3), ist der Mandelkern sozusagen die Emotionszentrale. Die andere Art der Borderline-Menschen zu fühlen findet hier ihr anatomisches beziehungsweise physiologisches Substrat.

Die Verbindung vom Thalamus zum Mandelkern ist vor allem bei der Emotion Furcht wichtig, da auf diesem Weg eine wesentlich raschere Informationsvermittlung erfolgt. Schädigungen des Mandelkernes oder lokale Infusionen von Anxiolytika (Angst lösenden Medikamenten) blockie-



■ **Abb. 2.3** Regelkreis

ren die üblichen, angeborenen Reaktionen auf Angst auslösende Reize. Eine elektrische Reizung des Mandelkernes ruft beim Menschen Gefühle von Furcht und unheilvollen Ahnungen hervor.

Im Hippocampus und Mandelkern befindet sich nicht nur das Zentrum der Gefühle, sondern auch das emotionale Gedächtnis. Die allgemeine Funktion des limbischen Systems besteht in der Bewertung dessen, was das Gehirn tut. Dies geschieht nach dem Grundprinzip Lust und Unlust.

In Hochstress- oder Grenzsituationen, in denen ein rasches Reagieren das Überleben sichert, findet nicht der normale Weg der Erregungsleitung über das Großhirn und den Hippocampus statt, sondern ein so genannter „Kurzschluss“ führt direkt vom Thalamus zum Mandelkern, der den Verstand umgeht und so eine sofortige adäquate Reaktion ermöglicht. Auf diese Weise kann Überleben gesichert werden.

Bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung und Borderline-Symptomatik war dieser Mechanismus zur Zeit der Traumatisierung notwendig, um physisches und psychisches Überleben zu sichern. Wird dieses Verhalten chronifiziert, dann findet die Reaktion auch im späteren Leben, wenn die reale Gefahr nicht mehr vorhanden ist, statt.

Wird ein entsprechender Trigger gesetzt, fällt die kognitive Kontrolle aus, die Gefahr wird nicht als real oder nicht real erkannt, die Erregungsleitung geht direkt zum Mandelkern und erzeugt dort ein unspezifisches Panikgefühl, das oft nicht zugeordnet werden kann.

2.6.2 Hippocampus

Der Hippocampus (Ammonshorn) hat die höchste Krampfbereitschaft des gesamten Gehirnes. Er ist verantwortlich für psychomotorische Anfälle, Dämmerzustände, Absenzen, Entfremdungserlebnisse sowie Déjà-vu. Häufig stehen diese im Zusammenhang mit Geruchssensationen und anderen Auren. Dies kann experimentell durch Reizung, aber auch durch Erkrankung oder Verletzung dieses Gebietes hervorgerufen werden.

In Studien konnte festgestellt werden, dass bei Patienten mit Borderline-Störung und PTSD eine Volumenreduktion des Hippocampus stattfindet. Über Zusammenhänge mit genetisch bedingten Veränderungen im Serotoninsystem wird zurzeit eingehend geforscht.

2.6.3 Präfrontaler Kortex

Der präfrontale Kortex ist bedeutend für das Überleben, hier wird entschieden, welche Informationen frisch ins Gedächtnis oder Bewusstsein gerufen werden, welche abgespeichert und welche Muster dementsprechend aktiviert werden (Henson et al. 1999). Eine Funktion des präfrontalen Kortex ist auch das so genannte Hineindenken in andere Menschen (Rugg et al. 1996).

All diese erlangten Ergebnisse aus der Neurobiologie sind für die Borderline-Forschung von enormer Wichtigkeit, um einerseits die Pathogenese dieses Störungsbildes neu zu überdenken und zu verstehen, und andererseits die Therapiemethoden dementsprechend ausrichten zu können.

2.6.4 Hirnforschung

Moderne Verfahren ermöglichen Untersuchungen zur Morphologie und Funktion des Gehirns. Hochauflösende anatomische Bildgebung ermöglicht die computerunterstützte Analyse morphologischer Hirnstrukturen.

In Studien bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) konnten durch verschiedene Untersuchungstechniken Abläufe im Gehirn, die durch traumatische Erlebnisse hervorgerufen wurden, dargestellt werden.

Während die Patienten über ihr Trauma sprechen, verändern sich die dargestellten Muster im Gehirn, sodass man die Areale erkennen kann, die dabei aktiviert werden. Das oft erwähnte „namenlose Grauen“, der sprachlose Terror, der das Erleben intensivster Gefühle widerspiegelt, konnte in diesen Studien gezeigt werden (Rauch et al. 1996).

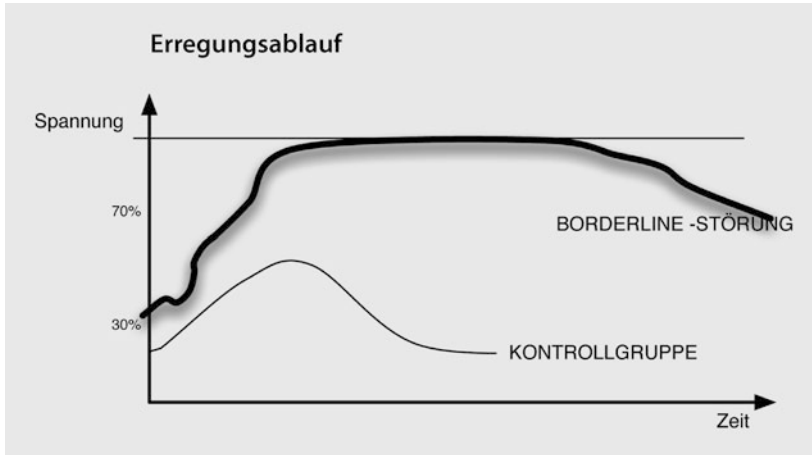
Durch den Nachweis der tatsächlich vorhandenen unterschiedlichen Erregungsabläufe von Borderline-Patienten und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung zu einer Kontrollgruppe konnten bisher oft unverständliche Emotionen und Handlungsweisen erklärbar gemacht und Therapeuten und Patienten eine große Bürde abgenommen werden. Für Therapeuten bedeutet es, leichter verstehen und sich einfühlen zu können, für Patienten, nicht mehr als verrückt angesehen zu werden und ihre eigene Welt und die Ursachen für ihr Anderssein begreifen zu können.

Nachfolgende Abbildung zeigt die Unterschiede im Erregungsablauf bei Borderline-Patienten und Patienten mit PTSD und Kontrollpersonen (■ Abb. 2.4).

Neuropsychologische Studien haben gezeigt, dass der Erregungsablauf bei Patienten mit Borderline-Störung und posttraumatischer Belastungsstörung zum Beispiel beim Lesen aversiver Texte oder Anschauen entsprechender Bilder wesentlich anders verläuft als bei einer entsprechenden Kontrollgruppe. Die Erregungskurve schießt rascher hoch, der Anstieg ist steil, das Maximum ist schnell erreicht. Das Abfluten der Erregung ist deutlich langsamer, sodass der Zustand hoher Spannung oft sehr lange, über das auslösende Ereignis hinaus, erhalten bleibt.

Studien bei Patienten mit Spinnenphobien haben gezeigt, dass der im Regelkreis (■ Abb. 2.3) beschriebene „Kurzschluss“ über den Thalamus mit 80 ms 5-mal so schnell abläuft wie bei den Vergleichspersonen, bei denen Werte zwischen 400 und 500 ms gemessen wurden (Miltner 2009). Die Vorgänge bei PTSD- und Borderline-Patienten können damit auch in Zahlenwerten vermittelt und anschaulich gemacht werden.

Ein weiteres Phänomen, das in der Neurobiologie eine große Rolle spielt, zeigt uns die Forschung über die Economo-Neurone. Constantin von Economo (1876–1931) beschrieb erstmals



■ Abb. 2.4 Erregungsablauf

Spindelneuronen, die, wie wir heute wissen, bei Menschen, einigen Menschenaffen, großen Meeressäugern und Elefanten vorkommen. Sie sind unter anderem verantwortlich für soziales Bewusstsein und Sozialverhalten.

Beim Menschen spricht man von circa 200.000, bei Primaten von circa 7000 solcher sogenannten Von-Economo-Neurone. Diese Neurone entwickeln sich bis zum vierten Lebensjahr und finden sich im anterioren cingulären sowie im frontoinsulären Kortex.

Forschungen bezüglich psychiatrischer Krankheitsbilder, die mit Abnormitäten dieser Neurone einhergehen, sind im Gange. Bereits beschrieben ist die frontotemporale Degeneration, eine Form der Demenz, bei der es durch die Degeneration der Von-Economo-Neurone zum Verlust des sozialen Verhaltens und der sozialen Verantwortung kommt.

Bud Craig beschreibt auch die Beteiligung in allen subjektiven Gefühlen und spricht von der anterioren Inselrinde als möglichem Korrelat des Bewusstseins (Craig 2009). Das Phänomen der Spiegelneurone beschreiben wir in ► Kap. 5.

- Die Borderline-Störung ist vor allem eine Emotionsregulationsstörung.
- Menschen haben Probleme, mit den unerträglichen Spannungsgefühlen umzugehen.
- Selbstschädigende Verhaltensweisen sind oft der verzweifelte Versuch, mit den schmerzhaften Gefühlen umzugehen.
- Die emotionale Sensitivität ist angeboren (biologischer Faktor).
- Das soziale Umfeld hat einen bedeutenden Einfluss bei der Entstehung der Borderline-Störung (sozialer Faktor).
- Alle Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und halten die Problematik aufrecht.

2.6.5 Genetik

Die Inzidenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist bei Verwandten ersten Grades 5-mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Ein erhöhtes familiäres Risiko findet man auch für die antisoziale Persönlichkeitsstörung, für die depressive, bipolare Störung und den Substanzmissbrauch.

2.7 Psychoedukation

Der Begriff Psychoedukation gewinnt in der Psychotherapie immer mehr an Bedeutung. Gerade bei Krankheitsbildern, die sowohl für Betroffene als auch für Angehörige eine Vielzahl von Verwirrungen und unverständlichen Handlungen bereithalten, ist es besonders wichtig, Ursachen und Abläufe klar zu machen, um Verständnis erreichen zu können.

Bei Menschen mit Borderline-Diagnose spricht man oft vom „namenlosen Grauen“, weil Worte nicht beschreiben können, was in diesen Menschen vorgeht. Auch den Betroffenen selbst ist es meist nicht möglich, sich anderen mitteilen und verständlich machen zu können.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie geht auf dieses Problem ein und bietet nicht nur Theorien, sondern klärt die Patienten über neurobiologische Grundlagen und die Besonderheit der Vorgänge im Gehirn von Borderline-Patienten auf. Dies kann eine ungeheure Entlastung sein, da sich damit vieles logisch erklären lässt. Mit diesem Verständnis können sowohl Patienten als auch Angehörige und Therapeuten ganz anders an die Problembereiche herangehen.

Im Modul der Achtsamkeit lernen die Patienten zuerst Dinge, später auch Gedanken und Gefühle, bewertungsfrei zu beschreiben und zu benennen. Auch in Angehörigengruppen und Gesprächen kann es wertvoll sein, Achtsamkeit zu vermitteln – nicht nur, um Betroffene besser unterstützen zu können, sondern auch für die eigene Befindlichkeit und Ausgeglichenheit von Angehörigen. Daher wollen wir auch in diesem Buch auf die Achtsamkeit eingehen, hier vor allem auf die Möglichkeiten, die Menschen für sich entdecken können, die im ständigen Umgang mit Borderline-Patienten und -Angehörigen Unterstützung brauchen.

Eine ausführliche Beschreibung der DBT, des Skills-Trainings und seiner Module, des Konzeptes der TFP sowie neurophysiologische Grundlagen finden Interessierte in dem Buch *Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung* (Sendera und Sendera 2012). Trotzdem soll hier in kurzer Form auf diese Themen eingegangen werden, da vieles davon sowohl in Patienten- als auch in Angehörigengruppen gebraucht wird.

In Patientengruppen erfolgt die Psychoedukation im Rahmen des therapeutischen Konzeptes, für Angehörige gemeinsam mit Erfahrungsaustausch, Besprechen der Umsetzbarkeit und praktischen Übungen im Bereich Achtsamkeit und Kommunikation.

2.8 Psychopharmakotherapie

Psychotherapie

Bei BLS und posttraumatischer Belastungsstörung ist Psychotherapie das erste Mittel der Wahl.

Eine gleichzeitige Pharmakotherapie ist bei schwereren Störungen, v. a. ausgeprägten depressiven Stimmungsschwankungen, schweren Störungen der Impulskontrolle und psychotischen Symptomen, sinnvoll. Für die bei Borderline-Patienten möglichen kurzfristigen **psychotischen Episoden** haben sich Olanzapin und Quetiapin bewährt, wobei gerade bei jungen Frauen das Problem der Gewichtszunahme nicht außer Acht gelassen werden darf. In diesen Fällen wäre die Gabe von Aripiprazol günstiger.

Bei **Schlafstörungen** wird oft Trazodon empfohlen. Bei im Allgemeinen guter Wirksamkeit muss darauf geachtet werden, dass eventuell vermehrt Alpträume auftreten können.

Impulsdurchbrüche, ein typisches Symptom von Borderline-Patienten, können am besten durch niedrige Dosierung von typischen Neuroleptika und atypischen Neuroleptika, weniger durch SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) beeinflusst werden.

Bei der Behandlung einer **emotionalen Dysregulation** und verstärkten Stimmungs labilität im Rahmen der Borderline-Störung ist der Einsatz von Antidepressiva sinnvoll (vor allem SSRI und SNRI).

Auch Stimmungsstabilisatoren können hier zum Einsatz kommen: Valproat und Lamotrigin zeigen günstige Effekte auf Impulsivität, Ärger, Irritabilität und Dysphorie. Topiramate ist wirksam bei Ärger und Feindseligkeit.

Bei typischen **depressiven Episoden** ist die Gabe von Antidepressiva indiziert (vor allem SSRI und SNRI). In der Behandlung akuter ausgeprägter Angstzustände sind Benzodiazepine wirksam, sollten aber auf Notfallsituationen beschränkt werden.

Missbrauch und Gewöhnung kommen häufig vor, bei bekannten Abhängigkeitsproblemen besteht eine klare Kontraindikation. Bei längerer Einnahme können kognitive Störungen verursacht werden, es kann auch das Fortschreiten der Therapie durch Hemmung von Lernprozessen gestört werden. Vor allem unter Benzodiazepinen mit kürzerer Halbwertszeit wie zum Beispiel Alprazolam können unkontrollierte Impulsdurchbrüche auftreten.

Bei lang anhaltenden oder dauerhaften **dissoziativen Zuständen** und traumabedingten Flashbacks kann der Opiatantagonist Naltrexon zur Unterbrechung gegeben werden.

Clonidin, eine aus der Therapie des Bluthochdruckes bekannte Substanz, kann in niedriger Dosierung gegen **Spannungszustände** eingesetzt werden.

Besonders bei **suizidgefährdeten Patienten** ist darauf zu achten, dass bei der Verordnung von Medikamenten keine lebensgefährliche Menge verschrieben wird.

Das Horten von Medikamenten wird nicht immer zu verhindern sein, doch kann die Verschreibung einer zu großen Menge den Patienten in einer Krisensituation dazu verleiten, eine Überdosis zu nehmen. Bei **Abhängigkeit** von Medikamenten kann, vor allem bei Tranquillizerabhängigkeit, ein stationärer Entzug oder eine ambulante Suchtbehandlung notwendig sein.

In **Angehörigengruppen** werden zu Beginn dieses Kapitels die Medikamente, die möglicherweise gegeben werden können, vorgestellt sowie Vor- und Nachteile besprochen.

➤ **Medikamente können Psychotherapie nicht ersetzen. Psychotherapie ist das erste Mittel der Wahl. Es ist jedoch fallweise, vor allem im Rahmen von Komorbiditäten, psychotischen Episoden und Suizidgefährdung, eine Medikation unumgänglich.**

Gefahren und Nebenwirkungen der Medikamente sollten Angehörigen genauso wie den Patienten bekannt sein.

2.8.1 Antidepressiva

Man unterscheidet zwischen trizyklischen Antidepressiva und SSRI (Serotonin-) bzw. SNRI (Serotonin-Noradrenalin-), NaRI (Noradrenalin-) und SNDRI (Serotonin-Dopamin-Noradrenalin)-Reuptake-Inhibitoren (Wiederaufnahmehemmern)

Trizyklische Antidepressiva werden bei schweren Depressionen gegeben, die auf SSRI nicht ansprechen. Als häufige Nebenwirkungen finden sich Mundtrockenheit, Obstipation,

Sehstörungen, Herzrhythmusstörungen und Harnverhalten. Die Gefahr eines letalen Ausganges bei Überdosierung ist groß, daher ist prinzipiell zu Beginn den modernen Antidepressiva der Vorzug zu geben.

SSRI/SNRI/NaRI/SNDRI können bei Stimmungsschwankungen, Depressionen, Angst- und Zwangssymptomen gegeben werden. Der Wirkungseintritt ist im Allgemeinen zwei bis drei Wochen nach Einnahmebeginn, eine Mindestzeit von sechs Monaten ist sinnvoll, eine Dauerbehandlung von mehreren Jahren ist möglich, ohne eine körperliche Abhängigkeitsproblematik zu erzeugen.

Mögliche Nebenwirkungen

- Schlafstörungen, vor allem zu Beginn der Therapie,
- Übelkeit,
- sexuelle Dysfunktionen, auch bei Frauen (SNDRI haben den Vorteil, dass sie keine Nebenwirkungen bzgl. Libido haben),
- bei noradrenergen Medikamenten zusätzlich Unruhe, Schwitzen und beschleunigte Herz-tätigkeit.

➤ **Bei der nicht selten vorkommenden Kombination von posttraumatischer Belastungsstörung und Migräne ist auf die Gefahr der Entwicklung eines Serotoninsyndroms zu achten.**

Serotonin

Das Serotoninsyndrom kann im Ernstfall zum Tode führen.

Aufgrund der hohen Komorbidität von Depression, PTSD, Borderline-Störung und Migräne werden oft SSRI in Kombination mit Triptanen verschrieben. Da beide Medikamente in den Serotoninhaushalt eingreifen, kann es zu Wechselwirkungen kommen.

Dabei ist auch zu beachten, dass auch Amitryptilin, das immer noch häufig in der Migräneintervalltherapie gegeben wird, und Opioide, wie zum Beispiel Tramadolhydrochlorid zur Schmerzbehandlung, auf den Serotoninhaushalt wirken (Senders und Senders 2015).

Antiepileptika in der Verwendung als sogenannter „mood-stabilizer“, mit stimmungsaufhellender Wirkung, wie zum Beispiel Lamotrigin, Carbamazepin und Valproinsäure, können bei aggressiven Impulsdurchbrüchen, starken Stimmungsschwankungen und Suizidalität hilfreich sein. Als Nebenwirkung sind Sedierung, Blutbildveränderungen, Magen-Darmbeschwerden und fallweise allergische Reaktionen bekannt (vor allem bei Lamotrigin, das aus diesem Grund sehr langsam aufdosiert werden muss).

Lithium ist ebenfalls bei Stimmungsschwankungen empfohlen, muss allerdings sehr genau dosiert werden und kann unangenehme Nebenwirkungen wie Tremor, deutliche Gewichts-zunahme, Schilddrüsenunterfunktion, Blutbildveränderungen und Übelkeit haben. Bei komorbidem MDK (manisch-depressivem Kranksein) ist eine Langzeitgabe notwendig.

Pflanzliche Psychopharmaka wie **Johanniskrautpräparate** können bei leichten Verstimmungszuständen gegeben werden. Zu beachten ist vermehrte Lichtempfindlichkeit und Interaktionen mit anderen Medikamenten.

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) und **tetrazyklische Antidepressiva** werden nur in Ausnahmefällen bei schweren, sonst therapieresistenten Fällen verwendet.

2.8.2 Neuroleptika

Neuroleptika werden vor allem in der Behandlung der Schizophrenie verwendet. Bei der Borderline-Störung können sie im Rahmen von psychotischen Episoden eingesetzt werden, fallweise auch bei extremem selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten.

Man unterscheidet einerseits klassische und atypische, andererseits niedrig-, mittel- und hochpotente sowie Depot-Neuroleptika. Hochpotente Neuroleptika werden vor allem bei Wahnvorstellungen und Halluzinationen verwendet, niedrigpotente eher zur Beruhigung.

Bei Patienten mit Borderline-Störung verwendet man primär atypische Neuroleptika, um Nebenwirkungen möglichst gering zu halten. Mögliche Nebenwirkungen:

- bei vielen Neuroleptika Appetit- und Gewichtszunahme,
- Bewegungsstörungen, vor allem bei hochpotenten Präparaten im Sinne von Früh- oder Spätdyskinesien und parkinsonartiger Symptomatik,
- Müdigkeit und Konzentrationsstörungen,
- Verwirrheitszustände,
- Blutdrucksenkung, Pulsanstieg,
- erhöhte UV-Empfindlichkeit,
- Unruhe, Schlaflosigkeit bei einigen der atypischen Präparate.

Da die Nebenwirkungen mit Art des Medikamentes und der Dosierung sehr schwanken und divergieren können, ist es in jedem Fall notwendig, ein ausführliches Gespräch mit dem verschreibenden Arzt zu führen.

Literatur

- APA – American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Aufl. APA, Washington, DC (Textrevision (DSM-IV))
- Bohus M (2000) Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie für Borderline-Störung – ein störungsspezifisches Behandlungskonzept. In: Katschnig H (Hrsg) Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, Histrionische, Narzisstische und Antisoziale Lebensstrategien. Facultas, Wien
- Bohus M (2002) Die Borderline-Störung. Hogrefe, Göttingen
- Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman A, Kühler T, Stieglitz RD (2007) Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). Psychopathologie 40:
- Coid JW (1993) An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry 162:
- Cowdry R, Gardner D, O'Leary K, Leibenluft E, Ribinow D (1991) Mood variability: A study of four groups. American Journal of Psychiatry 148:
- Craig AB (2009) Perspektiven. Wie fühlst du dich – jetzt? Die vordere Insel und das menschliche Bewusstsein. Nature Reviews Neuroscience 10:
- Dammann G, Janssen PL (Hrsg) (2001) Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. Thieme, Stuttgart
- Dulz B, Jensen M (1997) Vom Trauma zur Aggression – von der Aggression zur Delinquenz. Einige Überlegungen zu Borderline-Störungen. Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie 1:189–198
- Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H, Zaudig M (Hrsg) (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. American Psychiatric Association, Hogrefe, Göttingen
- 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. J Clin Psychiatry 69:
- Henson RN, Shallice T, Dolan RJ (1999) Right prefrontal Cortex and episodic memory retrieval: a functional MRI test of monitoring hypothesis. Brain 122:

- Kernberg OF (1998) Borderlinestörung und pathologischer Narzissmus, 10. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Kuhl J, Kazén M (1997) Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI). Testzentrale, Göttingen
- Loranger AW (1999) International Personality disorder (IPDE): DSM-IV and ICD-10 modules. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL
- Miltner W (2009) Hauptvortrag, Neurobiologische Korrelate der Psychotherapie von Angststörungen. Kongress Neurobiologie der Psychotherapie, Salzburg.
- Pope HG, Jonas JM, Hudson JI et al (1983) The validity of DSM-III borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatr 40:23–30
- Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE, Alpert NM, Orr SP, Savage CR, Fischman AJ, Jenike MA, Pitman RK (1996) A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script driven imagery. Archives of General Psychiatry 53:
- Rugg MD, Fletcher PC, Frith CD et al (1996) Differential activation of the prefrontal cortex in successful and unsuccessful memory retrieval. Brain 119:
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (Hrsg) (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision. Deutsche Bearbeitung und Einführung. Hogrefe, Göttingen
- Schmahl C, Geffrath W, Baumgärtner U (2004) Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. Pain 110:470–479
- Sendera A, Sendera M (2007) Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Springer, Wien
- Sendera A, Sendera M (2012) Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Springer, Wien
- Sendera M, Sendera A (2015) Chronischer Schmerz. Springer, Heidelberg
- Stern A (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in Borderline group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly 7:
- Trautmann-Sponsel RD, Gleich H (2001) Die ersten Phasen einer stationären Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg) Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart
- Voitsmeier A (2001) Stationäre psychodynamische erfahrungsorientierte Therapie bei Borderline-Störungen. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg) Das Grönenbacher Modell. Psychotherapie der Borderline-Störungen. Thieme, Stuttgart
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al (1990) Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. Am J Psychiatry 147:161–167
- Zanarini MC et al (1998) Axis I comorbidity of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry 155:12
- Zanarini MC et al (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 160:

Borderline - Die andere Art zu fühlen

Beziehungen verstehen und leben

Sendera, A.; Sendera, M.

2016, XIII, 165 S. 38 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-48002-1